

Helena Alves de Carvalho Sampaio
Maria Salete Bessa Jorge
(Organizadoras)

**CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE
COLETIVA: POLÍTICAS PÚBLICAS E DIVERSIDADES**

COLEÇÃO “SAÚDE COLETIVA NO CEARÁ” Nº 6



Fortaleza
2001

© **COPYRIGHT 2001** – *Helena Alves de Carvalho Sampaio*
Maria Salete Bessa Jorge

Coordenador: José Jackson Coelho Sampaio
Diagramação: José Mário Giffoni Barros
Ilustração da capa: Lia Parente
Impressão e acabamento: Gráfica INESP
Revisão: Célia Maria de Souza Sampaio
Apoio Técnico: José Newton Rodrigues Alves

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N - Construção do conhecimento em saúde coletiva: políticas públicas e diversidades /Helena Alves de Carvalho Sampaio, Maria Salete Bessa Jorge (Orgs.). — Fortaleza: Ed. INESP/ EDUECE, 2001. 357p.

Coleção: “Saúde Coletiva no Ceará”, Nº 6
Vários autores.

ISBN: 85-87764-31-4

1. Políticas de Saúde e suas Interfases. 2. Subjetividade, Saúde Mental e sua Diversidade 3. Educação e suas Interfases. 4 Saúde Pública. 5. Nutrição em Saúde Pública: Rememorando as Idéias. 6. Saúde Bucal. 7. Diversidades. I. SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho, II. JORGE, Maria Salete Bessa.

CDD 610.736

Proibida a reprodução total ou parcial.

Os infratores serão processados na forma da lei.

EDITORA INESP

Av. Pontes Vieira 2391, Ed. Comercial Magna Ponte Dionisio Torres

Fone/Fax 277-2914 CEP 60.130-241 Fortaleza-ce.

E-mail: inesp@al.ce.gov.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
PARTE I – POLÍTICAS DE SAÚDE E SUAS INTERFACES	13
História Política do Ceará e Saúde Pública: uma Aproximação	
Aldo Angelim Dias	
José Jackson Coelho Sampaio	15
Subjetividade e a Arte de Viver o Programa de Saúde da Família	
Maria Rocineide Ferreira da Silva	
Maria Salete Bessa Jorge	31
Atenção a Saúde da Mulher no Brasil e a Trajetória Política na Assistência Pré-Natal	
Maria Elisabete Costa Cruz	
Maria Salete Bessa Jorge	44
Periodização Histórica do Ceará: Instrumento de Apoio à Análise de Políticas de Saúde	
José Jackson Coelho Sampaio	
Afonso Nogueira dos Santos	
Aderlaine Oliveira da Silva	60
PARTE II – SUBJETIVIDADE, SAÚDE MENTAL E SUA DIVERSIDADE	79
A Saúde Mental no Campo da Educação: Representações de Psicólogos Escolares de Fortaleza	
Raimunda Eliana Cordeiro Barroso	
José Jackson Coelho Sampaio	
Erasmio Miessa Ruiz	81
Adolescentes Delinqüentes: Chapeuzinho Vermelho ou Lobo Mau? Um Estudo sobre o Percurso de Construção da Subjetividade de Adolescentes em Conflitos com a Lei	
Eveline Maria Perdigão Silveira	
Maria Salete Bessa Jorge	108

Compreendendo as Representações Sociais da Hipertensão Arterial à Luz da Literatura	
Maria Rosimar de Jesus Barbosa	
Maria Salete Bessa Jorge	125
Enfermeiras: Implicações na Profissão Desses Sujeitos Sociais	
Silvia Maria Nóbrega-Therrien	144
A Enfermagem e a Crise na Saúde Pública	
Janaína de Vasconcelos Medeiros	
Maria Salete Bessa Jorge	171
PARTE III – NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA: REMEMORANDO AS IDÉIAS	185
A Alimentação do Brasileiro na Era da Globalização – Uma Breve Reflexão	
Francisca Gomes Montesuma	
Márcia Andréia Barros Moura Fé	
Márcia Teixeira Gurgel do Amaral	
Helena Alves de Carvalho Sampaio	187
PARTE IV – SAÚDE BUCAL	199
Políticas Públicas de Saúde para o Câncer de Boca no Ceará	
Aldo Angelim Dias	
José Jackson Coelho Sampaio	201
Epidemiologia do Câncer de Boca no Brasil e no Ceará	
Aldo Angelim Dias	
José Jackson Coelho Sampaio	213
Cárie Dental na Infância: um Problema de Saúde Pública	
Maria Cristina Germano Maia	
Helena Alves de Carvalho Sampaio	230
PARTE V – DIVERSIDADES	247
O Processo Seletivo para a Residência Médica do Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará no ano 2000	
Rita Erotildes Maranhão Mariano	
Marcelo Gurgel Carlos da Silva	249

Experiências de Mulheres Portadoras de Papilomavírus Humana – HPV: um Estudo Etnográfico	
Francisca Márcia Mourão Pereira	
Maria Salete Bessa Jorge	261
Metáforas de Amor, Decepção e Descoberta – Iniciação Sexual em Adolescentes Femininas	
Lihana Maria Catunda Bomfim	
Maria Helena de Paula Frota	
Zulmira Áurea Cruz Bomfim	272
PARTE VI - SAÚDE E TRABALHO	315
Trabalho e Saúde do Trabalhador	
Andréa Silvia Walter de Aguiar	
João Bosco Feitosa dos Santos	317
Acidentes de Trabalho – Uma Construção Jurídico-Sociológica	
Andréa Silvia Walter de Aguiar	
João Bosco Feitosa dos Santos	334

APRESENTAÇÃO

A questão da saúde pública no Brasil vem merecendo cada vez maior atenção, face a relevante presença dos mais diversos agravos à saúde na população.

Nessa perspectiva, é fundamental que se implementem discussões que contribuam para a adoção de políticas de saúde compatíveis com as reais necessidades da população.

O Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (MASP-UECE), desde a sua criação, tem procurado contribuir para o campo da Saúde Pública no Estado, privilegiando a realização de estudos que possam ser operacionalizados em condutas preventivas e/ou de controle dos problemas mais comuns em nosso meio.

Além da realização de pesquisas, o MASP-UECE tem procurado divulgar os estudos nele originados junto a diferentes setores sócio-econômico-políticos. Um dos instrumentos utilizados para tal tem sido a publicação anual de livros, nos quais podem ser apreciados e analisados recortes da sua produção científica, bem como da produção científica de setores correlatos da Universidade. Almeja-se que isto possibilite uma reflexão e intervenção da sociedade organizada sobre os rumos da Saúde Pública no Ceará.

Na presente publicação, tem-se o enfoque mais específico sobre políticas de saúde em alguns setores em particular, bem como são discutidos aspectos referentes à prática profissional em saúde e suas interrelações.

Assim, na parte 1 apresentamos uma visão global acerca das políticas de saúde pública e suas interfaces, tanto nos seus aspectos mais gerais, como particularizando para o Ceará e destacando o Programa de Saúde da Família e a Assistência Pré-Natal. Na parte 2 discute-se saúde mental e prática profissional, focalizando o enfermeiro e o psicólogo. A Parte 3 discute uma questão delicada da Nutrição em Saúde Pública, que é a influência da globalização na formação e/ou mudança do hábito alimentar do brasileiro. A saúde bucal é enfocada na parte 4, em dois aspectos muito diferentes enquanto agravo, o câncer bucal e a cárie dental na infância, mas onde se destaca a necessidade de um despertar para sua

magnitude na região. A Parte 5 engloba outros temas que também clamam por uma política mais envolvida com o cuidado à população e com a formação de recursos humanos: discute-se a saúde e sexualidade da mulher, com especial enfoque sobre a fase da adolescência e sobre a Papilomavírus; discute-se a seleção de residentes médicos para o Sistema Único de Saúde. E, por fim, a Parte 6, discute a saúde do trabalhador em seus aspectos evolutivos e relacionado a acidentes de trabalho.

Esperamos que esta publicação possa ser útil a todos aqueles que pensam na construção de uma atenção à saúde mais ampla e democrática.

Profa. Dra. Helena Alves de Carvalho Sampaio
Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

AUTORES

Aderlaine Oliveira da Silva – Graduada de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, bolsista de IC/UECE.

Afonso Nogueira dos Santos – Graduando de História da Universidade Estadual do Ceará, bolsista de IC/UECE.

Aldo Angelim Dias – Cirurgião-Dentista, Especialista em Endodontia, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Erasmio Miessa Ruiz – Psicólogo, Professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, Mestre em Educação.

Eveline Maria Perdigão Silveira - Psicóloga clínica, Professora da Universidade Estadual do Ceará, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Francisca Gomes Montezuma – Enfermeira, Mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Francisca Márcia Mourão Pereira – Psicóloga, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Helena Alves de Carvalho Sampaio – Nutricionista, Doutora em Farmacologia, Professora Adjunta do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, Disciplinas: Nutrição em Saúde Pública e Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas.

Janaína de Vasconcelos Medeiros – Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

José Jackson Coelho Sampaio – Médico psiquiatra, Mestre em Saúde Coletiva, Doutor em Medicina Preventiva, Pró-reitor de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Estadual do Ceará.

Lihana Maria Catunda Bomfim – Assistente Social, Psicóloga, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva – Médico, Doutor em Saúde Pública, Coordenador do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Márcia Andréia Barros Moura Fé – Nutricionista, Mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Márcia Teixeira Gurgel do Amaral – Mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará

Maria Cristina Germano Maia – Cirurgiã-Dentista, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Maria Elisabete Costa Cruz – Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Maria Helena de Paula Frota – Assistente Social, Doutora em Sociologia pela Universidade Complutense de Madrid.

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, Mestranda em Saúde Pública/UECE. Bolsista FUNCAP.

Maria Rosimar de Jesus Barbosa – Enfermeira, Mestre em Saúde Pública.

Maria Salete Bessa Jorge – Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora e Vice-coordenadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Raimunda Eliana Cordeiro Barroso – Psicóloga, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Rita Erotildes Maranhão Mariano – Cirurgiã-Dentista, Especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Silvia Maria Nóbrega-Therrien – Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará e Doutora em Sociologia pela Universidade de Salamanca, Espanha. Enfermeira da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

Zulmira Áurea Cruz Bonfim – Psicóloga, Professora da Universidade Federal do Ceará.

PARTE I

**POLÍTICAS DE SAÚDE E SUAS
INTERFACES**

HISTÓRIA POLÍTICA DO CEARÁ E SAÚDE PÚBLICA: UMA APROXIMAÇÃO

Aldo Angelim Dias
José Jackson Coelho Sampaio

Introdução

Um dos estados com maior crescimento populacional nos últimos anos, o Ceará, localizado no Nordeste brasileiro, concentra uma ambivalência marcada por um suposto desenvolvimento econômico-social, já que, se há de um lado um crescimento e uma valorização nunca antes vistos, do outro as grandes crises do setor social, presentes na educação, saúde e trabalho, denotam que alterações estruturais não foram impostas, mas, sim, representaram apenas uma tentativa de resolução superficial de problemas mais profundos.

FARIAS (1997) tenta explicar esta situação por conta do domínio atual, que o autor convencionou denominar de “cambebista”, neologismo derivado do local de atuação do governo, caracterizado pela implantação de um projeto capitalista modernizado, com atenção à economia e à infra-estrutura estatal, mas com pouco sucesso nas áreas sociais.

Objetivou-se, assim, relatar uma aproximação da história política e sanitária do Ceará, a partir de 1974, culminando com aspectos atuais do quadro de saúde.

Ceará: Periodização Histórica e Contornos Políticos

Regressando à história inicial da formação desse estado, registra-se que coube ao português Martins Soares Moreno a “fundação” do Ceará, em 1611, com o estabelecimento do Forte de São Sebastião na barra do Rio Ceará. Pode-se ir além e referir Soares Moreno como “conquistador maior, o plantador da semente invasora européia, do genocídio dos nativos” (FARIAS, 1997, p.17), por

compreender não ser possível fundar uma área que já se encontrava habitada por índios. A capital Fortaleza originou-se, oficialmente, em 1654, quando os portugueses tomaram o Forte holandês Schoonenborch, e, pela atuação do capitão-mor Álvaro de Azevedo Barreto, recuperaram a colonização do litoral norte-nordeste do Brasil, mudando o nome daquele forte para Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção.

Seguindo o que preconizam SAMPAIO, SANTOS e SILVA (2000), a periodização histórica do Ceará poderá ser realizada mediante a categorização em três eras (Colonial, Imperial, Republicana), 10 períodos (Pré-Colonial, Colonial, I Reinado, II Reinado, Fundação República, Turbulência Republicana, Ceará Getulista, Ceará Populista, Ciclo dos Coronéis, Ciclo dos Empresários) e outras tantas fases, permitindo “ajustar o tempo histórico a objetivos mais vastos ou mais específicos de análise” (SAMPAIO; SANTOS; SILVA, 2000, p.1).

Interessará, para este estudo, apenas a terceira era, Republicana, em seus dois últimos períodos: o dos coronéis (1964-1987) e o dos empresários (1987-dias atuais), incluída no primeiro período citado, uma fase de transição que se inicia em 1983, perdurando até 1986.

Em 1974, início do período de interesse desta pesquisa, o Ceará estava em pleno início do chamado “ciclo dos coronéis”, compreendido por três fases: os governos César Cals de Oliveira Filho (1971-1974), José Adauto Bezerra de Menezes (1975-1978) e Virgílio de Moraes Fernandes Távora (1979-1982).

Naquele mesmo ano, o Brasil passava por um agravamento da crise econômica nacional, apesar do “milagre econômico” vivido no início da década de 70. A ditadura militar estava em seu apogeu, e o coronel e engenheiro Sr. César Cals, homem de confiança do regime, tinha sido nomeado governador, por indicação do então presidente da República, Emílio Garrastazu Medici, quatro anos antes, assumindo, então, em 1971.

Em 1983, tem início o governo do Sr. Luís Gonzaga da Fonseca Mota, que se estende até 1987. Refém do “Acordo de Brasília”, um acordo de coronéis que dividia os cargos políticos entre eles, o Sr. Gonzaga Mota, inicialmente limita-se a despachar aquilo

que lhe é determinado pelos verdadeiros dirigentes, para depois romper com seus “padrinhos”, e governar com estilo próprio.

Os anos finais de seu governo foram dramáticos, com a economia cearense quase falida, e uma “gigantesca crise social”.

Chegamos a um momento crucial da história do Ceará. Após séculos de domínio e opressão, as tradicionais oligarquias cearenses estavam desgastadas e divididas. A conjuntura favorecia a ascensão de outras forças políticas. (FARIAS, 1997, p.254).

Em 1985, a Sra. Maria Luiza Fontenelle é eleita, como candidata do Partido dos Trabalhadores - PT, prefeita de Fortaleza, representando, pela primeira vez, na história do Ceará, um nome popular, de esquerda, socialista, em um cargo importante no Executivo. Porém, ainda não seria a hora de os setores progressistas dominarem a política local.

Ao contrário, isso ficaria a cargo de uma facção da própria classe dominante, também oligárquica, mas travestida de “nova”: a crescente burguesia industrial cearense, que no ano de 1986, conseguiu eleger, para governador do estado, o jovem empresário Tasso Ribeiro Jereissati. Eram as “mudanças”. (FARIAS, 1997, p.254).

O interessante é constatar que na incessante luta contra os coronéis, o Sr. Tasso Jereissati e seu “movimento pró-mudança” conseguiram aglutinar, durante as eleições, forças tão díspares quanto o apoio de Gonzaga Mota, a rede de empresários cearenses e até parte da esquerda cearense, no caso o Partido Comunista Brasileiro - PCB e o Partido Comunista do Brasil, recém-saídos da clandestinidade.

Eleito, rompeu com essas correntes, exceto a de empresários, e, ao iniciar seu governo, em 1987, a política tomada por ele foi a de desestabilizar as forças locais de esquerda, representadas pelo PT em Fortaleza; para isso, a estratégia era a de “dificultar o envio de recursos para o município, explorar dificuldades advindas com a administração de uma prefeitura quase falida e estimular a desunião das esquerdas” (FARIAS, 1997, p.260).

A “geração Cambéba”, então iniciada com o Sr. Tasso Jereissati, em seu primeiro governo (1987-1990), perdura até os dias atuais, às custas da administração do Sr. Ciro Ferreira Gomes (1991-

1994) e dos dois mandatos consecutivos do Sr. Tasso Jereissati (1995-1999 e 1999-2002).

Ao proceder a análise crítica dos dez primeiros anos da ascensão do grupo cambebista ao poder, FARIAS (1997) conclui que foram muitos os avanços obtidos em diversas áreas, mormente aqueles ligados à administração pública: a folha salarial dos funcionários públicos é paga em dia, embora às custas de um grande arrocho salarial; o estado recupera sua estrutura fiscal e mantém uma das maiores taxas de investimentos do país (15%); a economia cresce e o Produto Interno Bruto - PIB do Ceará aumenta 5,3%; surgem pólos industriais importantes no interior, e o turismo local ganha projeção nacional. Por outro lado, a agropecuária entra em crise e o estado mantém, em patamares gravíssimos, vários indicadores sociais.

Em 1996, o Ceará continuava a ser uma das áreas mais pobres e miseráveis do Brasil, com 36% de analfabetos, uma mortalidade infantil que beirava 50 por mil nascidos e uma profunda concentração de renda. Para se ter uma noção, o IDH¹, à época, registrava o Ceará em 23º lugar entre os 26 estados da federação, por conta de mais da metade da população (52%) viver na linha de pobreza. O baixíssimo custo da mão-de-obra existente era, inclusive, um atrativo a mais, associado ao financiamento de terrenos, infraestrutura garantida e isenção de impostos, para a instalação de indústrias no estado. A imprensa diária registrara esse momento por que passava o poder local.

Vivenciamos uma das mais estúpidas concentrações de riqueza do país... o povão está ficando fora da jogada. Isto é, será convidado ao banquete, mas só quando o 'bolo crescer'... a prioridade está sendo o desenvolvimento econômico concentrador e hegemônico. Eis porque sempre fracassaram os projetos ligados à educação, às universidades, saúde, moradia, e porque a ação social não consegue sair do puramente paliativo e assistencialista. Não se

¹ Índice de Desenvolvimento Humano: reúne a média de três indicadores sociais: renda, escolaridade e expectativa de vida. O IDH é um indicador universal usado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (FARIAS, 1997).

sente, nesses setores, o mesmo ímpeto e empenho verificados no outro domínio (CAVALCANTE, 1996)

O segundo governo do Sr. Tasso Jereissati, ainda que priorizando os avanços industrial e econômico do E pela Universidade Estadual do Ceará estado, estimula o início e o andamento de vários projetos inerentes aos setores sociais, em uma tentativa de reverter indicadores desfavoráveis, principalmente, os da saúde e da educação. O Programa Saúde da Família – PSF, somado ao Programa Agentes Comunitários da Saúde - PACS, por exemplo, são as principais bandeiras empunhadas pelos governistas, durante esse período, e, de fato, melhoras substanciais são notadas com essa nova prática de saúde que evidencia, em primeira instância, a atenção básica e os cuidados primários em saúde.

De um modo geral, entretanto, alterações que não sejam de natureza estrutural, ampla, não terão condições de modificar, radicalmente, a situação precária dos indicadores sociais que continuam em patamares insatisfatórios, apesar de pequenas melhoras. A alfabetização, por exemplo, está em 69,23%, considerada preocupante, especialmente quando é estratificada em urbana (78,09%) e rural (49,33%). 80,39% dos cearenses apresentam até oito anos de estudo, sendo que quase 54,79% têm menos de três anos de experiência escolar (MS, 1999).

A distribuição de renda também é um fator muito preocupante, face à grande iniquidade encontrada no Ceará. O estado está em quarto lugar quanto ao número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres: 21,75 vezes, número bem maior que as médias nacional (18,93) e do Nordeste (19,30) que, aliás é a região onde a desigualdade na distribuição de renda é mais notável; os outros estados são Maranhão, Piauí e Paraíba. Quando considerada unicamente a taxa de pobreza, o Ceará fica em terceiro entre os estados com maiores taxas de pobreza; 54,11%, quase o dobro da média nacional (28,40%) e o triplo das médias apresentadas pelas regiões Sul e Sudeste (19,07 e 16%, respectivamente), porém próximo daquela referente ao Nordeste, como um todo (52,19%). A taxa de desemprego também é alta (6,1%), próxima da nacional (7,8%) e da região Nordeste (6,7%). Já o percentual da população de 10 a 14 anos ocupada, que representa,

em termos de indicadores sócio-demográficos, a taxa de trabalho de criança, revela um descaso que vem engrossar a precariedade da situação social do estado: nada menos que em quase um quarto (23,4%), as crianças naquela faixa etária trabalham para auxiliar no orçamento doméstico. O número é alto e põe o Ceará no quinto lugar entre os estados com maiores taxas de trabalho de criança; os outros são Tocantins, Maranhão, Piauí e Paraíba (MS, 1999).

O estado, que possui uma área de 148.016 km² (9,6% da extensão territorial da região Nordeste e 1,7% do território brasileiro), sendo, em sua maior parte, caracterizado por áreas de planalto, com algumas planícies e várzeas ao leste e ao oeste, apresenta-se atualmente, com uma população residente de 6.920.292 habitantes (48,71% homens, 51,29% mulheres; 34,65% rural, 63,35% urbana).

Sua localização, no norte do Nordeste, faz com que esteja situado quase que totalmente no chamado Polígono da Seca, no semi-árido, apesar do litoral extenso (cerca de 573 km). A temperatura média do estado varia de 22°C (nas áreas de serras) a 27°C (nas de sertão); no litoral, a temperatura média anual é de cerca de 26°C. Apresenta-se, atualmente, com 184 municípios, sendo a maior parte de sertanejos, mas outros litorâneos e serranos também estão presentes. No Nordeste, é o estado com o segundo maior índice de crescimento populacional (só está atrás de Sergipe), tanto no período 1991-1996, quanto na estimativa para 1996-1997 (1,38 e 1,4%, respectivamente). Em contrapartida, é um dos 10 estados com menores índices de urbanização (66,50%), o que denota um certo fracasso nas tentativas de modernização das cidades interioranas. Os municípios mais populosos, excetuando-se a capital, são Maracanaú, Caucaia, Juazeiro do Norte e Sobral. (SAMPAIO, 1996/1997).

Os números da capital são de uma área total de 336km² (30,5km de extensão litorânea) e uma população de 1.765.794 habitantes (2.700.000 habitantes, considerando a região metropolitana, equivalente a 28% do total do Ceará), segundo dados da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS. Entre 1991 e 1996, o incremento populacional de Fortaleza foi da ordem de 2,32%, um dos maiores do país e, já em 1997, continuava a aumentar

(2,6%). Atualmente, é a quinta capital do país e a segunda do Nordeste, em número de habitantes. (SMDS, 1998).

O PIB do estado apresentou, em 1997, uma expansão em torno de 4,5%, e parte desse crescimento se deve ao bom desempenho proporcionado pelo setor industrial que, à época, atingiu um desenvolvimento de 10,8%. O setor secundário vem, em seguida, com um ritmo de crescimento da ordem de 3,7%. A agropecuária, bem como todo o setor primário, no entanto decresceu nesse período (cerca de 11,5%), seja por problemas de ordem climática, como a redução do índice pluviométrico, seja por uma falta de programas sólidos para estimulação do setor (CEARÁ, 2000).

O setor industrial tem sido, realmente, o propulsor maior da economia cearense e essa posição assumida pelo governo refletiu-se no direcionamento tomado por alguns sub-setores, como o da indústria civil.

O setor industrial foi o grande motor da economia cearense, em 1997, com um crescimento de 10,8%, índice 6,2 pontos percentuais acima da média nacional. O destaque coube à indústria da construção civil, que experimentou um crescimento de 23,2%, com indicadores específicos do sub-setor apresentando desempenho extremamente elevado. [...] No Ceará, afora estes fatores positivos, a indústria da construção civil foi igualmente beneficiada por investimentos governamentais na construção de obras de impacto, como o novo Aeroporto Internacional Pinto Martins, o Complexo Industrial Portuário do Pecém, o açude Castanhão e a conclusão do Centro Cultural Dragão do Mar (CEARÁ, 2000).

Ceará: Aspectos Sanitários

A situação sanitária do Ceará, apesar de uma relativa melhora, se comparada aos indicadores de 1987, ainda é muito preocupante, e revela certo grau de precariedade nos serviços prestados à população, concernentes a esse setor. Os números mais recentes são os seguintes: apenas 50,28% dos domicílios cearenses apresentam-se com abastecimento de água encanada; 75,6%, com provimento de energia elétrica; cerca de 52,06%, com coleta regular

de lixo, e apenas 27,39%, com esgotamento sanitário. (CEARÁ, 2000).

Uma comparação com outros estados e com as porcentagens apresentadas pela média nacional e a da região Nordeste é interessante, para podermos situar melhor as condições encontradas no Ceará. Assim, é o segundo estado do país, com o menor índice de abastecimento de água (Maranhão está com apenas 42,82%); sexto, entre os que apresentam menores taxas de esgotamento sanitário (Amapá, Tocantins, Maranhão, Alagoas e Mato Grosso do Sul estão ainda em situações piores); e o quarto, com menores porcentagens de serviços de coleta de lixo (Tocantins, Maranhão e Piauí são os três primeiros) (MS, 2000).

Em Fortaleza, segundo informações da SMDS, 85% dos domicílios são abastecidos pela rede pública de água, dos quais cerca de 20,7% não apresentam canalização interna; apenas 30% das residências apresentam serviços de esgoto sanitário, e 84% das casas são atendidas pelo serviço de limpeza pública, sendo que em locais de difícil acesso, são utilizadas formas alternativas de coleta. A rede de energia elétrica é distribuída por todo o município (SMDS, 1998).

A população de Fortaleza caracteriza-se por uma predominância de jovens, considerando que 55% têm idade inferior a 25 anos e 84% menos de 45 anos (SMDS, 1998). A renda per capita dessa população é relativamente baixa, sendo necessário um maior volume de recursos para enfrentar demandas sociais urgentes. A saúde, em particular, sofre uma pressão muito grande por parte das camadas mais carentes, fato que não é exclusivo da capital, mas notável por todo o estado.

No Ceará, a esperança de vida dos indivíduos gira em torno de 65,44 anos, acima da média do Nordeste e abaixo da média nacional, bem distante, inclusive, dos padrões apontados pelos estados do Sul e Sudeste, onde os valores oscilam entre 69 e 70 anos. Cerca de 8,21% da população cearense são constituídos por idosos; ao chegar a 60 anos, há uma expectativa que eles vivam em média por mais 16,23 anos, um dos menores valores dentre todos os estados (MS, 2000).

Considerando grupos definidos de doenças, no Ceará, seguindo um padrão universal, as doenças de origem cardiovascular

representam a principal causa de morte (em 1997, responsáveis por 26,80% do total de mortes), seguidas pelas mortes por causalidades externas (16,20%) e pelas neoplasias (13,13%). As doenças do aparelho respiratório (9,82%), as infecciosas e as parasitárias (9,74%) e as afecções perinatais (8,51%), apesar da leve redução na participação do total dos casos de óbitos, ainda possuem índices altos. Em 1998, as mortes por neoplasias ultrapassaram aquelas por causas externas, embora a diferença seja muito pequena (3.176 mortes por neoplasias, 3.168 por causas externas) (MS, 2000).

Essa convivência de doenças típicas de países desenvolvidos, com alterações peculiares a países sub-desenvolvidos e que ocorre em países em desenvolvimento, como o Brasil, rompe o que seria esperado, comumente denominado de “transição epidemiológica”, em que as doenças infecciosas e parasitárias são gradualmente substituídas, no peso de importância do quadro epidemiológico, pelas doenças de origem crônico-degenerativas e pelas mortes por causas externas.

Em Fortaleza, as doenças imunopreveníveis, diarréicas e respiratórias agudas, também registraram quedas no período correspondente entre 1991-1997. Apesar de ainda serem consideradas altas, as taxas de mortalidade infantil (28 para cada 1.000 nascidos vivos) vêm apresentando constante declínio, em anos recentes. Mais preocupantes são os óbitos neonatais (50% dos óbitos em geral), o que põe em evidência a baixa qualidade de assistência à mulher durante o pré-natal e o parto. A elevada mortalidade materna (80 óbitos para cada 100.000 habitantes) por causas evitáveis, também constitui um grave problema de saúde pública (SMDS, 1998).

Segundo a SMDS (1997):

"[...] outra questão preocupante em relação às crianças/adolescentes é a mudança no perfil das causas de mortalidade. Entre 1995 e 1997, a mortalidade infantil caiu de 36,01/1.000 nascidos vivos para 28,11/1.000, porém houve um deslocamento da faixa etária no peso da mortalidade, ou seja, aumento na faixa de 10 a 19 anos ocasionado por mortes violentas, tendo como elementos básicos os

acidentes, suicídios e, em especial, os homicídios nos adolescentes do sexo masculino". (SMDS, 1997).

Tal deslocamento representou, em 1995, a primeira causa de mortes naquela faixa etária, indicando que outros fatores determinantes, que ultrapassam o setor saúde, também estão envolvidos. A busca de solução, portanto, aponta para um trabalho intersetorial e integral sobre a população alvo.

Ainda com relação ao grupo dos adolescentes e ainda no de adultos jovens, destaca-se e torna-se preocupante o aumento do número de casos de gravidez (de 19,80%, em 1995, para 24,80%, em 1996), das doenças sexualmente transmissíveis - DST, considerando todo o grupo, e da transmissão da AIDS em mulheres. A respeito das DST, é importante citar que a elevação do número de casos deve-se, em específico, à notificação mais acurada dos pacientes com aquelas condições. (SMDS, 1997).

Consideradas, como um todo, as doenças crônico-degenerativas e, em particular, as cardiovasculares, constituem a principal causa de mortalidade no adulto, na capital.

Dados de 1997 indicam que havia uma proporção, no Ceará, quanto aos profissionais de saúde, de 0,72 médicos, de 0,24 dentistas, de 0,46 enfermeiros e de 0,07 nutricionistas para cada 1.000 habitantes. São proporções muito baixas que refletem a reduzida cobertura assistencial ainda presente no estado. Quanto ao número de leitos hospitalares, para cada 1.000 habitantes, o Ceará encontra-se próximo da média nacional, com uma taxa de três leitos, em 1992, sendo que a grande maioria era de estabelecimentos privados. Quando consideramos datas mais recentes e todos os leitos destinados ao SUS, constata-se uma taxa de 2,48 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes, abarcando leitos privados, que representam a grande maioria, públicos e universitários. (MS, 2000).

Em 1996, foram gastos com saúde no Ceará a partir de órgãos governamentais um total de R\$ 876.170.536,29. A despesa familiar com saúde, como percentual da renda familiar, considerando-se apenas a região metropolitana de Fortaleza, em 1996, girou em torno de 4,44%, a menor entre todas as grandes metrópoles nacionais. Ao contrário, a taxa de consultas médicas por habitante, no Ceará, ficou dentre as mais altas do país, em 1997, com

um valor de 2,35 consultas, superior inclusive às médias nacional e do Nordeste, o que evidencia a grande busca da população por atenção médica, sem relação direta com a real necessidade de todas as consultas (MS, 2000).

O Ceará detém uma taxa de internação hospitalar para cada 100 habitantes, na ordem de 7,57 internações, sendo as especialidades de Obstetrícia, de Clínica Médica e de Cirurgia, as responsáveis pelos maiores valores. Seguem, também como importantes fontes de aumento da taxa de internação hospitalar, as áreas de Pediatria, Psiquiatria e Tisiologia, nessa ordem.

Em Fortaleza, a malha de saúde que compõe o SUS compreende 57 hospitais, sendo nove municipais, sete estaduais, três federais e trinta e oito da rede particular complementar, em um total de 5.500 leitos (SMDS, 1997). Dos hospitais municipais, oito se classificam como de atuação distrital, e estão assim relacionados: quatro destes para atenção clínica e gineco-obstétrica; três para atenção clínica e traumatologia-ortopédica e um de referência para grandes traumas, o Hospital Instituto Dr. José Frota - IJF. Há, ainda, um Centro de Atenção à Criança - CROA.

Em 1990, a rede ambulatorial municipal contava com 92 unidades básicas, distribuídas em Centros de Saúde - CS e em 23 Centros Integrados de Educação e Saúde - CIES, além dos Centros Sociais Urbanos - CSU. A rede laboratorial pública era constituída por 19 unidades distribuídas nos ambulatórios e nos hospitais distritais.

O Hospital IJF, com sua especialização em Traumatologia/Ortopedia, representa a principal instituição municipal, em quantidade de atendimentos. Em 1997, o atendimento geral girava em torno de 1.000 pessoas por dia, o que representa uma média mensal de atendimento da ordem de 30.000 usuários (SMDS, 1998).

Na área de recursos humanos o sistema municipal de saúde conta com 4.915 profissionais, desse total sendo 2.947 de nível médio, e 1.968 de nível superior. Destes, 1.246 são médicos, 117 são cirurgiões-dentistas, 355 são enfermeiros, 115 são farmacêuticos e 135 pertencem a outras categorias (SMDS, 1998).

Quanto ao financiamento, o orçamento de 1998 previa um gasto total para área de saúde em torno de R\$ 184 milhões, o que representava 22,44% do total dos gastos do município como um todo (SMDS, 1998).

Ceará: a Saúde em Transformação

Há um movimento mundial que consolida a idéia atual de mudanças estruturais nos vários sistemas de saúde. Tais mudanças expressam-se, prioritariamente, no que se convencionou denominar de “atenção primária”, como estratégia fundamental para o reordenamento do setor saúde, e como solução para a crise mundial nessa área.

O movimento, contudo, não é novo, representando uma resposta aos vários problemas diagnosticados em diversos países, como ineficiência e ineficácia dos serviços, iniquidade no atendimento e insatisfação da opinião pública. Acrescentando-se ainda e tentando explicar aqueles, podem ser citados uma irracionalidade na alocação dos recursos e um incontrolável crescimento dos custos em atenção médica. Durante a Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, promovida pela OMS, o quadro foi diagnosticado e tomado como precursor de uma tentativa de deslocamento dos cuidados em saúde, a fim de produzir mudanças, tanto racionalizadoras, como estruturais, em ritmos e profundidades diferentes, segundo a situação de cada país.

Ainda que sempre tenha existido um espaço de primeiro contato na atenção à saúde, a catalogação da atenção primária, como doutrina, veio ocorrer na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob auspícios da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (MENDES, 1996, p.270).

No Brasil, vários eventos de suma importância podem ser lembrados como catalisadores de mudanças que confluíram para o surgimento de um novo modelo de atenção em saúde, representado pelo SUS, em 1988. Anos antes já tinham ocorrido as primeiras proposições do movimento municipalista, expressas na III

Conferência Nacional de Saúde - CNS, em Brasília (1963); os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária vieram com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste - PIASS, alcançando projeção nacional em 1979 e a proposta do Plano de Racionalização Ambulatorial projetado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP que levou ao surgimento das Ações Integradas em Saúde - AIS, em 1983, importantes por representarem “um novo desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde”, porém posteriormente modificadas para sustentar o modelo médico assistencial-privatista vigente.

Posteriormente, porém, como consequência natural dos eventos citados, vieram a VIII CNS, em 1986, considerada como “o evento político-sanitário mais importante da década”; a criação de uma comissão nacional para uma reforma sanitária; e a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, em 1987; e, finalmente, a elaboração de uma nova Constituição Federal, em 1988 (MENDES, 1996).

O SUS, com seus princípios norteadores - universalidade da atenção, integralidade e equidade na prestação de serviços, possibilidade de participação popular e controle social, utilização da epidemiologia como instrumento eficaz no diagnóstico de situação, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera do governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços, intersetorialidade e municipalização das atividades sanitárias - vem incentivando mudanças nos modelos locais de saúde, no país.

A descentralização de serviços para os municípios, evidenciada com a criação do SUS e reforçada pelas leis e normas técnicas operacionais posteriores (Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e Normas Operacionais Básicas – NOB de 1993 e 1996), com consequente repasse financeiro direto para os mesmos, vem exigir mudanças radicais nas missões, atividades e estruturas das Secretarias Estaduais de Saúde.

O processo de municipalização, em desenvolvimento, ao retirar das secretarias estaduais as funções de operação da rede básica de serviços, e ao remetê-las para o exercício de funções reguladores

de atenção médica, herdadas do INAMPS, criou um profundo descompasso entre objeto, estrutura e métodos. Reside, aí, a razão fundamental da crise de identidade vivida pelas secretarias estaduais, neste momento. Deu-se, então, o fenômeno da contemporaneidade do não-coetâneo, em que, no mesmo tempo, convivem uma secretaria dos anos 60 e um objeto dos anos 90. A solução está, então, em uma mudança profunda das secretarias estaduais de saúde, por meio de uma reengenharia institucional que [...] será orientada pelo postulado da coerência, pelo paradigma estratégico-descentralizado, pelos movimentos dele decorrentes, pela administração pública gerencial e pela inserção da Secretaria Estadual de Saúde no novo pacto inerente ao modelo do federalismo cooperativo (MENDES, 1996, p.125).

No Ceará, essa tentativa de mudança radical no papel e na estrutura da SESA/CE, tem se revelado através da alteração de suas funções estratégicas, que denotam um movimento do papel executor, para a finalidade precípua de organização, coordenação, regulação e suporte das atividades propostas pelos sistemas locais de saúde nos municípios. As funções expressas pela própria SESA/CE, são as seguintes: formular, regulamentar e coordenar a política estadual de saúde; assessorar e apoiar a Organização dos Sistemas Locais de Saúde; acompanhar e avaliar a situação da saúde e da prestação de serviços; assegurar a oferta de serviços de saúde terciários em nível regional e estadual, e das ações de média e alta complexidades em Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica; promover uma política de recursos humanos adequada às necessidades do sistema de saúde; apropriar-se de novas tecnologias e métodos, através de desenvolvimento de pesquisas; integrar e articular parcerias com a sociedade e outras instituições; desenvolver uma política de comunicação, educação e informação em saúde (SESA/CE, 2000).

A possibilidade do controle social, através dos Conselhos Municipais de Saúde, está sendo, de uma certa forma, estimulada, a despeito do real impacto dessa participação, na tomada de medidas importantes para o setor, por ainda carecer de estudos que possam avaliar benefícios e falhas no processo. Mesmo assim, é importante salientar que dos 184 municípios cearenses possam ser encontrados 177 Conselhos Municipais de Saúde já implantados em 1997, com os outros municípios tendo seus conselhos em formação, ou com seus

membros não empossados, ou sem lei de criação daqueles. A SESA/CE também tem oferecido oficinas de capacitação dos conselheiros desde 1994. No ano de 1996, foram realizadas, no Ceará, Conferências Municipais de Saúde, em 162 municípios, e Conferências Regionais nos 14 Departamentos Regionais de Saúde - DERES. Além disso, a Conferência Estadual de Saúde também foi promovida como encontro centralizador das propostas emanadas pelos simpósios municipais e regionais.

Ainda na agenda de funções que consolidam as atividades da SESA/CE, é válido lembrar a posição assumida por este órgão, na tentativa de organizar o sistema de saúde através de um modelo consoante ao SUS, pela via integralizadora e com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde em uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e coordenados, e tomando-se o perfil epidemiológico como instrumental maior na construção do diagnóstico sanitário. Assim, para a atenção primária, tem sido adotada a estratégia do PSF/PACS. No nível secundário, a opção tem sido a disponibilização do sistema microrregional de saúde, com a reestruturação dos DERES e a implantação, em 1999, de 21 microrregiões de saúde, “definidas pelos critérios de contiguidade intermunicipal, escala adequada, potencial de recursos para a estruturação de equipamentos de maior densidade tecnológica em atenção à saúde, sistemas de saúde pública e sistemas de apoio, disposição política para a cooperação e identidade cultural”. Também é obrigatória a existência, em cada microrregião, de hospitais com um mínimo de cobertura de serviços nas áreas de pediatria, clínica médica, gineco-obstétrica e cirurgia geral. Os serviços de traumatologia, ortopedia, psiquiatria, urgência e emergência, também estão previstos. Por fim, no nível terciário de atenção, a SESA/CE configurou as macrorregiões de saúde, em número de três, localizadas em Fortaleza, no Cariri e em Sobral, constituindo “um sistema integral, com alta resolutividade e baixos custos diretos e indiretos”, através de “redes de hospitais e ambulatórios especializados, com serviços de alto custo e alta complexidade, atendendo aos problemas mais complexos, que exigem alta tecnologia”. Cada microrregião é coordenada pela Comissão Intergestores Bipartite Microrregional – CIBM (SESA/CE, 2000).

Referências

CAVALCANTE, Antônio M. **A Força das mudanças**. O Povo. Fortaleza, 26 maio 1996, p. 7A.

CEARÁ. **Ceará**: governo do estado. Ceará, 2000. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br>> Acesso em: 20 jul. 2000.

FARIAS, Aírton. de. **História do Ceará**: dos índios à geração Cambeba. Fortaleza: Tropical Editora, 1997.

MENDES, Eugênio V. **Uma Agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MS - Ministério da Saúde. **Dados de mortalidade–CID10/1996**. BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 08 set. 1999.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**. Brasil: Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 jul. 2000.

SAMPAIO, Dorian. **Anuário do Ceará**. Fortaleza: O Povo / Anuário do Ceará Publicações LTDA, 1996/1997.

SAMPAIO, José J. C.; SANTOS, Afonso N.; SILVA, Aderlaine O. da. **Periodização histórica do Ceará**: instrumento de apoio à análise de políticas de saúde. Fortaleza: Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública/UECE, mimeo, 2000.

SESA/CE - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ **Ceará/Secretaria da Saúde**. Ceará: SESA/CE, 2000. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br>> Acesso em: 21 jul. 2000.

SMDS - SERETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **A reforma administrativa municipal**: versão educativa. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza, SMDS,1997.

_____. **Ação 2.000**: versão educativa. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza, SMDS,1998.

SUBJETIVIDADE E A ARTE DE VIVER O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Maria Rocineide Ferreira da Silva
Maria Salete Bessa Jorge*

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata - União Soviética, em 1978, foi um marco importante que culminou no processo de repensar as práticas de saúde a que estavam submetidos os povos dos países subdesenvolvidos.

O modelo de saúde então vigente, não conseguia atender, de forma eficiente, à demanda da população. Um modelo respaldado no paradigma flexneriano, caracterizado por uma prática mecanicista, biologista, individualista, especialista, que excluía as práticas alternativas, enfatizava a medicina curativa com um olhar fragmentado sobre o indivíduo, e trazia, consigo, como questão central, a doença, adotando a prática hospitalocêntrica, já dava provas de que realmente não seria o mais adequado (MENDES, 1996).

A atenção primária deveria realmente ser incorporada às políticas de saúde locais, não sendo interpretadas apenas como algo que viesse suprir necessidades elementares, mas algo que reorganizasse o sistema.

“A interpretação mais globalizante, a de atenção primária como estratégia, decodifica-a como uma maneira determinada de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema de saúde, para satisfazer as necessidades e aspirações, na área sanitária, de toda sociedade, devidamente hierarquizadas, em função dos requisitos da SPT 2000” (MENDES, 1996, p.271).

No Brasil, somente a partir da década de 70, começa a ocorrer uma estruturação do sistema de saúde, época essa caracterizada pelo *boom* dos hospitais (BORBA, 1998), sendo ratificada pelo surgimento do INPS/INAMPS.

A década de 80 foi marcada pelas crises econômica e da previdência social brasileira, gerando entraves para manutenção do modelo, uma vez que, com todas as limitações ocorridas, o setor privado, que lucrava profundamente com a situação, passava a ser sacrificado, pois, com a redução dos recursos, a rede de interesses composta pelos fornecedores privados, políticos e seguimentos burocráticos, não se expandiria (VIANA, 1999). Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual fortaleceu o Movimento pela Reforma Sanitária. As Ações Integradas de Saúde (AIS), propostas em 1982 e implantadas em 1983, representaram marco interessante para o processo que se desenvolvia, bem como a formulação do Sistema Unificado de Saúde (SUDS), em 1987, com proposta elaborada pelo movimento da reforma sanitária, contribuiu para o avanço da descentralização dos recursos da esfera federal, avançando para a desconcentração estadualizada da saúde e a municipalização dos serviços (MENDES, 1996).

Os recursos da União, para a saúde, ficaram sob a administração estadual; a democratização passa a ser considerada e, em 1988, dá-se um grande passo no setor, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja descrição, no artigo 196, da Constituição Federal (1988), sinaliza uma mudança na estrutura e a necessidade de um novo paradigma para atenção à saúde.

Por sua vez, o SUS respaldava-se em princípios como a universalização, a descentralização, a integralidade da assistência, visando à redução do vácuo existente entre os direitos sociais e garantir, assim, a acessibilidade de usuários (as) aos serviços de saúde.

A municipalização dos serviços passa a ser um dado novo nos setores, a nível local. A escassez de recursos exigia formas mais eficazes de administrar. As Normas Operativas Básicas foram descritas e algumas determinações passaram a ser cobradas para a liberação de recursos. A mudança de paradigma de atenção à saúde, realmente, seria um desafio, exigindo que toda lógica do setor fosse repensada.

"Diante do desafio de efetivar a construção do novo paradigma sanitário, através do modelo assistencial definido pelo SUS, e, assim assegurar,

universalmente, integralmente, eqüitativamente e qualitativamente, não só os serviços de saúde, mas também a operacionalização das ações de promoção da saúde, o Ministério da Saúde-MS, resolveu criar em 1994, o Programa Saúde da Família-PSF" (ANDRADE, 1998, p.18).

O PSF foi implantado, inicialmente, em cidades com baixa densidade populacional e escassez de recursos (serviços e profissionais de saúde), que apresentava, no que se pode dizer, caracterização de países do 3º mundo (taxas de mortalidade infantil e materna elevadas, predominância de doenças transmissíveis, baixa esperança de vida ao nascer), daí talvez a interpretação errada de saúde de pobre para pobre. A partir da implantação do PSF, com a proposta de inversão do modelo existente, começou-se a observar uma melhora significativa dos indicadores de saúde (CAPISTRANO FILHO, 1999).

PSF: uma Nova Política de Saúde para Atenção Primária?

O PSF vem como proposta estratégica para viabilização do SUS e reorientação do modelo de assistência à população brasileira (MS, 2000), tendo como compromisso o atendimento universal, integral, equânime e contínuo, tentando ser resolutivo à população na Unidade de Saúde e no próprio domicílio, atuando de forma coerente com as especificidades de cada local em que existe uma equipe instalada (MS, 1998).

A equipe do Programa de Saúde da Família, prevista pelo Ministério da Saúde (op. cit, 1998), deve ser composta por um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, tal como preconizado para sua identificação, devendo cobrir um território delimitado e a ele estar adstrita uma média 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas.

A avaliação das necessidades locais é algo imperativo para nortear o planejamento das ações, em que “a partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, o profissional e

gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas" (MS, 1998, p.12).

O PSF traz, como proposta básica, a humanização das práticas de saúde e a satisfação da população. O vínculo que passa a ser desenvolvido, entre os profissionais e a população, promove uma atuação mais efetiva de ambos, e facilita a percepção da saúde, como direito à cidadania, contribuindo, assim, para a qualidade de vida dos membros de cada comunidade (VIANA, 1999). Acrescenta MENDES, (1996, p.36) a: “[...] melhoria da atenção ao cidadão, por meio do acolhimento, da ajuda e do tratamento personalizado por pessoal dedicado”.

O Programa Saúde da Família prevê uma mudança na lógica da atenção à saúde, mudança na prática e gerenciamento do setor saúde e, agora, vem discutir a forma de atuação de diversos profissionais, não dando ênfase às atividades isoladas, pois essas não têm a mesma repercussão que as compartilhadas, surgindo com o PSF a proposta formalizada de identificação com o trabalho de equipe (CEARÁ/PMF, 1997).

Em meio a essas colocações, cumpre evidenciar algumas questões, as quais deverão ser respondidas no decorrer da investigação: Esses profissionais estariam realmente habilitados a desempenhar todos os papéis do PSF necessários ao seu funcionamento pleno? Diante do processo pelo qual passam o(a) médico(a) e enfermeiro(a), têm estes profissionais, em seu currículos a fundamentação para a prática desse exercício? Que significados têm, para esses profissionais o trabalho de equipe? No Ceará, já são 906 equipes implantadas, até maio de 2001, informação fornecida pela Secretaria Estadual de Saúde, sendo um dos Estados pioneiros na formação dessas equipes.

O município de Fortaleza, somente em 1998, começou a incorporar o Programa Saúde da Família na sua rede de atendimento, inicialmente com a contratação de 32 equipes, medida essa realmente necessária para o enquadramento ou categorização do município na Gestão Plena de Atenção Básica.

Atualmente, existem 109 equipes e o critério de implantação permanece o mesmo definido anteriormente, áreas da periferia de Fortaleza, distribuídas em 6 regionais. Esse número de

equipes ainda se mostra insuficiente para fazer a cobertura do município, não tendo o mesmo impacto, a nível de indicadores que o PSF tem apresentado nos demais municípios.

Teoria das Representações Sociais: Descobertas em Curso

O Programa Saúde da Família é uma nova forma de pensar-fazer saúde, uma nova proposta que traz, como questão básica, o processo de humanização no atendimento aos usuários(as) do serviço de saúde. Os profissionais que o compõem são importantes para essa mudança de paradigma.

A classificação dos questionamentos realizados anteriormente, só será possível com a realização de um trabalho que tenha um caráter predominantemente qualitativo, e, para tanto, utilizar-se-á como referencial, a teoria das Representações Sociais, proposta por Serge Moscovici, a qual teve como marco, no início da década de 60, o lançamento de sua obra intitulada *Psychanalyse: son image et son public*, na França.

Na concepção de MOSCOVICI (1978, p.58): “representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto”, ou ainda, conforme define MINAYO *apud* GUARESCHI; JOVCHELOVITCH (1998, p.89): “é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento.”

Um outro dado importante é perceber que sujeito e objeto têm uma relação ativa no processo de elaboração das representações; há uma nova realidade evidenciada, em termos de pesquisa, corroborando com o que ABRIC (1998, p. 27) já explicitou: “toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto, mas também de um sujeito”.

Em relação ao processo de ancoragem, MOREIRA; OLIVEIRA (1998) tornam claro que esse se refere à forma, como uma representação se insere entre as existentes na sociedade, demonstrando sua importância, sentido e utilidade, consistindo, ainda, na classificação e nomeação do objeto. Trata-se da integração

do objeto representado, ao que já existe representado do sujeito, no universo.

Segundo LEME apud SPINK (1995 p. 48) “ancorar é trazer para categorias e imagens conhecidas, o que ainda não está classificado e rotulado”.

Para LEME apud SPINK (1995, p.48), “objetivar é transformar uma abstração em algo quase físico.”

Por sua vez, ABRIC apud MOREIRA; OLIVEIRA (1998), fala das funções que as representações sociais apresentam, as quais permitem vislumbrar o desvelamento desses fenômenos: possibilitar compreensão e explicação da realidade; definir identidade, respeitando a especificidade de cada grupo; guiar comportamentos e práticas; permitir a justificativa de posicionamentos e comportamentos adotados, a partir de conclusões realizadas.

Metodologia

Campo de Investigação

Procedeu-se à investigação em Fortaleza, capital do Ceará, com origem datada de 1654, a qual conta com uma extensão de 336 Km² e população de 2.700.000 residentes (Ceará/PMF, 1999). A população economicamente ativa do município atinge o percentual de 46,27.

O município de Fortaleza passa por uma série de mudanças nos vários setores que o compõem, inclusive com a reforma administrativa que o dividiu em 6 regionais e criou as Secretarias Executivas Regionais (SER), em que se priorizam as ações e serviços a serem realizados nos limites de sua localização, de acordo com o Plano Municipal de Fortaleza (CEARÁ/PMF, 1997).

Atores e Atrizes da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com os profissionais do PSF de Fortaleza, sendo 5 enfermeiras e 6 médicos(as) que trabalham nas SER, os(as) quais já trabalharam em municípios do interior do Estado e que aqui estão desde a sua implantação, em fevereiro de 1998. Esse corte é interessante e tornou-se necessário para que se possa identificar as formulações realizadas a partir de suas vivências em locais distintos, construções ou desconstruções ocorridas em sua prática.

Coleta de Dados – “Grupo Focal”

A técnica utilizada para coleta de dados foi o grupo focal. Apesar de ser um método bastante antigo, sua utilização por pesquisadores que atuam na área de saúde, ou em outras áreas de conhecimentos diferentes, é recente.

Segundo Robert Merton, autor do método, a escolha pelo grupo focal deve-se à oportunidade de colher informações que vários profissionais têm elaborado, ao longo de sua prática, suas atitudes, emoções, sua visão sobre o que fazem e como fazem. Acrescenta, ainda, que “o grupo focal é um método de pesquisa qualitativa, que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços” (COTRIM, 1996, p.86).

Realizaram-se três sessões de grupos focais.

Análise e Tratamento dos Dados

A análise das informações coletadas pautou-se na técnica de análise de conteúdo, muito utilizada em pesquisas sobre representações sociais definidas por BARDIN (1977), em que se realiza leitura flutuante e apreensão das representações, a partir das falas descritas.

Programa de Saúde da Família como Estratégia Nova

O Programa de Saúde da Família é destacado por seus profissionais como **ESTRATÉGIA NOVA**, trazendo, para sua execução, categorias representativas com experiências anteriores diversificadas, inclusive com a construção da sua prática na rede privada, revelando que, apesar da distância, é nessa esfera que ancoram suas práticas para situações que surgem no seu cotidiano, assim como profissionais que se dedicaram à clínica, tendo como base o atendimento à doença, como expresso nas falas:

“Eu tinha uma experiência só na rede privada, em hospitais particulares, e assim teve uma grande distância” (A).

“Após formado, eu parti para trabalhar no setor privado” (B).

Entretanto, convém observar que muitos dos profissionais percebem que existe diferença entre trabalhar no sistema público e no privado. As experiências acumuladas e a vivência da nova prática no PSF, contribuem para a construção das representações que se revelam negativas, em algumas circunstâncias, por conta do desconhecimento da real proposta do Programa pelos atores sociais (população, gestores), exigências em termos de produção de dados que, freqüentemente, não demonstram preocupação com a qualidade da assistência tão desejada e perseguida pelos profissionais que se identificam com a atenção primária à saúde pública, enquanto, em outro momento, revelam-se positivas, exatamente porque, em determinados locais, os profissionais encontram receptividade das suas ações, uma espécie de retroalimentação satisfatória.

Assim, o PSF vai conseguindo dar a resposta aos problemas detectados no ato de sua implantação, e a consolidação e identidade com a equipe asseguram essa idéia.

“Para mim, foi uma grande experiência em trabalhar, eu tive sorte, devido à equipe que se encontrava em Icapuí.” (A)

“[...] eu trabalhei um ano com ações básicas; era saúde pública, mas não era PSF [...]” (L)

Dessa forma, trabalhar no Programa de Saúde da Família tem sido uma experiência construída desses vários saberes

acumulados, tanto no espaço público como privado, por profissionais que dispõem de formações diferentes e, a partir da troca de saberes, afetivos e interdisciplinares, estruturam e fortalecem o trabalho em equipe, que se tem revelado fundamental e engrandecedor, no sentido de assistir àqueles que buscam o serviço. Através do trabalho de equipe efetiva-se o vínculo com a comunidade e até o compromisso profissional, representado fortemente nos discursos.

“O Programa de Saúde da Família, tem que ser em equipe; não pode ser só o médico, o enfermeiro...” (C)

“Para mim, eu tive assim, ruim no início, quando eu comecei a trabalhar no Quixadá, a enfermeira que estava trabalhando lá antes... já tinha um bom tempo, teve que sair... houve mudanças... entraram mais duas pessoas... essas pessoas não tinham bagagem de PSF... então teve uma certa dificuldade.” (E)

“Eu tive a sorte de trabalhar com a V... que era uma colega que fazia o curso junto comigo de especialização e aí, a coisa realmente funcionou, e, nesse aspecto, para mim foi muito positivo.” (F)

“... o PSF...um trabalho multidisciplinar né, então a gente sempre precisa do companheiro de equipe.” (H)

Para SPINK; MEDRADO (1999, p.58), “os conteúdos são continuamente construídos”.

Nos seus discursos, expressam, ainda, que o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família merece destaque porque, além de facilitador, revela-se como uma atividade de dependência de pares; o medo do novo, do desconhecido, gera nos profissionais a necessidade de permanência daquele companheiro com quem tem compartilhado o cotidiano de ações. Nesse sentido, CAMPOS (1997, p.158) afirma:

[...] .nos chama a atenção para a importância do trabalho de equipe e que o mesmo não pressupõe enfatizar o trabalho de um ou de outro profissional; na realidade, ele pretende potencializar ações, através de integração a um contexto democrático,

responsabilizando a todos pelos resultados conseguidos pelo trabalho coletivo.

A importância do trabalho de equipe é indiscutível. Sobre isso, relatam MOREIRA; OLIVEIRA (1998, p.47) que

[...] o PSF preconiza uma mudança na prática e organização atual dos serviços que inclui, também a transição entre a ação isolada de um único profissional para o trabalho em equipe e, acima de tudo, prevê uma estreita relação do setor saúde com outros setores da sociedade[...].

O ingresso para o Programa de Saúde da Família também é visto pelos profissionais como a possibilidade de um novo emprego, ou o primeiro na área de Saúde Pública, em que teriam uma remuneração que realmente refletisse o seu valor como profissionais, sob o enfoque de que salário também é representado como reconhecimento da prática pela sociedade, além de estarem unindo essa oportunidade à questão pessoal, como estar mais presente no ambiente familiar, ou a possibilidade de retorno à terra natal.

“Meu primeiro trabalho em saúde pública foi em Icapuí...o início do Programa Saúde da Família.” (A)

“O primeiro emprego meu foi em Paracuru né. A gente iniciou o Programa Saúde da Família...” (D)

“Eu fui atraído para o PSF por uma questão salarial, eu participei das primeiras equipes; então a gente tinha muito, muito bom, um salário que não tinha, não existia, isso prá mim, prá médico e no caso do enfermeiro...foi um salto estrondoso.” (H)

“Quem é que não entra né, no serviço pela questão salarial.” (L)

“Eu entrei para o PSF, sem saber o que era PSF, mas dois motivos me chamaram atenção: primeiro, voltar para casa... e segundo, ganhando um bom salário.” (J)

O Programa de Saúde da Família vem, cada vez mais, consolidando-se como uma estratégia para viabilização do Sistema Único de Saúde. Com a municipalização da saúde, os sistemas locais

vêm assumindo maiores responsabilidades e a acessibilidade da população ao setor primário da atenção tem sido priorizada para quem está na ponta, desenvolvendo esse trabalho (VIANA; DAL POZ, 1998). MENDES (1996) corrobora com essa idéia, quando evidencia, em um de seus estudos, a necessidade de garantir serviços próximos às residências dos cidadãos e cidadãs, possibilitando acesso a médicos(as) e enfermeiros(as).

Ao longo desse processo de construção, os profissionais vêm elaborando uma série de representações, mas, principalmente, têm sido definidos pontos que vão desde a dimensão negativa do PSF, à dimensão positiva, e o interessante é entender que alguns dos significados encontrados transitam de um pólo a outro.

O trabalho em equipe realmente tem fortalecido essa prática, porquanto poder agregar conhecimentos acaba por garantir a integralidade da atenção. Ressalte-se, como um novo dado que surge em Fortaleza, o fato de várias equipes trabalharem em uma mesma unidade de saúde, experiência essa também desencadeadora de outro processo de aprendizagem para os profissionais.

“[...] aqui a gente vive uma experiência diferente que é trabalhar com várias equipes numa mesma unidade de saúde, que é uma coisa que a gente teve que aprender... é bem diferente... a gente teve que não só uniformizar o trabalho dentro da equipe como entre as equipes[...] (J)”.

“A realidade aqui de Fortaleza é essa, mudou também a estruturação do programa, tá bem melhor, a gente trabalha em equipe, são 5 equipes. a gente troca idéias, vê as dificuldades, vê as facilidades existentes. tenta implementar prá fazer o atendimento completo a comunidade (D)”.

“[...] aqui são mais, são vários enfermeiros e vários médicos apesar de que cada um tem a sua área de abrangência [...] tem que tá bem sincronizado não só ao profissional da equipe, mas aos outros das outras equipes que estão dentro da mesma unidade (H)”.

A vivência no PSF é objetivada como algo positivo, até na questão pessoal, com reflexos diretos para o trabalho.

“Então trabalhar no PSF fez com que eu me sinta hoje uma profissional segura, né, prá exercer o meu trabalho dentro do que a gente chama de atenção primária de saúde (D)”.

Considerações Finais

A partir da realização deste estudo, tornou-se possível identificar algumas das representações elaboradas pelos profissionais que atuam no Programa Saúde da Família, no município de Fortaleza. Foi relevante observar e entender que essas representações foram construídas ao longo da caminhada desses profissionais, e identificar a visão e vivência dos mesmos sobre os sistemas em que atuam.

Não se revelou novidade para a autora, que esses profissionais identifiquem o PSF como uma estratégia para viabilização do SUS, e que referido processo venha sendo desenhado a partir da conjugação dos diversos saberes articulados pela equipe. O PSF não se constitui apenas o resultado da junção de uma série de programas de Saúde Pública (atendimento à criança, à mulher, ao idoso, entre outros). Os profissionais entendem a proposta da integralidade na sua atenção, tomando a família como foco, mas, em alguns momentos, sentem-se frustrados por não conseguirem implementar ações em um determinado lugar, por questões políticas, ou pela própria falta de conhecimento do gestor local sobre o programa, na sua essência.

Para os integrantes que vinham atuando no meio rural, aconteceram mudanças bruscas nessa transição para o meio urbano.

Referências

BORBA, P. C. de. **Saúde da família: um pouco da história.** Fortaleza, 1998. 5 p. (Mimeografado).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 7. ed. Lisboa: Edições 70, 1977. 223 p.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 220 p.

CAPISTRANO FILHO, D. O Programa de saúde da família em São Paulo. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, n.35, p. 89-90, jan./abr. 1999.

CEARÁ. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **A Reforma administrativa municipal, versão educativa.** FUNDESP, Fortaleza, abr. 1997.

_____. **Ação 2000, versão educativa.** Fortaleza, 1999.

COTRIM, B. C. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais.** 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 63-110.

LANE, S. T. M. Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, M. J. (Org.). **O Conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 58-72.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MOSCOVICI, S. **A Representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: _____. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 1999. p. 41-61.

VIANA, A. L. D. As Políticas de saúde nas décadas de 80-90: o (longo) período de reformas. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.1, n.1, p.3-6, 1999.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Revista Phisys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E A TRAJETÓRIA POLÍTICA NA ASSISTÊNCIA PRÉ- NATAL

*Maria Elisabete Costa Cruz
Maria Salete Bessa Jorge*

A maternidade, atribuição social da mulher, abrange múltiplos aspectos e representa “a continuidade de um papel que assegura a manutenção de uma organização social e familiar, principal núcleo da reprodução humana” (SCAVONE, 1993, p.08), constituindo em “um episódio normal da vida procriativa feminina [...]” (LANGER, 1986, p.191).

Essa atribuição é tão forte e tão contundente no seio da sociedade, que chega a ser representada como algo misterioso, divino, com o mistério da encarnação repetindo-se em cada mulher; toda criança que nasce é um deus que se fez homem: [...] a mãe se presta a esse mistério, mas não o comanda; a suprema verdade desse ser que se forma em seu ventre, escapa-lhe (BEAUVOIR, 1987, p.294).

No entanto, percorrendo-se as páginas de história humana, percebe-se que a sociedade não tem se preocupado em prover a mulher de meios eficazes e seguros para que a possa desincumbir-se de sua função biológica de perpetuação da espécie, em segurança.

Nos escritos clássicos e medievais, tem-se notícia de que a assistência à maternidade estava a cargo das mulheres. Muitas delas desenvolveram conhecimentos empíricos, a partir da observação e da prática.

Essas mulheres tornaram-se tão importantes que vieram a incomodar a então nascente medicina científica e o contingente das igrejas (católica e protestante), nos obscuros tempos da Idade Média. Iniciou-se, assim, o “bater do martelo para as feitiçarias”. Milhões dessas “sábias” foram sacrificadas, acusadas de bruxarias.

As mulheres punidas pela ‘escuridão de sua ignorância’ tinham, na verdade, um vasto repertório de sua própria forma de conhecimento, que incorporava elementos de Religião, Química, Alquimia, Botânica, Astrologia, Ciências Naturais e Farmacologia.

Seu conhecimento de ervas e venenos, por exemplo, provavelmente excederia o do mais qualificado homem que exercesse a medicina: (MILES, 1989, p.157).

Assim, sem amparo da sociedade, eram desprezadas e perseguidas pelos homens sábios, como assim foi escrito: “as mulheres são todos os meses cheios, até transbordar de humores supérfluos e sangue melancólico”. (BODIM apud MILES, 1989, p.157).

Tiveram elas também sua “idade da escuridão”, ainda mais terrível que para o resto da humanidade. Assim sendo, as mulheres foram entregues à sua própria sorte, notadamente as pobres.

Somente no alvorecer do século XVIII os estudiosos e cientistas voltaram sua atenção para a mulher, para maternidade, Johann Peter Frank – 1748/1821 – instituiu a necessidade de: “todo o trabalho de parto deve ser assistido por uma parteira e que toda mulher deveria procurar uma parteira antes da data esperada para o nascimento” (ROSEN, 1994, p.135) (grifo nosso), sendo esse o marco inicial para a institucionalização da assistência pré-natal e ao parto.

Estudiosos contribuem para a melhoria das práticas obstétricas, como é o caso de Charles White; com suas “exigências de limpeza, na obstetrícia, antecipa as contribuições de Holms e Semmelweis na prevenção da febre puerperal” (ROSEN, 1994, p.120).

Em 1915 criou-se o Centro de pré-natal e “enfermeiras do hospital começaram a visitar mulheres grávidas em suas casas” (ROSEN, 1994, p.121), até que por volta de 1942, 75% das parturientes da Grã-Bretanha tinham recebido cuidados pré-natais.

Na França, Adolfo Pinard (1844 – 1934) “estabelece o primeiro dispensário maternal de Paris e propõe que a própria mãe fosse a ‘enfermeira’ paga de seus filhos” (ROSEN, 1994, p.279).

No Brasil, as ações de saúde voltadas para a proteção do grupo materno-infantil só tiveram seu início em 1920, quando foram incluídas nos programas de governo, com a aprovação do regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) através do Decreto Nº 16 300/23. De acordo com TYRREL e

CARVALHO (1995, p.111), este departamento de saúde tinha como competência:

A profilaxia geral e específica das doenças transmissíveis, e de outras evitáveis, e política sanitária dos domicílios, lugares e logradouros públicos, fábricas, oficinas, colégios, estabelecimentos comerciais e industriais, hospitais, casa de saúde, maternidade, mercados, hotéis e restaurantes no Distrito Federal;

Além da competência “com a organização, orientação e execução dos serviços de higiene infantil no Distrito Federal e nos estados que para isso realizarem acordos com a união”.

O referido Decreto, em seu Art. 318, inclui ainda “medidas relacionadas a maternidade e à infância, com destaque para a assistência prestada à infância, às operárias no período de gestação (durante o trabalho)...”.

A partir de década de 50, ocorreu um vertiginoso processo de industrialização, que provocou uma acelerada urbanização e, em consequência, o surgimento das grandes áreas metropolitanas industrializadas, acarretando graves repercussões na distribuição na oferta de bens e serviços, notadamente na área da saúde.

Para atender às necessidades do desenvolvimento industrial em curso, consolidou-se um modelo de assistência à saúde, restrito à população previdenciária, isto é, a que estava vinculada formalmente ao mercado de trabalho. A previdência social oferecia serviços conveniados ao setor privado que, nesse período, veio a ter crescimento considerável, incorporando tecnologias avançadas, estabelecidas sob a lógica do lucro.

Em contra partida, a população que estava fora do setor produtivo e amparada pela previdência social, recorria aos serviços públicos de saúde, oferecidos pelo Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais da Saúde, que se caracterizavam como de baixa resolutividade, restritos à oferta de ações exclusivamente preventivas.

Até o início dos anos 80, o país atravessavam, um período político-econômico contraditório, com vários sinais de crises, mas

caminhando lenta e gradualmente para a “abertura” política. A crise financeira atinge o setor que se expressa na consequência imediata da baixa qualidade e da baixa resolutividade dos serviços. Uma primeira avaliação pode ser feita: queda nos salários dos profissionais de saúde, equipamentos e outras tecnologias sem manutenção e com funcionamento deficientes, falta de provimentos de insumos e medicamentos aliados, ainda, às deficiências do gerenciamento.

Segundo XAVIER et al (1998, p.209), “a mulher, como objeto de políticas públicas específicas no Brasil, tem, na saúde, um caso particular. Até o início dos anos oitenta, a política governamental contemplava a mulher apenas nos aspectos reprodutivos, ou seja, oferecendo ações para proteção à gestante, ao parto e ao puerpério”.

Sem uma política importante para a tenção à saúde da mulher, foi implantado, no país, programas de planejamento familiar, “financiados por recursos internacionais, através de entidades que atuavam sem nenhum controle público”. (Brasil, 1996, p.329).

Essas entidades tinham, “claramente, como objetivo, o controle demográfico” (BRASIL, 1985, p.13).

Pode-se observar o caráter controlista dessas entidades, comparando-se a taxa de fecundidade da mulher brasileira que, “em 1970, foi de 5,76 filhos; em 1980, 4,35; e em 1984, a taxa foi de 3,53 filhos, por mulher”. (Brasil, 1997, p.38) e de 2,5 por mulher, no período compreendido entre 1993-1997 (BRASIL, 1997, p.38).

O PNDA de 1986 (NAÇÕES UNIDADES, 1996, p.331), aponta para o fato de que 43% das “mulheres unidas²”, em idade reprodutiva, usavam algum método contraceptivo e que 44% estavam esterilizadas por laqueadura tubária, sendo que apenas uma pequena parcela da população, 13%, não aparece como usuária de algum método contraceptivo.

A esterilização de mulheres, segundo o PNDA de 1986 aponta para uma faixa etária cada vez mais jovem, e que no Nordeste do Brasil “21,42% das esterilizações ocorrem antes dos trinta anos” (NACIONES UNIDAS, 1996, p.332).

O fato objetivo que enfatiza a ação controlista das entidades internacionais que atuam ativamente no Brasil, entre 1970

² Unidades por casamentos e/ou convivendo maritalmente com o companheiro.

e 1990, é que somente no ano de 1996 – através da Lei Orgânica Nº 009263, do Poder Legislativo, que regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, trata, oficialmente, do Planejamento Familiar no Brasil. (BRASIL, 1996, p.561).

Essa queda na taxa de fecundidade da mulher brasileira, sem a intervenção do governo, portanto a cargo das entidades internacionais, foi observada, também, no Ceará, em estudo recente, 1997, ao se fazer uma comparação entre a taxa de fecundidade e nível de escolaridade das mulheres cearenses, apontando para a taxa de fecundidade das mulheres sem escolaridade, que é de 3,4% filhos, enquanto que das mulheres com mais de 12 anos de estudo, é de 1,1% filhos, apresentando, assim, uma diferença de 2,3% filhos. (IPLANCE/SESA, 1997, p.11).

O mesmo estudo ainda indica que a esterilização é o método prevalente das mulheres unidas (32%), e conclui que as mulheres cearenses conhecem mais a esterilização do que as demais brasileiras (IPLANCE/SESA, 1997, p.21).

Outro dado importante para que se possa compreender a situação de saúde do país na década de oitenta, é o alto índice de mortalidade materna, que chegou ao coeficiente de 141 óbitos por 100.000 nascidos vivos no ano 1987, variando em função das regiões do Brasil. Enquanto isso, na região norte, podem atingir 298,30 por 100 mil NV; no Sudeste e Sul, essas taxas ficaram em torno de 122,60 e 110,60 por 100 mil NV, respectivamente (NAÇÕES UNIDAS, 1996, p.331).

Em Fortaleza, “em cada mil nascidos vivos, 95 – 100 mulheres morriam por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério (IPLANCE/SESA, 1997, p.31).

A Organização Mundial de Saúde – OMS – estima que 500.000 mulheres em idade fértil no mundo, morrem, anualmente, por complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, sendo 99% ocorridas em países subdesenvolvidos (Rouquayrol, 1994). Outros estudos demonstram que na América Latina, 30.000 mulheres morrem anualmente, por conta desses agravos quase 5.000 mortes são ocorridas no Brasil entre diversas cidades e estados, classificando-se como o quinto país latino-americano de maior índice (BRASIL, 1994).

As mortes maternas podem ser subdivididas em dois grupos: as mortes obstétricas diretas, resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério, face às intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima relacionadas; e as mortes obstétricas indiretas, resultantes de doenças existentes antes da gravidez, ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, ou agravadas pelos efeitos fisiológicos da mesma. (ROUQUAYROL, 1994).

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 1996), a mortalidade materna, durante os últimos dez anos, registrou dados com probabilidade de 8 mortes por cada mil mulheres em idade reprodutiva, com tendência a diminuir, na medida em que a mulher for mais jovem. A Razão da Mortalidade Materna (RMM), medida direta ou indiretamente, teria sido de 200 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos, para um período aproximado de 1980-90. (BRASIL, PNDS, 1996, p.35).

A pesquisa ainda demonstra que em países em que a mulher tem pleno acesso aos serviços de saúde, o Registro de Mortalidade Materna – RMM é inferior a 10 por 100.000 nascidos vivos.

As Políticas de Saúde Voltadas para o Pré-Natal

Em sua grande maioria, as mulheres são particularmente vulneráveis a problemas especiais de saúde, quer pela falta de informações, quer pelo acesso difícil aos serviços de saúde. Assim, e face aos dados epidemiológicos já apresentados neste estudo, tornou-se necessário adotar, no Brasil, dentro do arcabouço institucional, uma política específica para atender às necessidades de vida e saúde da mulher brasileira.

O debate sobre a saúde da mulher teve avanços significativos no final dos anos 70 e, de acordo com (ÁVILA, 1993, p.384), o retorno das brasileiras, que se encontravam no exílio, contribuiu sobremaneira para o aprofundamento dos debates sobre o tema, reunindo forças junto a outros grupos de mulheres e a setores

do governo, criando bases para o desenvolvimento de um programa de governo que contemplasse ações de saúde à mulher, em todas as fases de sua vida. Este movimento, composto de mulheres de classe média e do meio popular, possuía significados distintos para cada um destes setores, conforme análise de ÁVILA (1993, p.385).

Para as primeiras, havia um forte componente ideológico, no sentido de qualificação, por conta do processo de democratização política e social, com um conteúdo feminista. Já para as mulheres do meio popular, a melhoria das condições de vida propiciava à construção da cidadania um sentido material, mais urgente, de melhoria das suas próprias vidas. A junção dos dois, no entanto, se faz em prol da viabilização deste programa, entendido por todas com um direito social necessário e inadiável.

Essa convivência, entretanto, não se dá de forma pacífica. Há discordâncias em torno da participação estrangeira, no controle da natalidade, do debate em torno do aborto e da prática da esterilização oficiosa, para controle da natalidade, além de polêmica com a Igreja Católica. Esse impasse, com atrasos na implantação de programas sociais, é reforçado por ÁVILA (1993, p.389), no que diz respeito ao Paism, que teve sua declaração como programa oficial retardada, em função do embate que a igreja travou para retirar o DIU (dispositivo intra-uterino) da lista dos métodos contraceptivos a serem oferecidos nos serviços públicos.

Mesmo assim, e por causa desses embates, em 1986 foi criado o Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), propondo, além da atenção destinada à gestação, parto e puerpério, um modelo de atenção integral – tanto educativo quanto clínico – preventivo – para mulheres, desde a adolescência até a terceira idade, em que... propõe uma ação de controle das doenças de transmissão sexual, de câncer de mama e cérvico-uterino, sem deixar de lado as ações de planejamento familiar e as destinadas ao tratamento da esterilidade conjugal. (CARRANZA, 1994, p.96).

Reportando-se ao caráter do PAISM, PITANGUY (1989, p.11) diz que tal programa deveria transcender o cuidado materno-infantil, no sentido de atribuir um espaço próprio para a mulher que, incluindo a maternidade, nela não se esgote, nem com ela se confunda. Afinal, a mulher deve ser informada, atendida e respeitada

para ser o sujeito das decisões, frente à menstruação, concepção, contracepção, infertilidade, gravidez, parto, aborto, esterilização e menopausa, para que ela mesma possa tecer, com o necessário conhecimento, a trama de seu ciclo de vida.

Espera-se que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), possa ainda ser integralmente viabilizado, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) recomenda o atendimento e prioriza as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços de maior complexidade.

O advento do Sistema Único de Saúde – SUS veio para atender à população excluída do sistema previdenciário e reorganizar o setor saúde, como um todo. Servir de alicerce ao SUS ampla participação das setores populares organizados, importantes na sua formulação e concepção, já na Constituição da República (BRASIL, 1988), com regulamentado através da Lei 8080/90 (BRASIL, 1990).

O SUS é definido como um sistema que contempla os princípios da universalidade, integralidade, descentralização, sendo regionalizado e com atendimento integral e participação do usuário (CAMPOS, 1997). Consubstancia-se em uma política que pretende desenvolver e acompanhar o avanço no país, através dos Conselhos de Saúde. O SUS é, portanto, de responsabilidade compartilhada pela União, Estados e Municípios, de forma a assegurar a parte financeira aos respectivos Fundos de Saúde.

O crescimento da demanda e a redução concomitante do financiamento, aliado a graves questões de gerenciamento, e de caráter político, têm dificultado o pleno e efetivo desenvolvimento do SUS.

Pode-se deduzir que o financiamento tem sido um dos entraves à plena atuação do SUS, comprometendo a qualidade da assistência prestado; “a estimativa feita pelo Ministério da Saúde, em 1994, para o investimento na área, foi de 14 bilhões e 136 milhões de dólares, mas a proposta financeira aprovada foi de 9 bilhões e 54 milhões de dólares”. (NAÇÕES UNIDAS, 1996).

Apesar de a assistência pré-natal constituir uma ação de baixo custo, necessita no entanto, de aporte financeiro importante, para que não venha a sofrer solução de continuidade, garantindo a qualidade dessa assistência.

Para que se possa aferir a qualidade da assistência pré-natal oferecida às mulheres brasileiras, lança-se mão de alguns indicadores, tais como taxa de mortalidade materna, índice de cesarianas, índice de tétano neonatal, percentual de mulheres que realizam o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino e revisão de mamas; isto é um exemplo simbólico de como a sociedade considera “a mulher ‘chave’ da história da raça humana” (MILES, 1989, p.26) e “a criança o ‘novo’ que está por nascer” (MINAYO apud NOGUEIRA, 1994, p.14).

A agressividade do estado gravídico-puerperal é destacada, quando se considera tratar-se de processo fisiológico que não, obstante, produz modificações no organismo da mulher, cuja natureza o coloca no limite do patológico e, se não contar com acompanhamento criterioso, acaba caindo, facilmente, em processo de doença, notadamente quando já existe a superposição de condições patológicas prévias, tornando o processo reprodutivo uma situação de risco, tanto para a mãe, quanto para o filho.

No período de gestação, mãe e filho são sujeitos de evento comum, que culmina com o parto. A assistência à gestação é de primordial importância, em razão da especificidade dessa condição, que requer ações efetivas, para garantir a saúde da gestante e do concepto.

É importante que a assistência pré-natal tenha seu início o mais precocemente possível, nas primeiras semanas logo após a ausência do período menstrual. Sua eficácia será tanto maior, quanto mais precoce for o início. Segundo VITELLO (1998, p.253), é indiscutível que, quanto mais precocemente a assistência tiver lugar, melhores serão os resultados; idealmente, a assistência deveria ser iniciada no pré-concepcional; a captação precoce da paciente, mais que um problema médico, é de fundo sócio-cultural.

É importante a preocupação, também, com “a identificação da gestante de alto risco” (REZENDE, 1974, p.222), até porque os organismos da mãe e do filhos estão sujeitos a inúmeros agravos.

Nenhuma gravidez está a salvo de algum risco ou complicações; entretanto, a gravidez de alto risco compreende uma série bastante ampla de condições clínicas ou clínico-obstétricas que complicam a gravidez (risco real), ou ainda, condições que se tornam

danosas, no evoluir saudável da gestação (risco potencial) (LIPPI, 1993, p.323).

Ao serem diagnosticados riscos para a gestante e para o feto, os serviços de saúde devem ter condições de pronta referência, uma vez que o Ministério da Saúde considera que a assistência pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, com o objetivo de promover a saúde e identificar, precocemente, os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto (BRASIL, 1985, p.19).

Em países em dificuldade de desenvolvimento, como o Brasil, onde a população, em geral, e a feminina, em particular, sofre, cotidianamente, agressões à sua saúde, tais como anemias nutricionais, parasitoses, difícil acesso aos serviços de saúde existentes dentre outras, a consulta pré-natal representa um momento único, que deveria ser aproveitado pelo profissional de saúde não apenas para cuidar da gravidez, mas também para atender aos centros tipos de cuidados reprodutivos, estendendo esses cuidados à família. Para NOGUEIRA (1991, p.45), a gravidez representa um momento privilegiado, no qual se dá a integração entre gestante e equipe multiprofissional de saúde, havendo possibilidade de se diagnosticar, fatores de risco e realizar ações preventivas.

REZENDE, (1974); ZIEGEL e CRANLEY (1985); BURROUGHS (1995); CARRANZA (1994) e VITELLO (1988), recomendam que na primeira consulta seja realizada uma anamnese minuciosa, com exame físico e obstétrico, solicitação de exames complementares de rotina – tiragem sanguínea e fator RH; sorologia para sífilis (VDRL); sumário de urina; dosagem de hemoglobina e de glicose, parasitológico de fezes; exames de prevenção de câncer do colo do útero (Papanicolau) e revisão de mamas e, quando necessário, com encaminhamento da gestante a outros serviços especializados.

Dada à crescente feminilização da AIDS, foi tão grande o aumento dos casos, entre mulheres, em 1993, que atingiu “a razão de cinco homens para uma mulher” (NAÇÕES UNIDAS, 1996, p.333); isso deve ser uma preocupação, nas consultas de pré-natal, para informações e acesso das mulheres a exames anti HIV, de modo para que se possa atender á declaração da IV Conferência Mundial sobre a

Mulher, nos seus objetivos estratégicos: proporcionar a todas as mulheres e aos trabalhadores ou agentes de saúde, toda a informação e educação pertinentes sobre as enfermidades de transmissão sexual, inclusive o HIV/AIDS, e sobre a gravidez, assim como as conseqüências para o bebê, inclusive a lactência materna. (NAÇÕES UNIDAS, 1996, p.91).

As consultas subseqüentes, dependendo das conclusões dos exames iniciais, visam, principalmente ao, controle de peso, cifras tensionais, medida da altura uterina, ausculta criteriosa dos batimentos cardio-fetais, conversa sobre as condições físicas e psicológicas da mulher e orientações diversas. Nesse contexto, a assistência, pré-natal deve contar, além das consultas médicas, com as consultas de enfermagem, odontológicas, nutricionais, psicológicas e de serviço social, para que a mulher grávida possa, assim, receber uma assistência integral, como foi preconizado pelo Paism.

A qualidade da consulta pré-natal ofertada, pode ser aferida através de alguns indicadores epidemiológicos, como taxa de mortalidade materna, índice de tétano neonatal, índice de sífilis congênita, entre outros.

Passados dez anos da criação do SUS e do Paism, as diretrizes políticas da descentralização do setor que vieram a fortalecer o poder municipal, ainda não têm conseguido estabilizar os níveis aceitáveis para uma boa qualidade de vida, e a diminuição de morte de mulheres, em conseqüência do estado gravídico ou puerperal. A morte de uma mulher, nessas circunstâncias, causa uma ruptura na família e a estrutura da sociedade se altera.

Corroborando com essa assertiva TANAKA (1995, p.18) afirma que “em relação às mortes por causas maternas, a grande maioria desse fenômeno é evitável e socialmente determinado, além de ser paradoxal, uma vez que, ao trazer uma nova vida ao mundo, a mulher acaba perdendo sua própria vida”.

Reportando-se ao número de morte de mulheres por causa da maternidade, a autora complementa, afirmando que “o número de óbitos maternos, em países em desenvolvimento, assume valores assustadoramente elevados, que se chocam com os avanços da medicina moderna”. Dependendo da região do mundo, essas

ocorrências possuem taxas tão altas que podem ser comparadas a valores elevados na Europa, entre os séculos XVI e XVIII, quando as condições de vida e de assistência à saúde ainda eram precárias.

No Brasil, SIQUEIRA et al., apud FEITOSA, (1991), relatam que a mortalidade materna, para aquele ano, foi de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, e fazendo uma comparação com essa mortalidade, em países como a Austrália, Escócia e Suécia afirmam que no Brasil apresenta-se cerca de 10 vezes maior, no que é corroborado pela estimativa do Ministério da Saúde, ao proceder à correção dos dados de 1987 (72 óbitos por 100 mil nascidos vivos). Considerando que a real magnitude da mortalidade materna não é conhecida, em função da grave problemática de sub-notificação dos óbitos maternos e sub-registros de nascidos vivos, o Ministério da Saúde procede à correção do numerador do coeficiente de mortalidade materna, utilizando, para as regiões sul e sudeste, índices da ordem de 2,04 e 2,24, constantes do manual dos comitês de Mortalidade Materna, estimando o coeficiente de correção 3 para as demais regiões geográficas. Chega-se, então, a um coeficiente de mortalidade materna, para o Brasil, de 141 óbitos por 100.000 nascidos vivos. (NAÇÕES UNIDAS, 1996, p.331).

Ao nível estadual, a mortalidade materna acontece quase sempre por patologias previsíveis, como a toxemia gravídica, as síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e os abortos.

No Ceará, a pesquisa realizada pelo IPLANCE/VIVA MULHER/FNUAP (1997, p17) aponta a morte materna como a quinta causa de óbitos de mulheres em idade fértil, situada no caso, como “23 vezes maior do que é verificado em países desenvolvidos”.

De acordo com o informe de mortalidade materna do Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará de 1998, no ano de 1997 foram conferidos 106 óbitos maternos, representando um coeficiente de 88,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Este valor, de acordo com a mesma fonte, foi inferior ao registro em 1996, de 111 óbitos, representando um coeficiente de 95,1 por 100 mil nascidos vivos. Para a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, este dado merece atenção, pois, embora tenha havido uma redução no coeficiente de mortalidade de 6,6%, o valor continue preocupante, uma vez que é 8,8 vezes maior do que o considerado

aceitável pela OMS, ou seja, 10 mortos por 100 mil nascidos vivos. (CEARÁ, 1998, p.2).

Ainda de acordo com o mesmo informe, do total de 106 óbitos maternos, 72 foram por causas obstétricas diretas, das quais a toxemia gravídica apresentou o coeficiente de 40,3% das mortes. Do total de óbitos (106), 30 (28,3%) ocorreram em Fortaleza. Vale ressaltar que esse perfil epidemiológico para a morte materna aponta uma faixa etária de maior risco – de 35 ou mais anos, “chegando a uma taxa de 381,9 óbitos por 100 mil nascidos vivos, no grupo etário de 40 a 49 anos”. (CEARÁ, 1998, p.2).

Dois outros eventos importantes e que têm estreita ligação com a qualidade do pré-natal, são a sífilis congênita e o tétano neonatal.

O boletim da Saúde de Fortaleza – Doenças de Notificação de 1999, apresenta a sífilis congênita em franca ascensão. No período compreendido entre 1991 e 1998 apresentou um total de 157 casos notificados, sendo que, em 1998, foram notificados 54 (29%) do total de casos.

O tétano neonatal apresentou uma tendência decrescente acentuada no período de 1992 a 1995, chegando a nenhuma ocorrência em 1996, apesar de, em 1997 e 1998, terem ocorrido quatro casos, em cada ano. É digno de nota a notificação zero, em 1996, em virtude da campanha “eliminação do tétano neonatal”, ocorrida naquele ano.

Ao serem buscados dados referentes à cobertura de pré-natal no Brasil, com a finalidade de traçar seu perfil, tendo como base a mortalidade materna, esses referem que:

81% das mulheres grávidas receberam atenção médica, 48% tiveram mais de sete consultas e cerca de 66% foram atendidas durante o primeiro trimestre de gestação, embora ainda persistam diferenças regionais. São altas as percentagens de mulheres sem nenhum atendimento pré-natal em áreas rurais e nas regiões Nordeste e Norte 32%, 26% e 19%, respectivamente (Brasil, 1996, p.33).

No Ceará, a pesquisa realizada pelo IPLANCE/VIVA MULHER/FNUAP em 1997, indica que houve uma melhora no

atendimento pré-natal, apresentando-se em melhor situação, comparativamente com os demais Estados do Nordeste “Em 1996, o Ceará apresentou um percentual de 87,6% de consultas de pré-natal, enquanto os demais Estados do Nordeste apresentaram 73,9%”. (CEARÁ, 1997, p.19).

Referências

BEAUVOIR, S. de. **O Segundo sexo**. Tradução por Sérgio Milet. São Paulo: Círculo do Livro, 1987. 2v. 553p.

BRASIL. BENFAM/FIBGE/MS. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1997.

_____. Lei 009263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo da constituição federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e da outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília. p.561, 1996. Col. 2.

_____. Lei n°. 8.080. **Estabelece a opção do Ceará**. Bases legais do SUS, Fortaleza. 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 25p.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998. 271p.

BURROUGHS, A. **Uma Introdução à enfermagem materna**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 436p.

CARRANZA, M. Saúde reprodutiva da mulher brasileira. In: SAFFIOTI, H. J. B.; VARGAS, M. M. (Org.). **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994. 28p.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Diretrizes de reorganização da atenção dos serviços do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará**. Fortaleza: Secretaria de Saúde, 1998. 19p.

- _____. **Viva mulher**, v.2, n.1, 1997.
- FEITOSA, H. N. et al. Mortalidade materna: ênfase ao binômio cardiopatia e gravidez. **FEMINA**, v.19, n.6, jun. 1991.
- IPLANCE. **Ceará mulher**, v.2, n.1, 1997.
- LANGER, M. **Maternidade e sexo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. 266p.
- LIPPI, U. G. Princípios gerais para a assistência à gravidez de alto risco. **FEMINA**, v. 21, n.4, abr. 1993.
- MILLES, R. **A História do mundo pela mulher**. Tradução por Bárbara Heliadora. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 331p.
- NAÇÕES UNIDAS. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL SOBRE A MULHER, 4., 1995, Beijing-China: FIOCRUZ, 1996. 352p.
- NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal**: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: HUCITEC, 1995. 143p.
- REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 1125p.
- ROSEN, G. **Uma História de saúde pública**. Tradução por Marcos Fernando da Silva Moreira. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1993. 527p.
- ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. 527p.
- TANAKA, A. C. A. **Maternidade**: dilema entre o nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC, 1995. 107p.
- TYRELL, M. A. R.; CARVALHO, V. de. **Programas nacionais de saúde materno-infantil**: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995. 267p.
- XAVIER, D. et al. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. 302p.
- ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

PERIODIZAÇÃO HISTÓRICA DO CEARÁ: INSTRUMENTO DE APOIO À ANÁLISE DE POLÍTICAS DE SAÚDE

*José Jackson Coelho Sampaio
Afonso Nogueira dos Santos
Aderlaine Oliveira da Silva*

A história do Ceará tem sido objeto de estudo de múltiplos autores, ora focalizando aspectos específicos (STUDART Fo, 1916; ANSELMO, 1970; NOBRE, 1980; MONTENEGRO et al, 1982; SOBRINHO, 1982; NOBRE, 1986; AMORA, 1990), ora apresentando grandes panorâmicas descritivas (GIRÃO, 1947; BARROSO, 1962; CRUZ Fo, 1969; GIRÃO, 1971; ARAGÃO, 1985; RIBEIRO, 1987; MOTA, 1989; SAMPAIO, s/d), ora detendo-se em análise crítica, com aprofundamentos teóricos significativos (SOUZA, 1994; 2000), ora banco de dados de história oral contemporânea (MATOS, ALCÂNTARA & DUMMAR, 1999). Da leitura de tantos e diversos autores, com o objetivo de instrumentalizar as pesquisas sobre políticas públicas de saúde desenvolvidas pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, padronizando minimamente a ferramenta da periodização histórica, algumas características fundamentais do processo histórico cearense podem ser destacados.

O movimento geral destes quinhentos anos da integração do território ao capitalismo mercantil europeu, sob égide do colonialismo português, tem sido determinado pelas características geo-climáticas da região; pelas competições coloniais entre Portugal, Espanha, França, Inglaterra e Países Baixos durante os séculos XVI a XVIII; pelas contradições destes colonialismos com a hegemonia ideológica do Papado Católico ou da Reforma Luterana; e pelas contradições do imperialismo anglo-saxão nos séculos XIX a XX, simultaneamente submetendo e modernizando periferias, desde que permaneçam como periferias; mas, sobretudo, pelos maiores movimentos da história do Brasil, que inclui, formata e ressignifica as ocorrências locais.

A história da região onde hoje existe o estado do Ceará apresenta dinâmica própria, como a direção do processo de ocupação, do sertão para o mar, contrariando o padrão brasileiro; a pequena dimensão do escravismo, uma vez que pecuária e agricultura algodoeira baseiam-se no arrendamento; a ocupação econômica tardia, derivada da resistência indígena, do clima e da política colonial que, pelo século XVII, reservou a área para tampão entre os brasis portugueses e holandês; além das irrupções de secas, de movimentos messiânicos e de pronunciamentos separatistas; até os espasmos de uma industrialização retardatária, contra pano de fundo comercial e artesão, buscando integrar-se à globalização financeira e de serviços dos dias atuais.

A categorização em três eras (Colonial, Imperial, Republicana), 10 períodos (Pré-Colonial, Colonial, I Reinado, II Reinado, Fundação Republica, Turbulência Republicana, Ceará Getulista, Ceará Populista, Ciclo dos Coronéis, Ciclo dos Empresários) e outras tantas fases, permite ajustar o tempo histórico a objetivos mais vastos ou mais específicos de análise. A descrição sucinta, tanto quanto as 18 referências bibliográficas, indicam caminhos interpretativos a seguir.

I. Era Colonial (1500-1822)

• *Período Pré-Colonial (1500-1603)*

O atual território do Ceará não foi usado pela Coroa portuguesa por mais de um século. Os historiadores atribuem esta situação ao regime especial das correntes marítimas, à oposição encarnçada dos índios, à aridez do clima e à falta de bens que mobilizassem o capital mercantil, como pau brasil, especiarias, cana-de-açúcar, escravos e ouro.

• *Período Colonial (1603-1822)*

a) Fase sob a hegemonia do Maranhão (1603-1656)

As primeiras tentativas de colonizar o Ceará deram-se em 1603, com Pero Coelho, e em 1607, com a missão dos jesuítas Francisco Pinto e Luís Filgueiras. As experiências malograram e, para a historiografia oficial foi Martim Soares Moreno quem fundou o Ceará, ao construir o forte de São Sebastião e a vila de Nova Lisboa, em 1611. Após combater os franceses no Maranhão, Moreno voltou, permanecendo na capitania de 1621 a 1630. Sete anos após a partida de Moreno, os holandeses ocupam o Ceará, logo sendo expulsos pelos índios. Os holandeses retornam em 1649, chefiados por Matias Beck, e fundam um forte de pedra tomado pelos portugueses em 1654, quando passa ao nome de Fortaleza de Nossa Senhora. da Assunção, origem da atual capital cearense.

b) Fase sob a hegemonia de Pernambuco (1656-1799)

No final do século XVII os civis passam a participar de uma administração formada pelo tripé capitão-mor-câmara-ouvidoria. Corrupção, ineficiência e despreparo administrativo caracterizam o período. Inicia-se a Guerra dos Bárbaros, quando índios de diversas capitanias nordestinas unem-se em confederação para enfrentar os conquistadores. Na passagem do século XVII para o XVIII, acordos de paz foram assinados e desfeitos, inclusive aquele entre o cacique Canindé e o rei Pedro II, único tratado assinado por um chefe indígena e um monarca europeu. Ocorre a guerra entre as famílias Monte e Feitosa, célebre entre as muitas disputas oligárquicas pelo poder local.

c) Fase sob a hegemonia direta de Portugal (1799-1822)

Com a sucessão de cinco governadores, não mais capitães-mor, o Ceará progride lentamente com a instauração da Junta da Fazenda, a introdução da vacina contra a varíola, a captura de líderes latifundiários pelas forças estatais, a abertura dos portos, a realização do primeiro plano urbanístico de Fortaleza, a ruptura do pacto colonial e as lutas pela Independência do Brasil. Repressões cruéis

tiveram lugar, como a que se deu contra a Revolução de 1817, movimento iniciado em Pernambuco, precursor das lutas pela independência e ensejado pela confluência de grave crise econômica com a chegada de influências iluministas das Revoluções Norte-Americana e Francesa.

II. Era Imperial (1822-1889)

- *Período do I Reinado (1822-1831)*

- a) Fase da Independência(1822-1824)

Forças portuguesas, remanescentes no Piauí, resistiram à Independência e ameaçavam invadir Ceará e Maranhão. Tropas cearenses, comandadas por Pereira Filgueiras e Tristão Gonçalves, assumiram o confronto, até a derrota portuguesa, em Caxias/Ma.

- b) Fase do I Reinado (1824-1831)

Em 1824 eclodiu em Pernambuco a Confederação do Equador, um movimento liberal, republicano e separatista. A adesão cearense foi decorrente da influência pernambucana, sobretudo na região do Cariri e, principalmente, como resposta à dissolução da Constituinte de 1823. Os rebeldes, liderados por Pereira Filgueiras e Tristão Gonçalves depuseram o governador Costa Barros, partidário do império e da centralização. O movimento, no Ceará, a última das províncias a se render, findou com a traição do vice-presidente José Félix de Azevedo e Sá, e com a morte dos líderes rebeldes.

- *Período do II Reinado (1831-1889)*

c) Fase das Regências Trinas e do Golpe da Maioridade (1831-1840)

As elites locais organizam-se em partidos e ocorre a Sedição de Pinto Madeira: uma guerra civil na qual confrontaram-se coronéis liberais e monarquistas fundamentalistas. Pinto Madeira rende-se, é julgado culpado por um assassinato e fuzilado. Daí data a supremacia do Partido Liberal, chefiado pelo Padre José Martiniano de Alencar, autoritário, centralista, bom administrador, construtor de estradas, financiador da agricultura, criador do Banco Provincial do Ceará. De 1837 a 1840 os Conservadores tomam o poder e comandam o Ceará, propondo a criação da província do Cariri Novo e dando combate aos “balaíos” foragidos do Maranhão. Com o golpe da maioria do Imperador, os Liberais retomam o controle da província.

d) Fase do II Reinado (1840-1889)

As oligarquias rurais, em torno dos partidos Liberal e Conservador dominam o período. Após a morte do Padre José Martiniano de Alencar, agora Senador do Império, os Liberais passam à liderança, para em seguida dividirem-se em Liberais Pompeu, sob o comando de Nogueira Acióli, e em Liberais Paula, sob o comando de Paula Rodrigues. Os Conservadores, a princípio guiados pela facção “Boticário-Carcará”, de Rodrigues Júnior, fragmentam-se em Conservadores Graúdos, sob o comando de Nogueira Jaguaribe, e em Conservadores Miúdos, sob o comando de Gonçalo Vieira. Intolerância, intransigência, uso pleno da máquina pública nas eventuais eleições, motins e arruaças, caracterizam o período. A eclosão da Guerra do Paraguai (1864-1870) leva ao recrutamento brutal da população e ao engrandecimento de alguns heróis, oriundos das classes médias e altas, como Antônio Tibúrcio, Clarindo de Queiróz, Antônio de Sampaio e Jovita Feitosa.

O Ceará foi pioneiro na abolição da escravatura. Existia um pequeno tráfico negreiro, indireto, vindo de Recife e de São Luís, e o pioneirismo deveu-se ao pouco peso do trabalho escravo na economia de pecuária e de algodão e à natureza pequena e interprovincial do tráfico, motivado pelas secas; pelo surto cafeeiro

no centro-sul; pela atuação de entidades abolicionistas e pela ação popular, entre os quais destacou-se a liderança de Dragão do Mar. Em 1884 promulgou-se lei proibindo a escravidão no Ceará.

III. Era Republicana (1889-Atual)

- *Período da Fundação Republicana (1889-1912)*

- a) *Fase do Golpe da República (1889-1896)*

O advento republicano foi surpreendente: nem as elites, nem os republicanos locais esperavam-na. A segmentação política entre Liberais Pompeu, Liberais Paula, Conservadores Graúdos e Conservadores Miúdos agrupou-se, provisoriamente no Clube Democrático e na União Republicana, esta última imediatamente dividida em “Cafinfin” e “Maloqueiros”, segundo as contradições da velha oligarquia. Uma fusão subsequente, liderada por Nogueira Acioli, cresce em poder. O tenente-coronel Luís Antônio Ferraz assume como primeiro presidente republicano, mas falece em seguida e o vice, João Cordeiro, assume o governo. A oposição de João Cordeiro ao Presidente da República serve de pretexto para uma intervenção no estado e é deposto por êle, assumindo então o deodorista Clarindo de Queirós que, em 1892, é também deposto, desta vez por um levante armado anti-deodorista. Em meio a tantas crises, o poder retorna às mãos dos Liberais Pompeu, através da posse do coronel José Freire Bezerril Fontinelle, ligado diretamente a Nogueira Acióli.

- ◆ *Fase da Oligarquia Aciolina (1896-1912)*

O clã Acióli domina politicamente o Ceará pelos dezesseis anos do período, em decorrência: a) da adesão à *Política dos Governadores*, iniciada na presidência de Campos Sales (1898-1902), que resulta em acordo de apoio mútuo entre o governo federal e a oligarquia dominante em cada estado; b) do apoio dos coronéis do interior do estado, líderes econômicos e políticos responsáveis pelo controle da massa eleitoral, por compra de voto ou uso da força;

c) da aliança com grupos econômicos nacionais e internacionais interessados em mão-de-obra barata e em incentivos fiscais extraordinários; e d) da repressão brutal aos opositores. O primeiro mandato de Nogueira Acióli como governador (1896-1900) destacou-se pelas acusações de corrupção e pelo “caso da vacina”, envolvendo Rodolfo Teófilo, perseguido pelo governo por se dedicar a uma campanha solitária contra a varíola. O governo de Pedro Borges (1900-1904) fez-se notar pela construção da Academia Livre de Direito do Ceará, a primeira instituição de ensino superior do Estado, fundada graças ao desvio da verba destinada à construção de noventa escolas públicas de ensino básico, pela dura repressão a uma greve de estivadores do porto e pela formação de uma aliança opositora em torno de João Brígido, Agapito dos Santos, Valdomiro Cavalcante e Paula Rodrigues. Devido a extensas manipulações de votos o próprio Nogueira Acióli retorna ao poder por mais duas vezes (1904-1908; 1908-1912), até que o acúmulo de descontentamentos e o horror gerado pela repressão a passeata de crianças mobilizada pela oposição diante das suspeitas de fraude na eleição de 1912, derrubaram-no, finalmente. A oposição, embalada pelo movimento *Política das Salvações*, obtém a posse do tenente-coronel Franco Rabelo, salvacionista, representante dos interesses de modernização política da classe média da capital.

- ***Período da Turbulência Republicana (1912-1930)***

a) *Fase da Sedição de Juazeiro e da Intervenção Federal (1912-1916)*

O novo governador não obteve maioria parlamentar e necessitou compor com a bancada de Paula Rodrigues, o que resultou em perda de aliados naturais. As crises parlamentares, incluindo tentativas de cassação de mandato, resultaram em vão, daí o deslocamento da resistência para os movimentos sociais. Os anti-rabelistas arquitetaram um acordo entre Padre Cícero, de Juazeiro, beato messiânico, e Floro Bartolomeu, político aliado a Pinheiro Machado, no nível federal: um exército de jagunços e cangaceiros,

mobilizados pelas mais diferentes bandeiras e palavras de ordem, marchou do Cariri rumo a Fortaleza. O presidente da república, marechal Hermes da Fonseca (1910-1914), forçou a renúncia de Franco Rabelo e empossou Setembrino de Carvalho, como interventor. O equilíbrio das oligarquias resultou numa calma tensa, até pelo menos 1930. O interventor, para melhor cumprir a missão, passou logo o poder a um personagem local, Benjamin Liberato Barroso (1914-1916), que se destacou por intensa perseguição a bandoleiros e pelo drama da famigerada Seca do Quinze (1915). Uma grande reformulação partidária gera o Partido Republicano Cearense, de Fernandes Távora, o Partido Unionista, de João Brígido, e o Partido Conservador Cearense (“Marreta”), de Tomás Cavalcante.

b) Fase do Messianismo, do Cangaço e da Corrupção (1916-1930)

Cinco governos sucedem-se no período: João Tomé (1916-1920), Justiniano de Serpa (1920-1923), Ildefonso Albano (1923-1924), Desembagador Moreira (1924-1928) e Matos Peixoto (1928-1930), todos objetivando a reorganização da economia cearense e o embelezamento da capital, sem ações sociais para erradicação do analfabetismo e das endemias. Intensificam-se a criminalidade e o messianismo, no interior, desestabilizando até os próprios coronéis vítimas de bandos de “cabras” e de facções de beatos. O período é exemplarmente marcado pela Revolta Contra o Transporte Público, em Fortaleza, e pela Marcha da Coluna Prestes, no interior do estado. Em 1928, Matos Peixoto assume como último representante das oligarquias agrárias, pois o movimento de urbanização e o crescimento econômico da capital desestabiliza o poder rural. Uma classe média e uma burguesia urbanas sentem-se representadas por Fernandes Távora e seu Partido Democrático Cearense, passando a apoiar a candidatura de Getúlio Vargas à presidência da república. Durante a Revolução de 1930, líderes civis e militares, partidos, imprensa, o 23º Batalhão de Caçadores e o Colégio Militar depõem Matos Peixoto e elevam Fernandes Távora à governança.

- *Período do Ceará Getulista (1930-1945)*

a) Fase do Tenentismo (1930-1935)

Com a Era Vargas (1930-1945), deu-se início à extinção do cangaço e ao desmantelamento das estruturas agrárias de poder. O interior do país integra-se aos centros urbanos e os nordestinos deslocam a saga migratória do norte da borracha para o centro-sul das indústrias. O interventor Fernandes Távora (1931-1932), ao pretender consolidar nova oligarquia, foi logo demitido. O segundo, Carneiro de Mendonça (1931-1934), um “neutro” e “estrangeiro”, tentou debalde conciliar as oligarquias locais com os tenentistas, fracassou no combate à seca de 1932, enviou contingentes cearenses para a luta contra a Revolução Constitucionalista de São Paulo e reorganizou o quadro partidário: Partido Social Democrático-PSD, chefiado pelos tenentistas, Liga Eleitoral Católica-LEC, reunião de oligarquias tradicionais, Legião Cearense do Trabalho-LCT, organização operária conservadora, corporativista, anticomunista e antiliberal, a Ação Integralista Brasileira-AIB, de orientação fascista, e a Aliança Nacional Libertadora-ANL, frente de progressistas que incluía os simpatizantes do Partido Comunista Brasileiro-PCB, na ilegalidade. O terceiro e último interventor tenentista, Moreira Lima (1934-1935), aliado do PSD, perdeu para a LEC as eleições legislativas de 1934 e escolheu, por voto indireto, o primeiro governador pós-revolução, Menezes Pimentel.

b) Fase do governo Menezes Pimentel e do Estado Novo (1935-1945)

O governador Menezes Pimentel logo torna-se interventor, ao apoiar o Golpe do Estado Novo, em 1937, e seu período caracterizou-se como um dos mais autoritários e repressivos momentos da história cearense. Deu fim ao cangaço, extinguiu todos os partidos políticos, combateu opositores e rebeldes como se fossem subversivos, inclusive os fascistas da LCT e da AIB, os comunistas do PCB, os intelectuais independentes e grupos sociais rebeldes, identificados ou não com cangaceiros, jaguços ou messiânicos, como foi o caso da Comunidade Caldeirão, de camponeses pobres e místicos, organizados de forma igualitária e coletiva, sob a liderança

do beato José Lourenço, que foram enfrentados com aviação. A “aberração social” foi dizimada em 1937, numa ação que resultou em mais de mil assassinatos. Os sinais de fadiga do Estado Novo levaram a uma febril ação política: Menezes Pimentel reorganiza o PSD, os opositores organizam a União Democrática Nacional-UDN, ressurgem o PCB e surge o Partido da Representação Popular-PRP para agregar a resistência integralista. Apesar da dissidência de Olavo Oliveira, que funda o Partido Popular Sindicalista-PPS e o jornal *O Democrata*, o PSD domina o cenário, sobretudo pela tripartição da UDN nas correntes de Fernandes Távora, de José Sabóia e de José Acióli.

- ***Período do Ceará Populista (1945-1964)***

- a) *Fase dos Interventores da Redemocratização (1945-1947)*

Na segunda fase das eleições de 1945, com as quedas de Vargas e da máquina do Estado Novo e com a nomeação de Beni Carvalho para interventor, predominam os Olavistas e os Udenistas, que lançaram Faustino Albuquerque ao governo estadual, Olavo Oliveira e Plínio Salgado ao senado e Eduardo Gomes à presidência. Após Beni Carvalho, sucederam-se quatro interventores, em menos de dois anos: Acrísio Moreira da Rocha, Pedro Firmeza, Machado Lopes e Feliciano de Ataíde. A campanha estadual de 1947 foi tumultuada, com choques entre comunistas e a Igreja Católica, mas resultou em vitória estadual, embora não tivesse havido a vitória federal.

- b) *Fase dos Governos Populistas (1947-1964)*

O quadriênio de Faustino Albuquerque (1947-1951) foi marcado por perseguições aos adversários e crises: rompimento de Olavo Oliveira com o PSP, eleição de Menezes Pimentel para vice-governador, indícios de corrupção na Secretaria de Educação, repressão arbitrária do direito de manifestação. Com o apoio do PCB, Acrísio Moreira da Rocha, elegeu-se prefeito da capital. As eleições para o governo estadual de 1950 destacaram-se pela articulação de

consenso entre as oligarquias em crise, com o Movimento de União pelo Ceará (MUC), sem sucesso, e pela vitória do candidato do PSD, Raul Barbosa (1951-1954), que realizou uma administração tímida, perdeu o apoio dos aliados, aventurou-se a uma candidatura ao senado e a perdeu, foi substituído pelo vice, Stênio Gomes, também frágil, e assim caminho ficou preparado para o udenista Paulo Sarasate (1955-1958). A beligerância entre situação e oposição também fragilizou este governo, o governador renuncia para candidatar-se a deputado federal, tendo o vice, Flávio Marcílio, concluído o mandato. Em 1958, ano de seca calamitosa, Parsifal Barroso é eleito governador, pelo PTB, e cria a Secretaria de Agricultura, Indústria e Comércio, rompe com o PTB, funda o Partido Trabalhista Nacional-PTN, apoia a coligação UDN-PSD e, pela primeira vez na história, um governador elege o sucessor. O Golpe Militar de 1964 divide este governo de Virgílio Távora (1963-1966) em duas fases: a das contradições e alianças com o presidente João Goulart, a da adesão ao ciclo castrense.

- ***Período Militar e o ciclo local dos Coronéis (1964-1987)***

A sequência de Atos Institucionais, com destaque para o Nº 2 e o Nº 5, resultaram em reformulação do quadro partidário e em repressão política. O MDB foi formado, como oposição consentida, com partes do PSD e do PTB, enquanto que a ARENA foi formada, como base de apoio aos presidentes militares e governadores indicados, com PSP e UDN, além de partes adesistas do PSD e do PTB. Plácido Castelo (1966-1971) dirigiu o estado sob a liderança política de Paulo Sarasate, mas, após a morte deste, nada pode fazer contra o esfacelamento da ARENA em três facções, respectivamente sob as lideranças dos coronéis que se sucedem no governo do estado: César Cals (1971-1974), Adauto Bezerra (1975-1978) e Virgílio Távora (1979-1982). Adauto Bezerra, acusado de envolvimento num assassinato, transfere o cargo, no último ano, para o vice Valdemar Alcântara. Virgílio Távora retoma posturas desenvolvimentistas, inicia um ciclo de industrialização, presencia a rearticulação dos movimentos populares e articula com os outros coronéis, através de um acordo denominado “Pacto de Brasília”, a transferência de poder

para um novo nome, Gonzaga Mota (1983-1986). Este, logo após a posse, rompe o pacto e intenta construir uma quarta via política, de frágil consistência. No ínterim, o Ceará participa das lutas pela Nova República, após a aprovação da Lei de Anistia Política, o fracasso do movimento pelas Diretas Já, a eleição indireta e a morte do presidente Tancredo Neves, a posse do vice presidente José Sarney, o fim do ciclo militar e mais uma reestruturação político-partidária.

- ***Período da Democracia Liberal e o ciclo local dos Empresários (1987-Atual)***

Nas eleições de 1986, ascende ao poder no estado um novo sistema político, com ideário social-democrata e base econômica situada no empresariado urbano em processo de modernização. Tal projeto político, elaborado dentro do Centro Industrial do Ceará-CIC e da Federação das Indústrias do Estado do Ceará-FIEC, obteve o apoio de amplos setores sociais e capacitou-se para um ciclo de poder que perdura há 13 anos. O primeiro governador do ciclo, Tasso Jereissati(1987-1990), foi seguido por Ciro Gomes (1994-1991), retornando Tasso Jereissati para dois mandatos consecutivos (1995-1998; 1999-2002). O quadro geral do período é o de investimentos em infraestrutura, viária e hídrica, como o Canal do Trabalhador, o Porto do Pecém e o Açude Castanhão; o de reorganização da gestão pública, como a prática sistemática do planejamento e a redução de pessoal; o de industrialização do interior do estado através de atração de empresas via incentivos fiscais; e o de incremento do turismo de lazer e de lazer. A normalidade democrática tem sido respeitada, mas a desigualdade social tem se agravado, não reduzido, a despeito de intervenções em saúde e educação nacionalmente respeitadas.

Referências

AMORA, Manuel A. **Crônicas da Província do Ceará**. Fortaleza: Editora UFC, 1990.

ANSELMO, Otacílio. **A Revolução de 30 no Ceará**. Fortaleza: Editora UFC, 1970.

ARAGÃO, Raimundo B. **História do Ceará**. Fortaleza: Imprensa ficial do Ceará, 1985.

BARROSO, José P. **História Política do Ceará**. Fortaleza: Imprensa Oficial do Ceará, 1962.

CRUZ Fo, João da. **História do Ceará**. Fortaleza: Secretaria da Cultura e do Desporto, 1969.

GIRÃO, Raimundo. **História Econômica do Ceará**. Fortaleza: Instituto do Ceará, 1947.

_____. **Pequena História do Ceará**. Fortaleza: Editora UFC, 1971.

MATOS, Francisco J. L., ALCÂNTARA, Sérgio V. S. & DUMMAR, Wânia C. (Org.). **Cenários de uma Política Contemporânea**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 1999.

MONTENEGRO, João A. de S. et al. **Fernandes Távora e o Tenentismo no Ceará**. Fortaleza: Secretaria da Cultura e do Desporto, 1982.

MOTA, Aroldo. **História política do Ceará** (em três volumes: I – 1989 a 1930, II – 1930 a 1945, e III – 1945 a 1985). Fortaleza: Stylus Comunicações, 1989.

NOBRE, Geraldo da S. **O Ceará capitania autônoma**. Fortaleza: Imprensa Oficial do Ceará, 1986.

_____. **O Processo Histórico da Industrialização do Ceará**. Fortaleza: Secretaria da Cultura e do Desporto, 1980.

RIBEIRO, Francisco M. **Breve cronologia política do Ceará: 1890-1948**. Fortaleza: Editora UFC, 1987.

SAMPAIO, Filgueiras. **História do Ceará**. Rio de Janeiro: Editora do Brasil, s/d.

SOBRINHO, Tomaz P. **História das Secas**. Mossoró: Coleção Mossoroense, 1982.

SOUZA, Simone de (Org.). **História do Ceará**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 1994.

SOUZA, Simone de. (Org.). **Uma História do Ceará**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2000.

STUDART Fo, Carlos. **A Revolução de 1817 no Ceará & outros estudos**. Fortaleza: Tipografia Minerva, 1916.

RELAÇÃO DOS GOVERNANTES DO CEARÁ

I. Capitães-Mor:

- . Pero Coelho de Sousa (1603);
- . Martim Soares Moreno (1612);
- . Estevam de Campos (1613);
- . Manoel Brito Freire (1614);
- . Domingos Lopes Lobo (1617);
- . Martim Soares Moreno (1621);
- . Domingos da Veiga Cabral (1630);
- . Francisco Pereira da Cunha (1641);
- . André Rodrigues (1643);
- . Diogo Coelho de Albuquerque (1645);
- . Álvaro de Azevedo Barreto (1654);
- . Domingos de Sá Barbosa (1655);
- . Antônio Fernandes Mouxica (1659);
- . Diogo Coelho de Albuquerque (1660);
- . João de Melo Gusmão (1663);
- . João Tavares de Almeida (1666);
- . Jorge Correia da Silva (1670);
- . João Tavares de Almeida (1673);
- . Bento Correia de Figueirêdo (1674);
- . Sebastião de Sá (1678);
- . Bento de Macêdo Faria (1681);
- . Sebastião de Sá (1684);
- . Tomáz Cabral de Olival (1687);
- . Fernão Carrilho (1693);
- . Pedro Lelou (1695);
- . João de Freitas da Cunha (1696);
- . Fernão Carrilho (1699);
- . Jorge de Barros Leite (1699);
- . Francisco Gil Ribeiro (1699);
- . João da Mota (1704);
- . Gabriel da Silva Lago (1704);
- . Carlos Ferreira (1708);

- . Francisco Duartes de Vasconcelos (1710);
- . Plácido de Azevedo Falcão (1713);
- . Manoel da Fonseca Jaime (1715);
- . Salvador Alves da Silva (1718);
- . Manoel Francez (1721);
- . João Batista Furtado (1727);
- . Leonel de Abreu Lima (1731);
- . Domingos Simões Jordão (1735);
- . Francisco Ximenes de Aragão (1739);
- . João de Teive Barreto de Menezes (1743);
- . Francisco de Miranda Costa (1746);
- . Pedro de Moraes Magalhães (1748);
- . Luiz Quaresma Dourado (1751);
- . Francisco Xavier de Miranda Henriques (1755);
- . João Baltazar de Quevedo Homem de Magalhães (1759);
- . Antônio José Vitoriano Borges da Fonseca (1765);
- . João Batista de Azevedo Coutinho de Montauray (1782);
- . Luiz da Mota Féo e Torres (1789).

II. Governadores Coloniais:

- . Bernardo Manoel de Vasconcelos (1799);
- . João Carlos Augusto de Oeynhausien e Grewenburg (1803);
- . Luiz Barba Alardo de Menezes (1808);
- . Manoel Inácio de Sampaio (1812);
- . Francisco Alberto Rubim (1820).

III. Presidentes Provinciais:

- . Pedro José da Costa Barros (1824);
- . Tristão Gonçalves de Alencar Araripe (1824);
- . Pedro José da Costa Barros (1824);
- . José Félix de Azevedo e Sá (1825);
- . Antônio de Sales Nunes Belford (1826-1829);
- . Manoel Joaquim Pereira da Silva (1829-1830);
- . José Mariano Albuquerque Cavalcanti (1831-1833);
- . Inácio Correia de Vasconcelos (1833-1834);

- . Pe. José Martiniano de Alencar (1834-1837);
- . Manoel Felizardo de Sousa e Melo (1837-1839);
- . João Antônio de Miranda (1839-1840);
- . Francisco Sousa Martins (1840);
- . Pe. José Martiniano de Alencar (1840-1841);
- . José Joaquim Coelho (1841-1843);
- . José Maria da Silva Bittencourt (1843-1844);
- . Inácio Correia de Vasconcelos (1844-1847);
- . Casimiro José de Moraes Sarmiento (1847-1848);
- . Fausto Augusto de Aguiar (1848-1850);
- . Inácio Francisco Silveira da Mota (1850-1851);
- . Joaquim Marcos de Almeida Rêgo (1851-1853);
- . Joaquim Vilela de Castro Tavares (1853-1854);
- . Pe. Vicente Pires Mota (1854-1855);
- . Francisco Xavier Paes Barreto (1855-1857);
- . João Silveira de Sousa (1857-1859);
- . Antônio Marcelino Nunes Gonçalves (1859-1861);
- . Manuel Antônio Duarte de Azevedo (1861-1862);
- . José Bento da Cunha Figueirêdo Júnior (1862-1864);
- . Lafayette Rodrigues Pereira (1864-1865);
- . Francisco Inácio Marcondes Homem de Melo (1865-1866);
- . João de Sousa Melo e Alvim (1866-1867);
- . Pedro Leão Veloso (1867-1868);
- . Diogo Velho Cavalcanti de Albuquerque (1868-1869);
- . João Antônio de Araújo Freitas Henriques (1869-1870);
- . José Fernandes da Costa Pereira Júnior (1871);
- . José Antônio Calazans Rodrigues (1871-1872);
- . José Wilkens de Matos (1872);
- . Francisco de Assis Oliveira Maciel (1872-1873);
- . Francisco Teixeira de Sá (1873-1874);
- . Heráclito de Alencar Pereira da Graça (1874-1875);
- . Francisco de Farias Lemos (1876-1877);
- . Caetano Esteleita Cavalcante Pessoa (1877);
- . João José Ferreira de Aguiar (1877-1878);
- . José Júlio de Albuquerque Barros (1878-1880);
- . André Augusto de Pádua Eleury (1880-1881);
- . Pedro Leão Veloso (1881);

- . Sancho de Barros Pimentel (1882);
- . Domingos Antônio Rayol – Barão de Guarujá (1882-1883);
- . Sátiro de Oliveira Dias (1883-1884);
- . Carlos Honório Benedito Otoni (1884-1885);
- . Sinval Odorico de Moura (1885);
- . Miguel Calmon du Pin e Almeida (1885-1886);
- . Joaquim da Costa Barradas (1886);
- . Enéas de Araújo Torreão (1886-1888);
- . Antônio Caio da Silva Prado (1888-1889);
- . Henrique Francisco de Ávila (1889);
- . Jerônimo Rodrigues de Moraes Jardim (1889).

IV. Governadores Republicanos:

- . Luiz Antônio Ferraz (1889-1891);
- . José Clarindo de Queiróz (1891-1892);
- . José Freire Bezerril Fontenele (1892-1896);
- . Antônio Pinto Nogueira Acióly (1896-1900);
- . Pedro Augusto Borges (1900-1904);
- . Antônio Pinto Nogueira Acióly (1896-1900);
- . Antônio Pinto Nogueira Acióly (1908-1912);
- . Marcos Franco Rabêlo (1912-1914);
- . Benjamim Liberato Barroso (1914-1916);
- . João Tomé de Saboya e Silva (1916-1920);
- . Justiniano de Serpa (1920-1923);
- . Ildefonso Albano (1923-1924);
- . José Moreira da Rocha (1924-1928);
- . José Carlos Matos Peixoto (1928-1930);
- . Dr. Manoel do Nascimento Fernandes Távora (1930);
- . Roberto Carneiro de Mendonça (1930-1934);
- . Filipe Moreira Lima (1934-1935);
- . Francisco de Menezes Pimentel (1935-1945);
- . Benedito Augusto Carvalho dos Santos (1945-1946);
- . Tomás Pompeu Filho (1946);
- . Acrísio Moreira da Rocha (1946);
- . Pedro Firmeza (1946-1947);
- . José Feliciano de Ataíde (1947);

- . Faustino de Albuquerque e Sousa (1947-1951);
- . Raul Barbosa (1951-1954);
- . Stênio Gomes da Silva (1954-1955);
- . Paulo Sarasate (1955-1958);
- . Flávio Portela Marcílio (1958-1959);
- . José Parsifal Barroso (1959-1963);
- . Virgílio de Moraes de Fernandes Távora (1963-1966);
- . Franklin Gondim Chaves (1966);
- . Plácido Aderaldo Castelo (1967-1970);
- . César Cals de Oliveira Filho (1971-1974);
- . José Aduino Bezerra de Menezes (1975-1977);
- . Valdemar Alcântara (1978);
- . Virgílio de Moraes Fernandes Távora (1979-1982);
- . Gonzaga Mota (1983-1986);
- . Tasso Ribeiro Jereissati (1987-1990);
- . Ciro Ferreira Gomes (1991-1994);
- . Tasso Ribeiro Jereissati (1995-1999);
- . Tasso Ribeiro Jereissati (1999-atual).

PARTE II

SUBJETIVIDADE, SAÚDE MENTAL E SUA DIVERSIDADE

A SAÚDE MENTAL NO CAMPO DA EDUCAÇÃO: REPRESENTAÇÕES DE PSICÓLOGOS ESCOLARES DE FORTALEZA

*Raimunda Eliana Cordeiro Barroso
José Jackson Coelho Sampaio
Erasmio Miessa Ruiz*

Introdução

A aproximação entre Psicologia e Educação, no Brasil, ocorre desde o início do século XX, mas só na década de 70 observa-se uma expansão da Psicologia Escolar. Este fato é marcado, segundo PATTO (1984), pela transferência dos serviços de Psicologia, que dão assistência aos alunos da rede municipal e estadual de São Paulo, com atuação em clínicas para o desenvolvimento de suas atividades diretamente nas escolas, objetivando maior produtividade do sistema de ensino. MALUF (1994, p.160-161), ao analisar a história da Psicologia aplicada à Educação, salienta que

Até a década de 70, a Psicologia Educacional desequilibrou-se na busca dos dados da natureza. Acreditou excessivamente nos determinismos hereditários e no caráter decisório das cargas genéticas. [...] O uso abundante e pouco discriminado dos testes psicológicos gerou posturas preditivas que foram desmentidas pelas análises mais abrangentes dos determinantes do comportamento.

O papel assumido tradicionalmente pelo psicólogo escolar tinha sido o de psicometrista e de clínico. Apesar das tentativas de superação, constata-se ainda hoje nas escolas a prática de uma Psicologia baseada em laudos psicológicos, na qual crianças e adolescentes são considerados, muitas vezes, portadores de distúrbios.

Várias pesquisas são encontradas na área da Psicologia Escolar, das quais podemos distinguir algumas que poderão auxiliar

em nosso trabalho. Em relação à formação e prática do psicólogo na educação, a pesquisa desenvolvida por MALUF (1994, p.182) discute, entre outros aspectos, a dificuldade deste profissional em se distanciar do modelo clínico de atuação, centrado no indivíduo, apesar das tentativas de se buscar uma prática de caráter preventivo. Embora os resultados apontem ainda uma prática bastante conservadora, sugestões são apresentadas visando a modificações na formação do psicólogo escolar, considerada pela maioria dos entrevistados como ainda muito insatisfatória. Apesar disso, a autora informa que “... nos últimos vinte anos a evolução da Psicologia viu-se marcada pela busca de novos referenciais teórico-metodológicos, no marco da relevância e da responsabilidade social”.

Para MELLO (*apud* YAMAMOTO, 1990, p.41), a atuação do psicólogo na área escolar “... continua distinguindo-se pelo modelo clínico, não tendo ainda uma identidade ou definição própria”.

BALBINO (1988), ao pesquisar sobre o psicólogo escolar na cidade de Fortaleza, oferece-nos dados importantes dos quais se destacam: 81% dos entrevistados realizavam psicodiagnóstico, orientação e aconselhamento nas escolas em que trabalhavam. 68% dos entrevistados exercem outras atividades, principalmente na área clínica, e declaram-se insatisfeitos em relação ao exercício da Psicologia Escolar.

As dificuldades encontradas na prática profissional são atribuídas a inadequações na formação profissional e aos próprios limites de atuação.

BALBINO (1990) cita pesquisas, ocorridas em outras capitais brasileiras, que confirmam seus achados. Em João Pessoa e Distrito Federal as atividades mais frequentes são atendimento a pais, professores e alunos, aplicação de teste, orientação psicológica. Em São Paulo, verificou-se que grande parte dos psicólogos escolares exercem atividades em consultórios particulares, paralelamente. Outras pesquisas demonstram ainda ser a Psicologia Escolar a área que reúne o menor número de psicólogos.

O baixo número de psicólogos escolares, em comparação às outras áreas, é atribuído aos baixos salários, à formação profissional insatisfatória e à posição desprivilegiada do psicólogo na

escola. Embora o campo de pesquisas na área de Psicologia Escolar seja bastante fértil onde muitos aspectos já foram abordados, muito há ainda por ser investigado e descoberto em busca de aproximações do real.

Assim sendo, estamos nos propondo refletir e reavaliar práticas sociais do psicólogo escolar, à luz de suas representações sociais.

Interessa-nos, portanto, investigar o que norteia a prática do psicólogo escolar, no cotidiano de seu trabalho, na busca de um bem estar ou saúde, seja do indivíduo e da comunidade. Partimos da suposição de que sua prática seja produto tanto de conhecimentos específicos construídos ao longo de sua formação, como de representações genéricas, edificadas socialmente.

Ao falar em saúde, estamos nos posicionando a partir de um novo paradigma, ou seja, saúde como um processo que vai abranger não só o corpo como também a mente e o meio ambiente. Trata-se de uma realidade representada por indivíduos e grupos, bastante rica em significados. Para MINAYO (1996, p.193) “Saúde/doença constituem metáforas privilegiadas para explicação da sociedade. Engendram atitudes, comportamentos e revelam concepções de mundo”.

A expressão saúde mental irá designar tanto um conjunto de estados do ser (atitude, personalidade etc.), como também um campo de conhecimentos e um conjunto de práticas. A Psicologia constitui uma área de conhecimento não designada da saúde, por formação, mas que, cada vez mais, o é, por atuação. Dentre as várias profissões que trabalham na área de saúde mental, identificamos o psicólogo como um profissional, talvez o mais cobrado no sentido de uma prática crítica do processo saúde/doença mental. BOCK & AGUIAR (1995, p.10), por exemplo, afirmam que “cada vez mais torna-se consensual no Brasil a idéia de que o psicólogo é um profissional da área de saúde”.

No capítulo dos princípios fundamentais que devem reger a profissão, o Código de Ética Profissional do Psicólogo prescreve que o psicólogo deve “trabalhar visando promover o bem estar do indivíduo e da comunidade, bem como a descoberta de métodos e práticas que possibilitem a consecução deste objetivo”.

A Psicologia apresenta-se, então, como uma ciência e uma profissão que busca contribuir para a promoção, o restabelecimento e a manutenção de um estado de saúde mental e de bem-estar.

Estimulados por tantas pesquisas na área, objetivamos conhecer mais profundamente a Psicologia Escolar desenvolvida em Fortaleza, a partir do enfoque das representações sociais de saúde mental, educação e psicologia escolar, elaboradas e partilhadas por seus agentes. Buscamos abranger, na presente investigação, aspectos ideológicos, representações do próprio trabalho e alcance social dos construtos. Sabemos estar pisando em areias movediças, que poderão se tornar mais firmes à luz dos resultados, das conclusões e das considerações desenvolvidas a partir do próprio ato de pesquisar.

Tratamento Metodológico

✓ A Questão da Saúde Mental

A aceitação cada vez maior do psicólogo como um profissional de saúde nos leva a buscar maior compreensão do fenômeno da saúde mental.

CAMPAÑA (1995, p.190) afirma que “Definir la salud mental implica grandes dificultades si nos atenemos al hecho de que ella envuelve necesariamente aspectos tan complejos como los relativos a la subjetividad, a la vida emocional, a los sentidos sociales – como el amor, a liberdade etc”.

Para BOCK & AGUIAR (1995), a prevenção, em Psicologia, começou a ser pensada como uma nova possibilidade de intervenção com maior abrangência e qualidade, implicando uma concepção de saúde como ausência de doença, o que vincula a ação do psicólogo a patologias por prevenir. Esta concepção de saúde é anterior à década de 50, quando a Organização Mundial de Saúde-OMS estabelece conceito mais complexo, que inclui a noção de bem-estar geral. Para Mira y LOPEZ (apud CAMPAÑA, 1995, p.192),

“...la “modernidad” del concepto de salud mental... consistiría en haber rechazado el criterio negativo de la “ausencia de perturbaciones psíquicas” y haberlo

remplazado por otro “más concreto y amplio”, definiéndola como “um estado de bienestar corporal, intelectual y moral que permite a quien lo siente vivir activamente y enfrentar con eficiencia y serenidad las emergencias de la vida social”.

Entre as várias definições de saúde mental, destacamos a definição de Stolkiner, citada também por CAMPAÑA (1995), que a considera como o máximo bem-estar possível, em cada momento histórico e circunstância determinada, resultado de permanentes intertransformações recíprocas do sujeito com sua realidade, donde a separação entre saúde e saúde mental deve ser tomada como um simples arbítrio operativo, antes que como uma espécie particular de saúde.

Para FOUCAULT (1984), as patologias mental e orgânica exigem métodos diferentes de análise, resultando em artifício de linguagem falarmos em “doenças do espírito”. Uma patologia que utilize os mesmos métodos e conceitos nos domínios psicológico e fisiológico constitui algo mítico, mesmo que a unidade do corpo e do espírito seja real.

Para SAMPAIO (1993, p.406), “...é possível pensar que saúde mental e doença mental, são conceitos que emergem da noção de bem-estar coletivo. Anormal é uma virtualidade inscrita no próprio processo de constituição do normal, carecendo portanto de instrumental médico, psicológico, filosófico, sociológico, antropológico, econômico e político para ser compreendida”.

Para este Autor não podemos falar só de saúde ou só de doença mental, pois os processos saudáveis e destrutivos para a mente sempre estarão presentes, numa relação dialética, em todos os domínios da vida social da qual tomam parte os indivíduos.

Falar de saúde mental no contexto da Psicologia Escolar é como se embrenhar numa floresta de conceitos. Envereda-se por diversos caminhos e trilhas no intuito de aproximação de um campo de confluência ou síntese de conhecimentos sobre saúde mental, Psicologia e educação.

O empenho em delinear a complexidade do conceito e do fenômeno não nos eximiu de uma escolha, centrada na interface das concepções de Foucault, Campaña e Sampaio.

✓ A Questão da Representação Social

A expressão representação social, segundo SÁ (1996), designa tanto um conjunto de fenômenos, como a própria teoria construída para explicá-los. Corresponde também a um amplo campo de estudos psicossociológicos.

Ao tecer considerações sobre o início da Teoria das Representações Sociais, FARR (1995, p.49) nos diz que esta "se constituiu numa importante crítica à natureza individualizante da maioria das pesquisas em Psicologia Social na América do Norte". Questionava-se o caráter pragmático e comportamental da Psicologia Social norte-americana, cuja preocupação era o estudo do indivíduo em situação de interação. A nova vertente surgida na Europa passa a dar relevância à natureza também histórico-social do ser humano e ao estudo de realidades dinâmicas em constante construção. LANE (1994, p.19) vai comentar que

"A Psicologia Social continua tendo por objetivo conhecer o indivíduo no conjunto de suas relações sociais, tanto naquilo que lhe é específico como naquilo em que ele é manifestação grupal e social. Porém, agora poderá responder à questão de como o homem é sujeito da História e transformador de sua própria vida e da sua sociedade, assim como qualquer outra área da Psicologia".

O redimensionamento deste campo de estudos tem como marco a publicação, no início da década de 60, da obra *Psychanalyse: Son image et son public*, de Moscovici, na França. "Ele estava interessado em observar o que acontece quando um novo corpo de conhecimentos, como a Psicanálise, se espalha dentro de uma população humana" (FARR, op. cit: p.45). Através deste estudo, Moscovici demonstra a possibilidade de se fazer levantamentos de aspectos simbólicos e representacionais da realidade social, a partir de um novo instrumento.

A representação social pertence aos universos consensuais de pensamento e é considerada como uma realidade quase tangível. É

apresentada por MOSCOVICI (1978, p.26), como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”.

Depois de mais de três décadas de seu surgimento, a Teoria das Representações Sociais tem se desdobrado em diferentes perspectivas teóricas complementares à original. Jodelet, sistematizadora da teoria, juntamente com Moscovici, afirma a existência de um espaço crescente de estudos, nesta área, de natureza multidimensional. A teoria original é conhecida atualmente como grande teoria (SÁ, 1998). O conceito de representação social adotado pela grande teoria é, segundo este mesmo Autor, elaborado primeiramente por Moscovici e posteriormente trabalhado por Jodelet. Tal conceito encontra-se disponível em textos brasileiros e portugueses. A partir deste olhar, representação social é “Uma modalidade de saber, gerada através da comunicação na vida cotidiana, com a finalidade prática de orientar os comportamentos em situações sociais concretas (SÁ, 1998, p.68).

Segundo JODELET (apud SÁ, 1995), as representações sociais originam-se na vida cotidiana e são elaboradas socialmente, constituindo-se como um conhecimento do senso comum. Através da análise das representações sociais, é possível, entre outras coisas, a identificação de ideologias e valores implícitos nos discursos fundadores das ações, concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Em virtude da apropriação deste referencial teórico por inúmeros pesquisadores, muitos conceitos podem ser encontrados. Ainda assim, constata-se certa dificuldade em sua apreensão. Sobre a dificuldade de aproximação deste conceito, OLIVEIRA & WERBA (1998, p.104), chamam atenção ao fato de que “... nunca se chega ao limite deste conceito: ao nos aproximarmos dele, o vemos escorregar para mais longe, obrigando-nos a transpor nossas próprias fronteiras, buscando novamente aquele “horizonte perdido”.

Para SPINK (1995, p.89), a complexidade do fenômeno das representações sociais se dá a partir de uma desconstrução teórica da falsa dicotomia entre o individual e o coletivo. Enfocar o fenômeno apenas no nível intra-individual ou social não é suficiente.

Faz-se necessário compreender como um e outro se modificam mutuamente.

O pensamento de Spink vem ratificar a premissa de Moscovici a respeito deste mesmo tema:

Ao falarmos de representação social... consideramos que não existe um corte dado entre o universo exterior e o universo individual (ou do grupo) – o sujeito e o objeto não são absolutamente heterogêneos em seu campo comum. O objeto está inscrito num contexto ativo, pois é parcialmente concebido pela pessoa ou a coletividade como prolongamento de seu comportamento e só existe para eles enquanto função dos meios e métodos que permitem conhecê-los (MOSCOVICI, 1978, p. 48).

Ao qualificar uma representação como social, MOSCOVICI (1978) a supõe como algo produzido e engendrado coletivamente; esta é concebida como uma estrutura de dupla face indissociáveis. Uma de natureza conceitual, em que ao objeto é imputado um sentido, e outra figurativa, que inclui a atividade perceptiva. Desta construção, decorre a compreensão do fenômeno da representação social como elaborado a partir de dois processos básicos. Moscovici identifica dois mecanismos formadores de representação social: a ancoragem e a objetivação.

A ancoragem consiste na classificação e nomeação do objeto. Caracteriza-se por transformar o estranho em algo familiar. Integra o objeto representado a uma categoria de pensamento já existente no universo representacional do sujeito.

Objetivar é "descobrir a qualidade icônica de uma idéia ou de um ser impreciso; é reproduzir um conceito numa imagem" (FARR & MOSCOVICI, 1984). Através da objetivação, um objeto abstrato adquire materialidade.

Embora uma das exigências da *teoria geral* esteja relacionada aos processos formadores das representações - ancoragem e objetivação – Sá (op. cit.), a este respeito, afirma que tal exigência vem sendo amenizada. No que se refere a ancoragem, deve-se a dificuldades intrínsecas em sua identificação. Para tanto, seria necessária “a realização de uma pesquisa histórica da vida e do

pensamento popular para a qual não encontram-se facilmente fontes fidedignas” (Sá, op.cit: 70). Com relação à objetivação, a atenuação da exigência original deu-se em decorrência não só das dificuldades inerentes ao pesquisá-la, mas também ao fato de que outras duas importantes vertentes teóricas não a privilegiaram. Talvez seja mais viável pesquisar a objetivação nos meios de comunicação de massa do que mesmo em sujeitos específicos do grupo estudado.

Buscando assumir uma posição de maior coerência com a grande teoria, é que desenvolvemos um estudo com vistas a levantar e descrever as representações sociais do grupo da pesquisa.

O estudo das representações sociais, segundo Bonfim & ALMEIDA (1992), irá fornecer subsídios ao desenvolvimento de pesquisas que visem a descoberta do pensamento e da ação de grupos sociais, permitindo a articulação do social e do psicológico, tornando-se um instrumento de compreensão e transformação da realidade.

Partindo desses pressupostos, acreditamos ser possível a chegada a uma compreensão de como o psicólogo escolar elabora certos conteúdos relacionados a saúde mental, educação e psicologia escolar, transformando-os em sistemas de pensamento que venham sustentar sua prática profissional.

Na pesquisa colhemos idéias, informações, opiniões, imagens, percepções, ideologias. A persistência dos elementos, razoavelmente invariante e permanente, na maioria dos sujeitos de um grupo, permitirá a identificação destes conteúdos como representações sociais, que é uma construção teórica, a partir da interpretação.

✓ **Desenho Geral da Pesquisa**

A pesquisa teve como campo a cidade de Fortaleza/CE e foi realizada em duas etapas, a primeira, com objetivo maior de levantamento e mapeamento, desdobra avaliações qualitativas de banco de dados quantitativo, e a segunda, com o objetivo maior de identificar opiniões e perceber a provável construção de

representações sociais, é basicamente qualitativa nas avaliações e no banco de dados.

No primeiro momento levantamos a população de psicólogos escolares atuantes, com o objetivo de conhecer a prática atualizada dessa área da Psicologia em nosso meio.

O levantamento foi realizado, inicialmente, com a ajuda de um mini roteiro de perguntas, utilizado em contatos telefônicos para identificação da população, sendo em seguida usado um questionário mais discriminado de identificação. O conhecimento de dados atuais mostrou-se de fundamental importância para o desenvolvimento da segunda etapa do trabalho, visto que subsidiou a construção da amostra com a qual foi trabalhado o aprofundamento.

Na segunda parte da pesquisa, o instrumento adotado foi uma entrevista aberta, orientada por um roteiro mínimo. A entrevista consiste, segundo SPINK (1995), em uma das formas mais empregadas nas pesquisas desta área, para obtenção de dados. Para SÁ (1998), a prática mais comum de pesquisa de representações sociais combina a coleta de dados, através de entrevistas individuais, com a técnica de análise de conteúdo para seu tratamento.

A primeira parte do trabalho foi desenvolvida de janeiro a março de 1998, enquanto a outra foi de agosto a novembro também de 1998.

✓ **Procedimentos**

Para a identificação dos psicólogos escolares atuantes na cidade de Fortaleza, recorreremos ao Conselho Regional de Psicologia-11. A lista com os nomes dos profissionais foi elaborada a partir de dados do cadastramento realizado pelo Conselho Regional de Psicologia-CRP-11 no ano de 1996. O número de psicólogos escolares informados foi de 96 (noventa e seis).

A localização inicial dos sujeitos foi realizada via telefone de trabalho, pois o CRP não forneceu os endereços e os números telefônicos residenciais. A identificação do pesquisador, da pesquisa, da instituição de pesquisa e dos objetivos gerais, era seguida de uma confirmação da identidade do psicólogo contatado e de sua permanência na área escolar. Para os que confirmaram identidade e

permanência na área de atuação pretendida foi aplicado um pequeno roteiro contendo as seguintes perguntas:

Período de tempo em que atua na área de Psicologia Escolar?

Trabalha em alguma outra área da Psicologia?

Aceita participar da pesquisa?

As respostas, além de serem decisivas para a inserção ou não daquele profissional na população de estudo, já oferecia uma idéia do campo e dos sujeitos a serem trabalhados.

Dos 96 informados pelo CRP-11, foram localizados 83 (oitenta e três), ou seja, 86,4% do total informado. Dos 83 localizados, 13 (treze), isto é, 15,6%, haviam migrado para outras áreas de atuação (docência, Psicologia Clínica, Psicologia Hospitalar, Psicologia Organizacional). Declararam continuar trabalhando com Psicologia Escolar 70 (setenta) profissionais, ou seja, 84,3% dos 83 localizados e 72,9% dos 96 informados pelo CRP-11. Doze dos psicólogos foram excluídos em virtude de nossa decisão de trabalhar com uma população qualificada, composta por profissionais que possuíssem um tempo mínimo de atuação na área correspondente a três anos, período considerado suficiente para formar um cotidiano de trabalho e sedimentar uma experiência.

Fortaleza tem, portanto, 58 (cinquenta e oito) psicólogos registrados no CRP, exercendo, exclusiva ou predominantemente, a Psicologia Escolar, há tempo igual ou maior que três anos. Destes 58, o questionário da primeira fase foi aplicado a 52 (cinquenta e dois) profissionais, isto é, 54,1% dos informados e 74,3% dos atuantes na área. Esta última diferença se explica por perda, em virtude da ocorrência de recusas explícitas ou deduzidas por prática de protelações permanentes. O número final é significativo, representando mais da metade dos informados e mais de 2/3 dos atuantes.

**QUADRO I - Percurso seguido para a obtenção dos sujeitos da
1ª fase da pesquisa**

Informados pelo CRP-11	6
Localizados por telefone	3
Atuantes exclusiva ou predominantemente na área escolar	0
Com atuação na área escolar igual ou maior que três anos	8
Que aceitaram participar, de fato, da 1ª fase da pesquisa	2

Após a coleta e análise do material utilizado nessa primeira fase da pesquisa, que correspondeu à Caracterização da Prática da Psicologia Escolar em Fortaleza/CE, passou-se à etapa seguinte, em cuja concretização se fez necessária a composição de um conjunto de estratos da população e de um processo amostral aleatório dentro de cada camada. A estratificação foi construída segundo três critérios, considerados de suma importância para o estabelecimento de subgrupos homogêneos:

- Universidade de conclusão do curso de Psicologia. De acordo com os resultados obtidos nos questionários, pudemos dividir o grupo entre profissionais egressos da UFC, UNIFOR e de outras instituições.

- Exclusividade de trabalho na área de Psicologia Escolar. Refere-se àqueles profissionais que trabalham exclusivamente com Psicologia Escolar ou aos que, paralelamente, atuam em outras áreas da Psicologia, devendo, em acordo com cada caso, o sujeito ocupar o estrato correspondente a SIM ou NÃO.

- Tempo de experiência na área de Psicologia Escolar. A partir dos dados, em relação a estes aspectos, o tempo de atuação dos profissionais foi dividido em três períodos sucessivos: 3 a 6 anos; 7 a 10 anos; 11 a 15 anos.

A construção da grade de estratos para abrigar a população que estava sendo trabalhada, ou seja, os 52 sujeitos, permitiu visualizar a distribuição concreta destes nas células. Virtualmente, o

número de estratos chegaria a 18 (dezoito). A ocorrência de três estratos vazios ofereceu, na prática, 15 (quinze) estratos homogêneos, quatro dos quais com apenas um sujeito e 11 contando mais de um sujeito em cada um.

Os quatro sujeitos, únicos por estrato, foram então selecionados intencionalmente para a entrevista, porém, infelizmente, nenhum deles aceitou participar da segunda fase da pesquisa.

Dos dois estratos mais populosos foram escolhidos aleatoriamente, dois psicólogos, um de cada, para teste da entrevista, pois o instrumento - a Entrevista de Representação Social sobre Saúde Mental, Educação e Psicologia Escolar, entre Psicólogos Escolares de Fortaleza - ainda se encontrava em estudo. Os sujeitos que participaram do teste-piloto foram excluídos do sorteio final para composição da amostra, de um sujeito por estrato, sucedendo-se um outro sorteio a cada recusa. Em oito casos, o entrevistado foi o primeiro sorteado; em dois o segundo, e em um caso, o terceiro.

O grupo resultante da estratificação foi composto por profissionais com o seguinte perfil:

- 100% (n=11) do sexo feminino.

54,5% (n=6) egressas da UFC; 36,3% (n=4) da UNIFOR e 9% (n=1) outras.

54,5% (n=6) com exclusividade de trabalho na área escolar; e 45,5% (n=5) atua na área escolar em concomitância com outras áreas.

45,4% (n=5) possuem de 7 a 10 anos de tempo de atuação na área; 36,3% (n=4) possuem de 3 a 6 anos; e 18,1% (n=2) possuem de 11 a 15 anos.

As entrevistas foram realizadas no próprio local onde as entrevistadas atuavam como psicólogas escolares. Com exceção de uma, cuja entrevista se realizou na clínica onde uma das psicólogas também trabalhava.

Instrumentos

Foram adotados três instrumentos: na primeira fase, o mini-questionário telefônico e o Questionário de Caracterização do Trabalho de Psicologia Escolar. Na segunda fase, a Entrevista de Representação Social sobre Saúde Mental, Educação e Psicologia Escolar, entre Psicólogos Escolares de Fortaleza.

O Questionário de Caracterização do Trabalho de Psicologia Escolar objetivava conhecer, não só alguns elementos gerais da prática atual da Psicologia Escolar em Fortaleza, como também saber quem são esses profissionais e qual o perfil da instituição para a qual trabalham. O instrumento reuniu 24 perguntas, em sua maioria, objetivas, distribuídas em três tópicos principais:

- 1) Dados Pessoais.
- 2) Caracterização da Instituição onde trabalha como psicólogo(a).
- 3) Caracterização do profissional.

A entrevista de Representação Social sobre Saúde Mental, Educação e Psicologia Escolar, entre Psicólogos Escolares de Fortaleza foi conduzida a partir de um roteiro, contendo 17 perguntas, abrangendo três módulos de questões:

Biografia acadêmica.

Experiência profissional.

Universo simbólico, abrangendo os temas – aluno, aprendizagem, comportamento, saúde mental, escola, educação e Psicologia Escolar.

As entrevistas foram todas gravadas com a permissão dos sujeitos, transcritas fielmente e digitadas formalmente, sem prejuízo dos conteúdos, para análise. Após transcritas, totalizaram 312 páginas, o que transformou este período no mais longo da pesquisa.

Tratamento dos Dados

Para a análise das entrevistas, foi adotada a técnica de análise de conteúdo, bastante utilizada em pesquisas sobre representações sociais, na qual baseou-se em BARDIN (1977).

Considerando o conjunto de técnicas expostas por Bardin, optamos pela técnica qualitativa, temática e transversal, como mais adequada à análise do material e coerente com os objetivos. O que caracteriza a análise como qualitativa é o fato de a inferência, sempre que realizada, fundar-se na presença do índice (tema, palavra, personagem etc.) e não na frequência da aparição em cada comunicação individual. O que particulariza a análise como temática consiste na descoberta dos núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência possam adquirir significado em relação ao objetivo proposto. A análise transversal é individualizada pelo corte horizontal efetuado nas respostas, investigando os conteúdos individuais distribuídos no discurso do grupo. O texto resultante das respostas foi analisado questão por questão, garantindo as especificidades. A preocupação ficou centrada nos conteúdos enunciados e não nos sujeitos que emitiram tais discursos.

Os passos seguidos compreenderam as seguintes etapas:

- 1) Pré-análise: consistiu na leitura flutuante do texto, seguida pela constituição do *corpus*, preparando assim o material para ser analisado.
- 2) Exploração do material e categorização: resume-se num recorte que inclui a escolha das unidades-temas. Tomamos como critério o caráter semântico das categorias temáticas. A categorização resultou de uma operação de classificação e agrupamento de elementos do conjunto, dispostos em colunas, de modo a permitir melhor visualização das categorias e compreensão do material. Para BARDIN (1977), as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.
- 3) Resultados: foram baseados em inferências cuja interpretação foi realizada a partir da Teoria das Representações Sociais.

Resultados

✓ **Caracterização da Prática da Psicologia Escolar em Fortaleza**

A população de psicólogos escolares em Fortaleza apresenta-se composta por profissionais, em sua quase totalidade, do sexo feminino, que possuem entre 25 e 35 anos e têm, em média, menos de 10 anos de formadas.

Estes profissionais são egressos, de modo equânime, da UFC e da UNIFOR, a maioria percebendo uma renda individual na faixa de 8 a 15 salários mínimos.

Em sua totalidade, os psicólogos escolares trabalham em instituições privadas, registrando-se completa ausência deles na rede pública. Este dado demonstra uma falta de reconhecimento ou até desconhecimento da importância da ação da Psicologia Escolar na instituição escolar, por parte dos órgãos públicos ligados à Educação, em nosso Estado.

A permanência dos psicólogos escolares nos empregos é, em média, de pouco mais de quatro anos. Este aspecto necessita de maior investigação, para o desenvolvimento de uma compreensão mais crítica.

Verificamos que a Psicologia Escolar não é uma área de atuação hegemônica entre os profissionais pesquisados, visto que a maioria deles possui outra atividade paralela, embora dentro da Psicologia. Esta outra atividade é predominantemente no campo da Psicologia Clínica. A maior preferência pela área clínica não é confirmada pelos sujeitos, embora, por outro lado, quando questionados sobre a linha teórica que fundamenta suas práticas, a maior incidência de respostas foi em relação a uma orientação psicanalítica, corrente teórica de natureza originariamente clínica.

Apesar de alguns achados contraditórios, em relação a uma definição clara por uma ou outra área, é bastante transparente a dedicação dos profissionais à Psicologia, como carreira profissional.

Alguns resultados, até aqui apresentados, confirmam a literatura revisada, o que sugere ter havido poucas modificações no exercício profissional nos últimos anos.

✓ **Perfil Acadêmico e Profissional das Entrevistadas**

A descrição das categorias relacionadas à experiência acadêmica e profissional do grupo em estudo, na segunda etapa da pesquisa, serve de base para complementar a construção de um perfil do profissional de Psicologia Escolar atuante em Fortaleza.

Partindo-se de uma visão sincrética, onde figura e fundo ainda não se diferenciaram, caminha-se agora em busca de uma síntese. Com relação aos aspectos motivacionais que desencadearam, nos sujeitos, a escolha pelo curso de Psicologia, pudemos verificar uma predominância equilibrada entre fatores internos e externos. Quanto aos primeiros, destacam-se motivos pessoais e ligados a interesses em ajudar e conhecer o ser humano. Dentre os outros, sobressai-se a influência de pessoas importantes, como parentes, amigos ou professores.

Em sua maioria, as profissionais expressaram convicção quanto à escolha do curso haver ocorrido muito tempo antes de ingressar na Faculdade. Podemos, portanto, concluir que a Psicologia faz parte da vida das entrevistadas desde muito cedo.

As representações sobre o período acadêmico situam-se tanto nos aspectos positivos, quanto nas insatisfações. A face positiva da experiência acadêmica é atribuída à qualidade do curso e a vivências interpessoais consideradas como muito gratificantes. Para as insatisfações, destacam-se as falhas curriculares e as inadequações físicas dos cursos.

Durante seus cursos, as psicólogas demonstraram mais interesse pelas disciplinas de desenvolvimento humano, da área escolar e da área clínica, interesse justificado basicamente pela qualificação e carisma dos respectivos professores.

As expectativas das entrevistadas, quando estudantes, foram representadas por uma visão clínica da profissão, complementada pelo desejo altruístico, generoso, de ajudar as pessoas. Deste modo, a Psicologia, em qualquer de suas áreas de atuação, inscreve-se no rol das profissões de cuidado e de missão.

O mercado profissional é representado como algo prenhe de dificuldades, mas com perspectiva de crescimento. A relação com a lógica de mercado introduz ambigüidades e contradições, decorrentes da inserção do “missionário” no mundo dos negócios, das trocas comerciais, das mercadorias.

Entre os motivos mais freqüentes que levaram as profissionais a atuarem na área escolar, se encontram o interesse pelo fenômeno da aprendizagem, a vontade de atuar com grandes grupos e o esforço de estabelecer uma prática preventiva. Quanto ao desejo expresso pelo grupo de uma atuação mais direta com a sociedade, este parece ser confundido com a necessidade de contato com uma clientela numerosa. Esta inferência fundamenta-se na ausência, quase que completa, de representações sobre o trabalho de Psicologia Escolar voltado para segmentos populares.

A prática da Psicologia Escolar é representada, basicamente, como um trabalho de natureza interdisciplinar, de caráter preventivo e voltada, em geral, para o desenvolvimento pleno da pessoa-aluno. A volta do foco para a pessoa contradiz a pretensão coletivista e introduz novas ambigüidades e contradições.

Alunos e pais de alunos são percebidos como clientes, vinculação estabelecida *a posteriori*, quando ocorre algum problema envolvendo o aluno. Os mais freqüentes estão relacionados a dificuldades de aprendizagem e a questões disciplinares, desdobrando procedimentos baseados no tripé Investigação ou exploração do caso / acompanhamento do aluno incluindo orientação à sua família e professores / encaminhamento, em caso de necessidade, a psicólogo clínico, fonoaudiólogo, psicopedagogo etc. Tais resultados assemelham-se ao quadro apresentado por PATTO (1984) sobre o panorama do exercício da Psicologia Escolar desenvolvida nos Estados Unidos, no final da década de 50 e ainda predominante em muitos outros países.

O cotejamento dos achados deste trabalho com o material bibliográfico disponível sobre a área foi dificultado em razão da dominância de pesquisas que abordam a Psicologia Escolar voltada para classes desfavorecidas da população. Dentre as referências bibliográficas importantes, podemos citar: PATTO (1981); PATTO (1984); ANDREAZZI (1992), OLIVEIRA (1992); MACHADO & SOUZA (1997);

✓ Representações sobre Saúde Mental, Educação e Psicologia Escolar

O trabalho proporcionou, de certa forma, um diálogo entre psicólogas escolares acerca de temas do cotidiano da prática profissional. O mapeamento exaustivo de questões que preocupam a Psicologia Escolar possibilitou o acesso a um conhecimento partilhado pelo grupo com maior ou menor grau de consciência.

Com relação às representações sobre aluno saudável, observamos uma tendência maior em apreendê-lo como aquele cujo desempenho é satisfatório, ou seja, que possui um bom rendimento escolar associado à capacidade de interagir socialmente. A representação identificada sobre o aluno-problema ou não-saudável encontra-se em outra dimensão, é aquele que se encontra desadaptado à escola ou com dificuldades que comprometem a aprendizagem. O grande e homogêneo volume de respostas na direção assinalada conformam esta representação como representação social. Com esta visão e sobre tal segmento incide mais diretamente o trabalho das psicólogas, reafirmando assim a representação social da Psicologia como uma profissão de ajuda.

Quando questionadas sobre os distúrbios de aprendizagem, contradições emergem nos discursos das informantes. Ao mesmo tempo em que afirmam não lidar com este fenômeno em sua prática com alunos, exemplificam casos envolvendo distúrbios, principalmente aqueles mais encontrados nos manuais de Psicopatologia. Frequentes explicações teóricas acerca do tema, presentes nas entrevistas, levam-nos a inferir uma certa necessidade do grupo em demonstrar que possui conhecimento sobre o assunto. Embora o grupo tenha se mostrado mais à vontade para falar em dificuldades do que em distúrbios, não identificamos representação uniforme que possa configurá-la como social. Abdicam de compreender os fenômenos como psicopatológicos, mas apresentam marcada insegurança em configurá-los como expressão de uma diversidade social, aceita igualmente em seus múltiplos modos.

Nas representações sobre *desvio*, observamos, novamente, ambigüidades quanto ao uso de conceitos e a operacionalização das ações sobre estes. Exemplos de comportamentos desviantes

aparecem no discurso do grupo como um todo, apontando assim para a existência de um campo representacional a esse respeito. Em maior frequência, as condutas tidas como desviantes são representadas por comportamentos que fogem aos parâmetros de normalidade estatística e convivência social (agressividade exacerbada, furto, homossexualidade etc.). As profissionais não questionam criticamente de que normalidade social se fala, mas tendem a assumir o conceito de desvio e a vê-lo como todo o comportamento que escape à imagem idealizada que a sociedade tenha de si.

A representação da causalidade de situações que configuram problemas, distúrbios ou desvios no contexto escolar, inclui, de modo destacado, a responsabilidade individual do aluno ou dos pais, revelando o predomínio do olhar clínico na escola. Tais resultados ratificam a afirmação de SOUZA (1997, p.147):

Na visão predominante da Psicologia os acontecimentos vividos pela criança na escola são interpretados como um sintoma de conflitos de seu mundo interno e de sua relação familiar inadequada [...] Nessa concepção, as relações e processos vividos pela criança na escola não são considerados como condicionantes ou estruturantes de quaisquer dificuldades no aprendizado, eximindo portanto a escola de participação nas dificuldades vividas no processo de aprendizagem e/ou nas manifestações de atitudes contrárias às normas institucionais.

Em relação ao objeto *saúde mental*, observamos uma tendência do grupo em representá-lo pela capacidade do sujeito de resistir às pressões do meio, como também por sua versatilidade intelectual, social, afetiva. Em pequena proporção saúde mental é representada por um estado de bem-estar, categoria também presente nas representações sobre o aluno saudável.

A imagem do indivíduo saudável construída pelo grupo permite a visualização de um perfil psicológico composto pelos atributos seguintes: espontaneidade, autonomia, equilíbrio/harmonia e cidadania. Embora tais atribuições não estejam distribuídas de modo uniforme, no grupo, verifica-se uma interrelação destes, revelando uma tendência representacional.

Sobre os determinantes de saúde mental, notamos mais uma vez a emergência de categorias relacionadas à realidade micro-social, envolvendo, como principais elementos, a pessoa, a escola e a família. Este resultado reflete, provavelmente, a concepção de uma realidade circunscrita através da própria classe social a que pertence o grupo e àquela de quem estão a serviço, que no caso, coincidem. De um modo geral, nas representações elaboradas e compartilhadas sobre saúde mental, não são identificadas referências diretas ao contexto sócioeconômico e histórico mais amplo que inclua influências recíprocas entre o sujeito e sua realidade.

Retornando aos conceitos apresentados sobre a questão da saúde mental, no capítulo Tratamento Metodológico, verificamos a incorporação parcial, ao universo simbólico das profissionais, de conteúdos pertencentes ao universo reificado das ciências.

Entre as idéias circulantes, no grupo, sobre Educação, destacam-se conteúdos que apontam uma representação social da educação, de modo amplo, abrangendo o sentido não só de informação, como também de formação do ser humano como um todo. Esta mesma concepção encontra-se em MADEIRA (1998, p.241), que afirma tratar-se de um “processo amplo, que envolve o homem todo e todo o homem, no concreto de seu viver e de seu fazer.

Outras categorias representacionais sobre a educação revelam a influência de teorias construtivistas em sua elaboração. A educação, como um processo que envolve construção e troca de conhecimento, remete às idéias de Piaget sobre o tema, autor bastante conhecido pelo grupo.

O discurso sobre a escola deixa transparecer um universo representacional bastante rico. Complementando a representação social configurada sobre a educação, a escola apresenta-se socialmente representada como responsável pela formação integral do aluno. Mas, a função que ela exerce atualmente é expressa regularmente pela ênfase na transmissão de conteúdos e preocupação com o vestibular. Assim sendo, a escola atual é vivida como um lugar novo, técnico, competitivo, para desempenho operacional, mas é concebida segundo a visão da pedagogia tradicional, visão que teve seu apogeu, no Brasil, no período 20-50 deste século. A expectativa

de superação deste estado de coisas é manifesta pelo grupo. Predomina uma perspectiva otimista quanto ao futuro da escola, que parece estar baseada, em geral, na percepção dos acontecimentos que envolvem o sistema educacional no qual as psicólogas atuam.

Nas representações construídas sobre a escola, encontram-se elementos ideológicos da classe social do grupo pesquisado. A quase totalidade das profissionais, ao se referir à instituição escolar, expressam imagens concernentes à escola privada. Dessa forma, encobrem, embora de modo inconsciente (característica da ideologia), a existência de um sistema público de ensino com clientela oriunda das classes populares, onde (em nosso meio) nem sequer existe a função de psicólogo.

Apenas em pequena proporção, a escola é representada a partir de sua inserção num contexto social amplo, ou seja, numa sociedade capitalista onde as desigualdades sociais se fazem presentes também no âmbito da escola.

Os resultados nos levam a uma compreensão da prática da Psicologia Escolar através das representações sociais aqui identificadas, sobre aluno, escola, educação e, de modo mais geral, sociedade. Apesar da observação de dificuldades e constantes contradições entre a expressão do pensar e as representações do agir, a avaliação, pelas profissionais, de seu desempenho é representada como sendo satisfatória. O sentimento de satisfação demonstrado poderá ser atribuído à reprodução na escola-empresa do modelo clínico-liberal, ou seja, transferem para a escola a visão clínica e tentam reproduzir a relação cliente-terapeuta, realizando assim um desejo mesclado com expectativas originadas ainda no período acadêmico.

A representação social do psicólogo, como um profissional que não deve se acomodar e que necessita atualizar-se constantemente, não se apresenta coerente com a falta de inovação observada em relação à prática escolar.

Na avaliação do grupo, a Psicologia Escolar é uma profissão que vem conquistando maior espaço, importância e reconhecimento na sociedade. Esta avaliação toma como referência o aumento do número de profissionais nas escolas.

A contribuição do psicólogo no espaço escolar, segundo a representação formada pelo grupo, consiste em dar um suporte a partir de novos conhecimentos e abordagens da ciência psicológica, visando a possibilitar condições favoráveis à aprendizagem do aluno. Estas representações apontam para uma função “essencialmente técnica deste profissional na escola. [...] o psicólogo, mais do que contribuir com a escola na discussão de seus impasses, legitima a hierarquização do trabalho, assumindo função de controle (ZANELLA, 1998, p.225).

Considerações Finais

Pode-se inferir, à luz dos resultados, que a Psicologia Escolar em Fortaleza encontra-se objetivada numa prática baseada, ainda, apesar das críticas, num modelo clínico de atuação, voltada para uma elite. Seu *locus* de trabalho é a escola particular. As atividades são direcionadas, principalmente, para o aluno-cliente numa perspectiva preventivo-curativa, embora tenham introjetado a interdição de atuação sob o viés da clínica. Utilizam, com pudor, procedimentos terapêuticos, esforçando-se em adaptá-los aos objetivos educacionais.

Embora o grupo pesquisado ocupe, como espaço de atuação, o terreno de interseção da Psicologia com a Educação, os resultados possibilitam a visualização de tendências indicadoras de representação social de modo mais aparente em relação aos conteúdos pedagógicos do que mesmo aos conhecimentos referentes à saúde mental. A tendência vem ao encontro da maneira como a profissão Psicologia, no campo da saúde, é constituída: legitima-se cada vez mais pela prática clínica, mas não pertence, por formação, ao campo da saúde, apenas o fazendo por atuação. O nível analítico é o da Pedagogia, mas para dar conta de objetos comportamentais e resolver questões do processo saúde/doença.

O esforço realizado até aqui teve a pretensão de desvendar aspectos do pensamento consensual do grupo, orientador de ações no cotidiano das práticas. Esperamos que o acesso às representações sociais dos fenômenos estudados possam contribuir não só para

reflexões acerca da Psicologia Escolar, como também que possibilite uma compreensão mais ampla da Psicologia em nossa realidade, passo importante para a construção de mudanças.

A responsabilidade do psicólogo, como profissional de saúde mental e trabalhador social, independe de seu local de atuação. MARTIN BARÓ (apud ZANELLA, 1998) nos diz que:

As perguntas críticas que os psicólogos devem se formular a respeito do caráter de sua atividade e, portanto, a respeito do papel que está desempenhando na sociedade, não devem centrar-se tanto onde, mas a partir de quem; não tanto em como se está realizando algo, quanto em benefício de quem; e assim, não tanto sobre o tipo de atividade que se pratica (clínica, escolar, industrial, comunitária ou outra), mas sobre quais são as conseqüências históricas concretas que essa atividade está produzindo (p. 226).

Pensar a Psicologia nesta perspectiva, significa situar o ser humano como centro das preocupações desta ciência, e o psicólogo como profissional que busca a promoção de bem estar do indivíduo e da coletividade.

Referências

ANDREAZZI, Luciana Castrillon. Uma história do olhar e do fazer do psicólogo na escola. In: CAMPOS, Florianita C. Braga. **Psicologia e Saúde: Repensando Práticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

BALBINO, Viviana do C. R. **Psicólogo Escolar: agente de mediação no processo de transformação social ?** Fortaleza: FAGED/UFC, Dissertação de Mestrado, 1988.

BALBINO. V. R. Psicólogos Escolares em Fortaleza: dados da formação, da prática e da contextualização da atividade profissional. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Ns 2, 3, 4, 1990-pp. 50-56.

BARDIN, L. A. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOCK, A. M. B. & AGUIAR, W. M. J. Por uma prática promotora de saúde em orientação vocacional. In: BOCK, Ana Mercês Bahia e outros autores. **A escolha profissional em questão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

BONFIM, Z. A . C. e ALMEIDA, S. F. C. Representação Social : Conceituação, Dimensões e Funções. **Revista de Psicologia**. Fortaleza, V 9 (1/2), V.10(1/2); p. 75-89, jan./dez. 1991/92.

CAMPAÑA, Arturo. **Salud Mental: Conciencia Vs. Seducion por la Locura**. Quito: Ed. CEAS, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - **Código de Ética Profissional**. Brasília, 1987.

FARR, Robert M. & MOSCOVICI, Serge. **Social Representations**. Cambridge University Press, 1984.

FARR, Robert M. Representações Sociais: A teoria e sua história. In: GUARESCHI, Pedrinho. A & JOVCHELOVICH, S. **Textos em Representação Social**. Petrópolis: Vozes, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

LANE, Silvia T. M. A Psicologia Social e uma nova concepção do homem para a Psicologia. In: LANE, Silvia T. M. & CODO, Wanderley (orgs.). **Psicologia Social: O homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

MACHADO, Adriana Marcondes & SOUZA, Marilene P. Rebello (orgs.) **Psicologia Escolar em busca de novos rumos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

MADEIRA, M.C. Um aprender do viver: Educação e Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. & OLIVEIRA, D. C. (orgs.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998.

MALUF, Maria Regina. Formação e atuação do psicólogo na educação: Dinâmica de transformação. In: CFP, **Psicólogo**

Brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação: S.Paulo: Casa do psicólogo, 1994.

MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

OLIVEIRA, F. O & WERBA, G. C. Representações Sociais. In: Strey, M.N. et al. **Psicologia Social Contemporânea.** Petrópolis: Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, Maria da Glória Coelho. A criança e o fracasso escolar: Mitos/ Ritos. In: **Psicologia e Saúde: Repensando Práticas.** São Paulo: HUCITEC, 1992.

PATTO, M. H. S. **Introdução à Psicologia Escolar.** São Paulo: T. A. Queiroz, 1981.

PATTO, M. Helena, S. **Psicologia e Ideologia.** São Paulo: T.A. Queiroz 1984.

SÁ, Celso Pereira. **Núcleo Central das Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **A Construção do objeto de pesquisa em representações sociais.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

_____. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (Org.) **O Conhecimento no Cotidiano.** São Paulo: Brasiliense, 1995.

SAMPAIO, José J. C. Saúde Mental. In: Roquayrol, M. Z. (Org.). **Epidemiologia e Saúde.** 4. Ed. MEDSI: 1993, p. 403 a 420.

SOUZA, Marilene P. Rebello. A contribuição dos estudos etnográficos na compreensão do fracasso escolar. In: MACHADO, Adriana Marcondes & SOUZA, Marilene P. Rebello (orgs.) **Psicologia Escolar em busca de novos rumos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SPINK, M.J.P. O estudo empírico das representações sociais. In: _____, **O Conhecimento no Cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

YAMAMOTO, O.H.H. A Psicologia Escolar em Natal: características e perspectivas. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Ns. 2-3-4, 1990. pp. 40-49.

ZANELLA, Andréa Vieira. Psicologia Social e Escola. In: STREY, Marlene Neves et al. **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 1998.

ADOLESCENTES DELINQUENTES: CHAPEUZINHO VERMELHO OU LOBO MAU? UM ESTUDO SOBRE O PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE DE ADOLESCENTES EM CONFLITOS COM A LEI

Eveline Maria Perdigão Silveira¹
Maria Salete Bessa Jorge

Este ensaio consiste em um relato parcial dos resultados de pesquisa realizada em uma instituição denominada Centro Educacional Aldaci Barbosa Mota (CEABM), unidade vinculada à Fundação do Bem-Estar do Menor - Ceará (FEBEMCE), fundação estatal, cuja finalidade é promover o amparo e a assistência ao menor carente no Ceará.

Trata-se de uma tentativa de estudar elementos da subjetividade de adolescentes femininas em conflito com a lei, internadas em instituição corretiva, em regime de privação de liberdade ou semi-liberdade. Objetiva-se com este relato contribuir para uma melhor compreensão de pressupostos, valores e sentimentos destas jovens consideradas como delinquentes pela sociedade.

Este estudo apresenta-se como de natureza qualitativa, fundamentado na fala dos atores sociais, tendo como estratégia de investigação a observação participante e o estudo de caso, procurando realizar um cruzamento de informações provenientes de dois instrumentos de coleta de dados : o questionário e a entrevista.

Como em MINAYO (1996, p.109), considerou-se a fala dos atores sociais como "um dos modos mais importantes de manifestação das representações das condições estruturais, dos sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles)". Assim como em BAKHTIN (1986: 36), atribuiu-se à palavra "o modo mais puro e sensível de relação social", a um só

¹ Eveline Perdigão Delatorre é psicóloga clínica, professora da Universidade Estadual do Ceará, mestre em Saúde Pública –UECE.

tempo reflexão e expressão das relações e lutas sociais. A fala de cada elemento deste grupo era, portanto, revelação da fala de muitos, daqueles que compartilham condições objetivas de vida marcadas pelo estigma.

Como referencial para a análise dos dados empíricos, foram utilizadas como categorias: gênero, norma social, comportamento desviante, violência e exclusão social, por se considerar a causa do adolescente delinquente como um problema social que se define na interface de tais categorias. É deste nódulo que surgiram o interesse e o desafio por este objeto de estudo.

Como apreender elementos da subjetividade de um campo, ao mesmo tempo, estranho e familiar ? Como decodificar a fala de sujeitos, inseri-la no discurso das Ciências Sociais e da Psicologia, sem perder sua essência e originalidade ? Como decifrar este “campo híbrido” , sem destruí-lo ?

Louvando-se em MINAYO (1996), tem-se em mente as especificidades do objeto de estudo das Ciências Sociais. Considerando-o como um objeto "histórico e que possui consciência histórica”, convém ressaltar que trata-se de um grupo social construído em um dado espaço e um determinado momento histórico, cujas normas, leis e instituições se definem conforme as especificidades deste tempo e deste espaço. Com efeito, "o pensamento e a consciência são um processo que tem como base o próprio processo histórico" (MINAYO,1996, p.20).

Para a análise dos dados das entrevistas, foram seguidas as orientações de BARDIN (1977), embora tenha optado, assim como DIÓGENES (1998), pelo retardamento da categorização, no qual a lógica de análise foi desenvolvida em concomitância à própria investigação. Por conseguinte, o sentido das tomadas de decisão foi se construindo na medida em que ia adentrando a referência de sentido construída entre os componentes (DIÓGENES,1998, p.61) do grupo de informantes, donde se justifica o movimento constante de idas e vindas entre as falas, a escuta, a reflexão e as teorizações.

O Campo em Estudo

O Centro Educacional Aldaci Barbosa (CEABM) destina-se ao acolhimento e atendimento de adolescentes do sexo feminino, autoras de ato infracional, encaminhadas por ordem judicial, sob as medidas sócio-educativas de privação de liberdade ou semi-liberdade, de acordo com os art. 120 e 121 do Estatuto da Criança e do Adolescente².

Como instituição voltada para detenção de adolescentes infratoras, vale citar algumas de suas normas gerais de funcionamento, as quais favorecerão tanto uma melhor compreensão da rotina da casa, como do padrão relacional e estrutural do CEABM.

Ao chegar à unidade, a adolescente é revistada, seus pertences guardados e devidamente numerados, ficando sob responsabilidade da gerente. Após a vistoria, a recém-interna é informada das normas disciplinares da unidade e, em seguida, encaminhada aos setores social, psicológico e pedagógico, para posterior engajamento nas atividades da unidade.

São vedadas às internas o recebimento e a efetuação de ligações telefônicas de membros da família e outros, bem como o uso de roupas que não sejam próprias da unidade, salvo ocasiões especiais (missas, passeios, festas). O uso de medicamentos só é permitido caso haja indicação médica, sendo acompanhado pelo setor de enfermagem.

As visitas só poderão ser efetuadas nos horários determinados pela instituição e restringem-se aos membros diretos da família (pai, mãe, irmãos) e/ou responsáveis pela adolescente, bem

²Conforme reza o Estatuto da Criança e do Adolescente, a internação constitui medida de privação de liberdade, aplicável somente nos casos em que o ato infracional tenha sido cometido por menor de 18 anos e acompanhado de grave ameaça ou violência à pessoa; reincidência no cometimento de outras infrações graves; ou por descumprimento injustificável de medida sócio-educativa anteriormente imposta pelo juiz, o que faz com que a clientela da referida entidade seja composta unicamente por menores de idade que tenham cometido pelo menos um ato infracional considerado grave. A medida não comporta prazo pré-estabelecido, sendo obrigatória a reavaliação dos casos no máximo a cada seis meses. No entanto, é proibida a extensão do prazo de internação para além de três anos.

como maridos ou companheiros, sendo, neste caso, necessária a comprovação por parte da equipe técnica. É vedado ao visitante o livre acesso ao interior da unidade, devendo o mesmo restringir-se ao ambiente determinado pelo instrutor. A visita se dará sob a observação de profissional competente.

O cotidiano da instituição se estabelece a partir da definição de horários rígidos, organizados de tal maneira que a clientela tenha o mínimo de tempo disponível para atividades individuais. A programação diária inicia-se às 6h da manhã e conclui-se às 22 h, com horário para higiene pessoal, alimentação, estudo, participação de oficinas, dentre outras atividades. A limpeza e higienização dos espaços físicos da unidade são de responsabilidade das internas, executadas diariamente, sob vistoria do funcionário competente.

O que se espera da clientela é que sejam cumpridas rigorosamente as normas da unidade. As jovens que executam suas tarefas conforme o esperado são elogiadas diante das outras e incentivadas a manter seu comportamento exemplar. Enquanto isso, aquelas que executam mal suas tarefas, ou as realizam reclamando, são admoestadas ou até recolhidas aos seus aposentos, dependendo da gravidade de sua reação. As delações entre as colegas são incentivadas e premiadas com o reconhecimento da equipe dirigente e dos instrutores.

Os mecanismos básicos de contenção começam com a advertência verbal e vão até ao encaminhamento à Delegacia Especializada, conforme nível de gravidade da falta cometida pela interna. As faltas serão avaliadas pela equipe de instrutores, sendo apenas por :

- advertência : para faltas leves (sendo a primeira vez);
- realização de tarefa similar: caso seja no horário das atividades de rotina ou educativas;
- recolhimento ao dormitório, na hora do ocorrido, com o intuito de conter a interna;
- recolhimento após o jantar: na reincidência de faltas leves;
- recolhimento à sala de reflexão (denominada como “a tranca”): se a falta for grave;

- encaminhamento à Delegacia Especializada, se referir-se a falta grave com prejuízo a outrem, ou por causar risco à integridade e segurança da unidade.

São consideradas faltas leves : a não participação nas atividades da unidade, a agressão verbal a funcionários ou pessoas da unidade e o contato não concedido com pessoas de fora da unidade. Os desvios considerados graves dizem respeito aos que põem em risco a integridade física e/ou moral de terceiros ou a segurança da unidade, o que inclui a depredação de objetos da casa, furto de pertences das colegas, desobediência seguida de agressão a instrutores, agressão a colegas entre outros. Os casos de reincidência de faltas leves serão caracterizados como falta grave.

A vigilância é feita prioritariamente pelos instrutores educacionais, funcionários de nível médio, de ambos os sexos, encarregados de acompanhar todas as atividades das jovens durante dia e noite. Cada instrutor fica responsável por um grupo de três a quatro jovens, acompanhando-as durante suas atividades.

As adolescentes sentenciadas têm direito a uma bolsa de trabalho no valor de meio salário mínimo, sendo exigido para seu recebimento integral a frequência às oficinas e às atividades sociopedagógicas oferecidas pela unidade.

A clientela do CEABM pode ser caracterizada como de vítimas de exclusão social, o que tipifica milhões de brasileiros. Trata-se de jovens que lidam com uma situação de pobreza muitas vezes extrema, oriundas de bairros periféricos, lares super-lotados, famílias incompletas, na qual, em sua maioria, a figura paterna é ausente, ficando a manutenção da casa ao encargo exclusivamente da mãe, cuja condição de trabalho concentra-se no subemprego ou em serviços domésticos.

Tomando como referência o conteúdo das entrevistas das informantes, pode-se dizer que, quanto ao nível de envolvimento das jovens com a rotina da rua, a drogadição e seu vínculo com a família de origem, definem-se três grupos com características distintas.

O primeiro grupo se definiu pelas jovens que passavam boa parte do dia na rua - vadiando, mendigando, fazendo pequenos biscates, consumindo drogas – mas que mantêm uma relação de dependência com a família: dormem diariamente em suas casas,

alimentam-se, fazem asseio pessoal, dentre outros. Neste grupo, destacam-se duas realidades distintas: a das jovens que não têm nenhum compromisso formal com estudo ou trabalho, e aquelas que, embora trabalhem e/ou estudem, ocupam suas horas vagas com a vadiagem e a drogadição no espaço público. Para estas jovens, a rua é subjetivada mais como um espaço favorável ao lazer, do que propriamente de sobrevivência, sendo o estar constantemente fora de casa o principal ponto de conflito com a família, o que, de um modo geral, mobiliza muita culpa. Boa parte deste grupo é constituída das que são **primárias** na unidade.

Outro grupo é das jovens que se encontravam mais na rua do que propriamente em suas casas, embora ocasionalmente mantivessem contato com sua família de origem. Estas, dificilmente, mantinham algum vínculo com a escola e mais raramente ainda tinham algum emprego formal e estavam mais envolvidas com a drogadição e a criminalidade do que as do primeiro grupo. Suas histórias de vida geralmente são pontilhadas de alto nível de tensão familiar, o que denota um agravamento da situação caracterizada no primeiro grupo. Em sua maioria, elas já tiveram algum envolvimento mais severo com a polícia ou são reincidentes na unidade.

O **terceiro grupo** constituiu-se pelas jovens que tiveram um rompimento total com a família e encontravam-se integralmente nas ruas - utilizando-se do espaço público tanto para dormir, como para se alimentar, como para se manter financeiramente – ou em alguma instituição governamental de apoio ao menor carente, mas que ocasionalmente retornam às ruas por dias ou até meses. Para as que se encontram sob o abrigo de instituição governamental, o estudo é obrigatório e geralmente recebem uma bolsa em troca de prestação de serviços domésticos à Instituição. Estas, freqüentemente, são encaminhadas por descumprimento das regras da instituição de origem e contavam com várias entradas na Instituição em estudo.

Embora não se possa definir tais grupos necessariamente como uma rota a ser seguida pelas informantes, de *per se*, é muito comum a passagem das jovens gradualmente por um a um destes grupos, denotando uma associação entre desvio de normas sociais,

desligamento familiar e intensificação da criminalidade e da drogadição. Estes dados são de extrema relevância principalmente se, como em GOFFMAN (1975), considerar-se a relação entre desvio da norma e construção de identidades deterioradas.

Sobre a Construção da Subjetividade de Desviantes Sociais

A vida social integra necessariamente expectativas de comportamento ditadas pelas normas sociais. Ao serem incorporadas pelos indivíduos, as normas sociais atuam diretamente sobre a autoconcepção e sobre a própria integridade psicológica, já que este conceito surge a partir do lugar que ocupa em relação ao padrão orientado pelas normas sociais. "O sucesso ou o fracasso em manter tais normas têm um efeito muito direto sobre a integridade psicológica do sujeito" (GOFFMAN, 1975, p.138).

Antes de referir-se a indivíduos e subjetividades, é fundamental compreender o lugar que normais e estigmatizados³ - incluídos e excluídos - ocupam na estrutura social : não um mero atributo individual, mas papéis desempenhados em sociedade.

O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro (GOFFMAN, 1975:149).

É nesta perspectiva que a caminhada por entre os campos da subjetividade, por se tratar de um produto de uma rede de determinantes, é sem dúvida um longo e obscuro trajeto a percorrer. Como lembra ARY (1997, p.10) "a questão do sujeito é a questão do ser humano nas suas inumeráveis singularidades e universalidades".

Em GUATTARI (apud CAIAFA,1997, p.161), a subjetividade está presente nos campos sociais e materiais. Para ROLNIK (1997, p.15), "cada modo de existência é um dobra da pele

³ Para definir estigma, tomo o conceito de VELHO (1979), que considera a estigmatização como "uma forma de classificação social pela qual um grupo – ou indivíduo – identifica outro segundo certos atributos seletivamente reconhecidos pelo sujeito classificante como negativos ou desabonadores" (p.31).

que delinea o perfil de uma determinada figura da subjetividade". É *pele* por denotar ao mesmo tempo uma fluidez e uma densidade só aparente; é "dobra de pele" porque o dentro e o fora não são meros espaços separados, mas partes que se conjugam: o dentro inclui o fora e o fora contém o dentro.

Trata-se de um **Círculo de Moëbius**, no qual o dentro e o fora são indissociáveis, realidades móveis e intercambiáveis. Em outras palavras, indivíduo e meio, sujeito e papéis sociais são realidades integradas, embora cada um mantenha suas características e propriedades. O fora, um movimento de forças, o dentro, a catalização destas forças. O fora, "uma nascente de linhas de tempo", linhas históricas que favorecem a produção de "dobras", ou seja, de subjetividades móveis, fluidas, temporais. "Não há subjetividade sem uma cartografia cultural que lhe sirva de guia; e, reciprocamente, não há cultura sem um certo modo de subjetivação que funcione segundo seu perfil" (ROLNIK, 1997, p.17). Lidar com subjetividades é portanto trabalhar com um objeto fluido, multifacetado, um objeto em transformação.

No que diz respeito a referida pesquisa, buscar apreender elementos da subjetividade de um grupo que se caracteriza por ser feminino e desviante é atribuir a si mesma uma tarefa que se põe entre o familiar e o desconhecido⁴, pois se, como mulher a pesquisadora encontra-se em um terreno de fácil identificação, feita elemento da classe média, habitante do "lado nobre" da cidade, sujeito normalizado, ocorre uma inevitável estranheza.

O fato é que, se consideramos como em GUATTARI (1992, p.170), que "o porvir da humanidade parece inseparável do devir humano", o esquadramento do espaço urbano pode ser visto como mais um artifício que reflete mecanismos de exclusão social. Em FOUCAULT (1979, p.212), espaço e poder são realidades que

⁴ Para GERTZ (1989), a natureza da compreensão antropológica pode ser definida através dos conceitos "próximo da experiência" e "distante da experiência". A tarefa do pesquisador seria compreender o universo conceitual, que para um povo, é *próximo de sua experiência*, e ir além, situando tais conceitos – para o pesquisador, *distantes da experiência*– em uma relação esclarecedora com os conceitos teóricos formulados em torno do objeto de estudo. Ou seja, produzir uma análise que esteja a um só tempo sintonizada com o universo em estudo, sem perder de vista o referencial teórico.

se entrelaçam, a tal ponto que a "história dos espaços" deveria ser compreendida também como uma "história dos poderes". Para JOSEPHSON (1997), a delimitação das áreas, principalmente dos espaços urbanos, aponta para mecanismos de poder ligados à segregação e ao isolamento.

Antes que mera organização de espaços, a urbanizar significa definir e hierarquizar populações, a partir de sua posição social: é expulsar os pobres para a periferia da Cidade e definir o espaço da burguesia.

Observando empiricamente a cidade de Fortaleza podemos perceber que esta não se furta desta estratégia de hierarquização. A demarcação dos espaços em bairros nobres e periféricos denota, ao mesmo tempo, a exclusão das camadas mais pobres e o isolamento da burguesia em espaços cada vez mais exclusivistas. Uma "muralla simbólica" erige-se, cada vez menos se tem espaços públicos de integração entre as diversas classes sociais. Trata-se de "uma cidade descoletivizada, privatizada" (CAIAFA, 1997, p.156), onde determinados segmentos sociais são impedidos de circular por espaços determinados como privativos. É a cidade da evitação da alteridade, da diferença.

Os condomínios fechados, os *shopping centers* e centros empresariais oferecem ao usuário a noção de proteção e segurança, por se definirem como espaços exclusivos para os que compartilham de uma mesma situação socioeconômica. "A cidade tornou-se um conjunto de espaços homogêneos e isolados um dos outros" (Idem, ibidem, p.150). E enquanto a burguesia compartilha de seus espaços próprios e exclusivistas, o que se espera da periferia da miséria é que esta se adeque ao que lhe sobrou, assumindo seu lugar e com ele suas marcas: da pobreza, da exclusão, do descaso dos poderes públicos.

Morar na periferia, antes de mero endereço, é um dado de identificação: não só do lugar que ocupa na grande metrópole, da posição que se encontra na pirâmide social, mas também das perspectivas que lhe restaram para uma vida digna. Se os espaços burgueses se definiriam pelo espaço da competência, a periferia se definiria como o espaço do fracasso e da falta de perspectivas.

É neste quadro social que as famílias de classes populares

dão à luz seus filhos : um cenário da exclusão e da falta, onde a luta pela sobrevivência acaba por definir os padrões relacionais que arquitetarão os processos identificadores.

Para a Psicanálise, a relação entre os pais e a criança é a base dos processos identificadores pelos quais passa a criança: "o eu é historizado e estruturado pela linguagem, a partir do discurso materno e do paterno, os quais veiculam o desejo do casal parental pela criança". (VIOLANTE, 1998, p.57). Antes mesmo desta criança nascer, ela ocupa um lugar simbólico que via de regra, é o local do desejo dos pais.

Ocorre que este lugar simbólico ocupado pela criança, por mais que seja fruto do desejo dos pais, não se define no vácuo social, mas é pontuado pelas condições concretas de vida e pelo lugar que esta família ocupa na sociedade, pois "a relação entre os pais e a criança sempre leva a marca da relação do casal com o meio social" (Idem, p.58). A formação do eu traz, portanto, sinais tanto familiares, como sociais.

Se condenados a sofrer as privações das necessidades mais básicas do corpo, a sobreviver no nível da satisfação imediata destas necessidades, o próprio desejo dos pais trará a marca da falta, da exclusão, assim como as demais vicissitudes que constituirão o sujeito psiquicamente. Diferentemente dos demais sujeitos que postergam a satisfação em virtude das leis sociais, este grupo social posterga a morte.

Para MAGALHÃES (1985), é a inserção no precário (ou simplesmente uma inserção precária) que define a constituição do psiquismo neste grupo social. Se para todo sujeito esta inserção se constitui simbolicamente em um lugar , é **deste lugar** que o sujeito dirigirá a palavra a si próprio, ao outro e ao conjunto de redes significantes no qual se encontra imerso, assim como é **neste lugar** desejado, que lhe dirigem a palavra, o iniciam na linguagem, que será reconhecido por este lugar, que se reconhecerá, enfim, que terá acesso às identificações estruturantes.

Se é do lugar do excluído que estes sujeitos se inserem no real, é deste mesmo lugar que atuarão em sociedade, dando resposta à violência estrutural a que sofreram por toda sua existência (e através da qual foi constituído este mesmo lugar) e aos processos

homogeneizadores da sociedade. Como se sentem pouco considerados pela lei, ignoram-na com facilidade, se são ignorados como cidadãos, não se obrigam a considerar os “cidadãos considerados” pela sociedade.

Em RIFIOTIS (1995, p.14), a violência pode ser subjetivada dentro do campo da positividade, à medida que se instaura como uma reação às forças homogeneizadoras. Neste sentido, a violência se incluiria como uma estratégia de reafirmação da diferença :

A violência pode atuar como uma espécie de força dispersiva, voltada para a manutenção das diferenças, em contraponto à homogeneização que a centralidade dos poderes procura instaurar. [...] Um elemento instaurador de identidades locais (étnicas, culturais, etc) e da construção de subjetividades através dos processos de socialização.

A resignação aguardada pelos que detêm o poder é negada por aqueles de quem se espera uma postura submissa. Erigem-se focos de resistência à exclusão, à segregação imposta pela hierarquização dos espaços urbanos, à massificação definida pela sociedade.

Na realidade, a ação humana não pode ser destituída de seus significados. Como síntese das determinações concretas de existência e das representações sociais do indivíduo, os significados estão irremediavelmente incluídos na totalidade histórico-estrutural dos indivíduos e dos grupos.

No que diz respeito às adolescentes encaminhadas para uma instituição corretiva, o fato de estar cumprindo medida socio-educativa de privação de liberdade, por descumprimento da lei, significa o reconhecimento e a comprovação – para a sociedade “normal” – de que sua conduta é desviante. Este fato não só imprimirá em sua identidade marcas que dificilmente poderão ser apagadas, como também implicará barreiras sociais cada vez mais difíceis de transpor: será reconhecida e estigmatizada como delinqüente e por isto encarada sempre com reserva. É o que demonstra a fala de algumas das internas.

Acho que (após ingresso no CEABM) as pessoas me vêem com outros olhos, não é mais como me viam antes. Assim, por exemplo, porque a pessoa imagina assim : a pessoa que está aqui boa coisa é que não é. Acho que as pessoas me acham diferente das outras que estão lá fora. Diferente porque fiz coisa que não deveria ter feito.⁵

As pessoas não me olham mais do jeito que me olhavam. Era de outro jeito, parece que elas têm é medo de mim.

Eu ter sido presa, isto vai prejudicar até no meu emprego, porque o homem vai dizer: eu não posso ficar com você, porque você foi presa. Aí vai me prejudicar neste ponto aí, não é ? Um atraso na minha vida geral. Já você é de menor, não tem nem pai, nem mãe, você trabalhar já é difícil [...] Para mim, já é demais os outros me olharem do jeito que olham. Sei lá o que eles pensam [...] Que eu não quero nada da minha vida, que eu não mereço respeito, uma vagabunda, entendeu ?

Como sugere o último depoimento, muito além de simples resultado de um evento de sua história de vida, a institucionalização reafirma marcas de estigmas associados à idade, ao gênero, à classe e à etnia. Ser reconhecida como menor, mulher, pobre, na maioria das vezes, negra, infratora e institucionalizada, certamente se associa a uma identidade deteriorada, fruto da convergência de vários estigmas sociais.

Convém lembrar que estas marcas estigmatizantes começam a ser imprimidas desde muito cedo, na maioria das vezes, desde o momento em que nascem em um bairro de periferia, em uma casa sem condições dignas de sobrevivência, em uma família proletária, numa realidade que a obriga a ir para a rua, a fim de conseguir algum dinheiro para auxiliar na renda familiar ou simplesmente para fugir de uma convivência grupal tensa e violenta.

⁵ Os depoimentos a seguir são de adolescentes do Centro Educacional Aldaci Barbosa Mota (CEABM), colhidos a partir de entrevista semi-estruturada.

São marcas que se vão aprofundando, quando não têm acesso a uma escola de qualidade, quando as perspectivas de um trabalho no qual não serão exploradas são quase inexistentes, quando interagem com sujeitos também estigmatizados e assim por diante.

Realmente, nos alicerces da construção da subjetividade destas jovens se encontra o estigma e, por que não dizer, a marginalização. Como membro integrante de uma sociedade que a estigmatiza, muitas vezes a jovem considerada delinqüente internaliza os valores dominantes e os reproduz na construção de uma identidade deteriorada. O estigma encontra-se, ao mesmo tempo, na Instituição e fora dela, assim como dentro e fora dos próprios estigmatizados, como demonstra a fala de algumas das adolescentes detidas.

Falam que a gente é uma pessoa errada, porque a gente faz programa, fuma maconha. Em algumas coisas eles estão certos, mas aí ao mesmo tempo[...] eu faço porque eu preciso, não tenho trabalho. Maconha eu gosto..

Eu posso ser boa, posso ser carinhosa, mas dentro de mim eu sei que sou uma pessoa errada, sei que sou uma desmantelada e isso nunca vai sair, só se eu tentar mudar. Aí não tem como mudar não. Como é que muda ?

O nego (referindo-se a si mesma) é um negócio sem futuro, não tem nada o que fazer.

Note-se que tais depoimentos retratam não só a reprodução do discurso societário como também a construção de uma auto-imagem repleta de fatores depreciativos, que vão do erro à loucura, da falta de valor à inexistência de perspectivas... Assumiram como próprios os estigmas que lhes foram atribuídos, as marcas que lhes imprimiram tornaram-se parte de sua identidade.

Nesta perspectiva, à instituição é atribuída uma função que é subjetivada, por parte das adolescentes, como impossível: a de recuperação de pessoas irrecuperáveis.

Sabia que cadeia não dá jeito em ninguém não ? Não dá jeito porque não tem... Menor que vai para um

presídio, passa um montão de tempo, aí sai com aquela revolta, que ele está passando lá dentro. Quando ele sair, novamente vai fazer a mesma coisa, entende ? Certo que aqui não é cadeia, mas é a mesma coisa, porque não está preso?

Esta incapacidade de recuperação é atribuída em parte pelo fato de a delinquência haver se tornado um dado inerente a si mesmas, em parte pela maneira com que subjetivam a institucionalização, como também pelo modo com que se estabelecem as relações no interior da Instituição. Envoltas em uma estrutura rígida, pouco espaço possuem para a expressão da individualidade. São esperadas das internas nada além do que a sujeição às normas e a subordinação aos representantes da Instituição, o que favorece a construção de uma auto-imagem baseada em um senso permanente de inadequação.

A estrutura que agora encontram é demais distante do seu cotidiano. Socializadas em um outro padrão relacional, acostumadas a viver livremente, sem restrições de horário, sem obrigações a cumprir em casa ou na escola (a maioria abandonou os estudos), no espaço ilimitado da rua, a obrigação de seguir as normas da instituição - horários, tarefas, escolarização, atividades extra-curriculares - é tão difícil para elas quanto deixarem de ser o que são.

Considerações Finais

Proveniente dos estratos mais desvalidos da sociedade, a adolescente infratora tem no seu cotidiano os elementos definidores de uma imagem construída a partir de estigmas que foram sendo cristalizados durante toda sua história de vida : uma história marcada pela inacessibilidade a uma condição de vida digna, aos meios de ascensão social, ao bens de consumo, enfim, pela falta de perspectivas.

O ingresso numa instituição correcional acaba por constituir-se como um evento estigmatizante a mais. Como a unidade da FEBEM define-se como agência corretiva de

comportamentos anti-sociais, a institucionalização significa - para si mesmas e para seu meio - o reconhecimento de que seu modo de vida não se coaduna com os padrões legais e estalões morais estabelecidos pela sociedade. Tal experiência deixará marcas por toda sua existência. A partir dela, serão encarados (e ver-se-ão) permanentemente com reservas, pois reconhecidas como elementos perigosos, nocivos à sociedade.

A definição de sua autoimagem nada mais é que a reprodução do discurso dominante, que prega o argumento de que todos têm iguais possibilidades, embora poucos tenham capacidade para aproveitá-las. Sufocadas pelo próprio destino, não percebem que as dificuldades de sobrevivência do grupo familiar não só produzem um clima tenso em casa, como as levam a uma iniciação prematura no espaço público ou, quando muito, no mundo do trabalho. Que, se este trabalho existe, além de remunerá-las com um salário irrisório - se é que recebem salário - oferece uma perspectiva mínima de profissionalização e retira delas o acesso à escola. Que mesmo se tivessem acesso à escola, esta não as capacitariam para obter um lugar dentre os da classe dominante.

Não conseguem vislumbrar que esta falta de perspectivas nada mais é do que a reedição da história de seus pais, avós, de uma série de gerações que as antecederam, nem que, quando se utilizam da violência como meio de acesso ao que é lhes foi negado socialmente, na realidade, estão clamando por *um direito à diferença* (RIFIOTIS, 1997), em um movimento de oposição ao que as forças dominantes determinaram como seu destino.

Afinal, o que fazer com tais meninas ? Esta questão paira não só por entre os corredores das instituições de contenção de menores em conflito com a lei como também nas entrelinhas do imaginário social. Como cidadã, também esboço minhas teorias, mas, como pesquisadora, furto-me a simplesmente “dar uma opinião”, pois, se almejou-se com este trabalho levantar questões, assim deseja-se continuar a fazê-lo, antes mesmo do que propor soluções.

O que é ser menina delinqüente, concretamente ? Felizmente, não se tem nada além de sinais da complexidade de sua subjetividade. É ser e reconhecer-se ameaça a uma sociedade que a

ameaçou e usurpou os seus direitos por toda sua existência. É ser lobo mau em meio a chapeuzinhos vermelhos, mas também chapeuzinho vermelho por entre lobos maus.

Referências

ARY, Z. **A Questão do Sujeito, da Subjetividade e da Socialização dos Indivíduos Sexuados nas Ciências Sociais: reflexões feitas a partir de uma pesquisa.** Fortaleza, 1997 (mimeo)

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem.** São Paulo: Hucitec, 1986.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Edições 70, 1977.

CAIAFA, J. Uma Cidade, Uma Cena e alguns suvenires. **Revista SaúdeLoucura.** n. 6 , 1997. p.155/169.

DIÓGENES, G. **Cartografias da Cultura e da Violência:** gangues, galeras e o movimento *hip hop*. São Paulo, Annablume; Fortaleza : Secretaria da Cultura e Desporto, 1998.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: GRAAL, 1979.

GERTZ, C. **A Interpretação da culturas.** Rio de Janeiro: ZAHAR, 1989.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a identidade deteriorada. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1975.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ , Secretaria da Ação Social - Fundação do Bem-Estar do Menor do Ceará. **Estatuto da criança e do adolescente.** Fortaleza, Imprensa Oficial do Ceará, 1990.

GUATTARI. F. **Caosmose.** Um novo paradigma estético. Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.

JOSEPHSON, S. C. Espaços Urbanos e Estratégias de Hierarquização. **Revista SaúdeLoucura.** n.6 , 1997. p. 13/21.

MAGALHÃES, M.C.R. Que Outro é Este ? In: MAGALHÃES, M.C.R. (Org.). **Na sombra da Cidade**: ensaios. Subjetividade e Urbanização. Rio de Janeiro: Escuta, 1995.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento**. 4. ed, São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1996.

RIFIOTIS, T. **Nos Campos da Violência**: diferença e positividade. Florianópolis, 1997. (mimeo).

ROLNIK, S. Psicologia: subjetividade, ética e cultura. **Revista SaúdeLoucura**. n.6, 1997. p.13/21.

VIOLANTE, M. L.V. A Perversidade da Exclusão Social. In: LEVISKY, D.L. (Org.). **Adolescência e violência**: conseqüências da realidade brasileira.

COMPREENDENDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL À LUZ DA LITERATURA

*Maria Rosimar de Jesus Barbosa
Maria Salete Bessa Jorge*

Este capítulo aborda o tema hipertensão arterial, como uma doença crônica que é, freqüentemente, descoberta ao acaso, pela assintomatologia que ocorre em mais de oitenta por cento dos casos, sendo a mesma conhecida, também, como “doença da pressão alta” ou “doença dos nervos”.

O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pela confirmação de níveis tensionais permanentemente elevados, acima dos limites de normalidade, desde que essa aferição seja realizada com métodos e condições apropriadas. Portanto, o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial, é a medida da pressão arterial.

Esse estabelecimento do diagnóstico, muitas vezes, é tardio, visto que não existe o hábito de verificação dos níveis pressóricos, por parte dos clientes. A procura dos serviços de saúde pela população, está relacionada à presença de sintomas, ocorrendo, portanto, na maioria das vezes, um diagnóstico tardio, associado, não raro, a lesões em órgãos-alvo, pois o mais comum na hipertensão arterial é a assintomatologia (AMODEU,1995).

Atualmente, a classificação e o diagnóstico da hipertensão arterial são definidos, clinicamente, como pressão sanguínea sistólica maior que 140mmHg e/ou pressão sanguínea diastólica maior que 90mmHg (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998) .

A hipertensão arterial poderá ser classificada em primária ou essencial, e secundária. A hipertensão arterial primária, corresponde a cerca de 85% a 90% dos casos de hipertensos adultos, e apenas 10% a 15% são decorrentes de uma patologia de base, a chamada hipertensão secundária (AMODEU,1995).

O diagnóstico de hipertensão arterial essencial ou primária, é feito, de princípio, com o afastamento da presença de uma forma secundária. Algumas características podem ser fortemente sugestivas de hipertensão essencial, como: antecedentes familiares de níveis tensionais elevados, presença de um dos fatores de risco para o desenvolvimento de níveis tensionais elevados, assim como o desenvolvimento lento e gradual dos níveis hipertensivos (RIBEIRO et al.,1995).

Para AMODEU (1995), ter ou não a hipertensão primária, dependerá do tipo de vida que o indivíduo leva. No caso de um tipo de vida sedentário, competitivo, estressante e com persistência de erros alimentares, como excesso de carboidratos e sal, a doença hipertensiva surgirá, inexoravelmente.

Em estudo de Representações Sociais, realizado com um grupo de mulheres portadoras de hipertensão arterial, em tratamento ambulatorial em um hospital da periferia de Fortaleza-Ceará, de atenção secundária de saúde, observou-se na estrutura de viver com hipertensão, que as mulheres experienciavam o quanto é difícil e como são muitas as limitações da vida social e familiar. E assim, parece que a imagem que elas fazem de si mesmas é de pessoas “diferentes”, que vivem sob constante ameaça de morte, ou de invalidez, levando-as a um sofrimento psíquico. As várias restrições impostas pela doença colocam-nas, praticamente, à margem da vida social normal.

Nesse sentido, diante das representações reveladas da doença hipertensão, são negativas as imagens que as mulheres hipertensas fazem de sua situação, seja no âmbito familiar e social, relacionando-as às barreiras enfrentadas no tratamento. Procurou-se confirmar o fato, na decomposição das falas dos discursos, analisada à luz da análise de conteúdo, de acordo com a técnica de enunciação, conceitos e olhares diversos em outros autores sobre os significados atribuídos pelas mulheres com hipertensão à experiência. Se os resultados da pesquisa levaram a perceber que era importante, para a mulher, a dimensão social e biológica, deve-se então aceitar o desafio de conversar com autores que privilegiam tais dimensões.

Dentro do processo identificado, alguns aspectos saltam aos olhos quando da análise das representações sociais do estudo, dentre os quais foram mais significativos os seguintes: “morte anunciada”, “medo da invalidez”, “doença dos nervos”, “conflitos familiares”, “interação social diferenciada” e “barreiras” frente ao tratamento. Tudo isto faz parte da existência da mulher com hipertensão, o que a leva de encontro a um rompimento psíquico que circunda todo o processo de adoecer e viver com hipertensão arterial.

A existência e permanência de viver com hipertensão, transporta para o imaginário feminino analisado, a possibilidade de enfrentamento da morte como algo preconcebido, anunciado antes mesmo do surgimento das complicações possíveis e previstas para os portadores da doença, que não conseguem controlar seus níveis de pressão, considerados viáveis à estabilidade orgânica do indivíduo, e que, muitas vezes, guardam relação com a não adesão ao tratamento estabelecido pelos profissionais de saúde.

Essa condição de “morte anunciada” está intrínseca ao processo de adoecer que o indivíduo imbuete quando na situação da doença, envolvendo tanto fenômenos clínicos como sociológicos que contribuem para o sofrimento do ser.

Conforme MINAYO (1991, p.233):

[...] A doença é tanto clínico quanto um fenômeno sociológico. Ela exprime hoje e sempre um acontecimento biológico e individual e também uma angústia que pervaga o corpo social, confrontando com as turbulências do homem enquanto ser total. À medida que cristaliza e simboliza as maneiras como a sociedade vivencia coletivamente seu medo da morte e seus limites frente ao mal, a doença importa tanto por seus efeitos imaginários: ambos reais do ponto de vista antropológico. A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social.

Nesse sentido, as representações sociais da doença também remetem às raízes tradicionais na percepção de mundo individual, com suas crenças e valores, todas elas relativas à morte, vida, ao corpo e às suas experiências de vida (ALVES; MINAYO, 1994).

Portanto, na tentativa de compreender o porquê da percepção dessas mulheres enquanto, portadoras de hipertensão de

“morte antecipada”, é necessário visualizar que pensar em doença e suas causas, corresponde a pensar a cultura e sociedade em que esse grupo se encontra inserido, entendendo a compreensão da doença como experiência, onde analisar seu significado, para o próprio doente e para os que o cercam, requer a busca de implicações clínicas da relação entre a doença e a cura, entre a sociedade e a cultura (SILVEIRA, 2000).

Para DUARTE e LEAL (1998), definir e explicar a doença é um ato interpretativo e, como tal, envolve reflexão e alguma medida de distanciamento. Assim quando o sujeito se volta sobre suas próprias experiências, para interpretá-las, já não está se posicionando dentro do fluxo de vivências, e daí estas não são vistas em retrospectiva e aparecem então dotadas de sentido.

GOFFMAN (1989), ao reconstruir uma situação de adoecimento, retrata que os sujeitos, enquanto doentes, procuram expressar e dar significado à afeição, e, nesse processo, à própria identidade, ou seja, o sentido que tem para si a sua própria situação, caráter e continuidade, resultado portanto de suas vivências sociais, às quais passam a ser objeto de reflexão.

Assim, a representação da doença, como entidade patogênica, específica e inimiga, que penetra no corpo do doente, representada como um mal absoluto, gera e exprime o sentimento de uma desvalorização social, podendo ser vista como algo nocivo, pernicioso e indesejável, como a morte (LAPLANTINE, 1991).

O horror à morte, à doença, assim como à velhice, segundo PITTA (1999), já se constituía em inquietações dos poetas pelos idos do século XV; o homem moderno, por esse pavor de adoecer e de sua própria morte, necessita do saber e da técnica, como refúgio para o seu medo e precariedade. Nessa perspectiva, a atitude atual dos homens, diante do sofrimento e da morte, é buscar negá-los como fim do inexorável percurso da vida humana, afastando a morte do convívio social, reforçando-lhe sempre o seu caráter de presença incômoda e mítica, e, como tal, devendo ser ocultada e distanciada pelo sofrimento psíquico que possa vir a causar. “A morte não mais é vista como um limite natural para o sofrimento humano; morte e sofrimento são construídos paralelamente, causando, quando juntos,

perplexidade, até porque são concebidos separadamente, pelo próprio homem”(PITTA, 1999, p.28).

Dáí entender que a hipertensão vivida por um grupo de mulheres que vivenciam a doença, há pelo menos um ano, mesmo acompanhadas por profissionais de saúde, encaram a doença como “morte antecipada”, refugiando-se na idéia de que sendo uma doença incurável (crônica), pode trazer-lhes, subitamente, ou lentamente, a morte. É interessante salientar que, mesmo sabendo que todos irão morrer um dia, o fato de serem portadoras da hipertensão gera um sofrimento psíquico antecipado, vivenciado cada dia na expectativa de ser o último.

Esse imaginário fica ancorado na falta do prazer de viver, que, nesse grupo, diante da presença de tantas proibições e restrições exigidas pelo tratamento adequado, torna as mulheres seres tristes, muitas vezes despossuídos do prazer de estar vivo.

Portanto, ao buscar o sentido de um sofrimento nos discursos dessas mulheres, contribui-se para a compreensão do processo, através do qual as pessoas resignificaram a história desse sofrimento. Elas trouxeram suas histórias de sofrimento, e de múltiplos posicionamentos para a situação. Com essa situação exposta, dando coerência à sua história de vida, trouxeram elas, concomitantemente, as contradições entre as práticas discursivas referentes ao tema em questão.

Conforme SPINK (1999, p.41):

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas- constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.

DUARTE e LEAL (1998), discorrendo sobre sofrimento, refletem que a noção de sofrimento faz alusão direta a uma trajetória, onde a representação da doença remete, em alguns casos, às razões para o sofrimento, e, em outros, a representação sobre a cura envia a uma experiência sincrônica, uma vez que se apresenta como contrária ao sofrimento e a doença,

[...] o sofrimento pode ser entendido pelos significados que ultrapassam os limites da experiência da doença física e fornece elementos, digamos abstratos - no sentido de cognitivos-determinantes para que a pessoa “sofredora” construa sua identidade social, desde a qual manipula papéis sociais e se relaciona com os outros. (DUARTE; LEAL, 1998, :p.139)

Algumas das atrizes sociais, diante do sofrimento de serem doentes de hipertensão, anunciando uma morte ainda inexistente, pois não são pessoas consideradas em fase terminal no leito de morte, e sabidamente cientes do estado de cronicidade da doença, vivem a possibilidade da cura, representando a compensação pelo sofrimento de estar doente, funcionando como elemento sistematizador da experiência e trajetória, bem como constituindo o parâmetro que demarca o reconhecimento social legitimador do sofrimento.

Na opinião de DUARTE e LEAL (1998) é a condição de ser/estar curado, estado este reconhecido e avaliado pelo grupo, que pode conferir credibilidade ao estado de sofrimento. Nessa perspectiva, o autor coloca que o estado de sofrimento se constrói a partir de sua própria negação, primeiramente através da cura, e, segundo, pela possibilidade de tentar esquecer, omitir e até mesmo abstrair a experiência de ser doente.

Sendo as representações elementos de pensamento que podem se tornar realidade (VACHOD; SANTOS, 1996), “o medo da invalidez” é grande, pois as atrizes sociais estudadas vêm, no pensar, enquanto hipertensas, a possibilidade de mudanças irreversíveis no corpo, advindas do processo de adoecer com hipertensão, frente às complicações tão bem vivenciadas nos significados ditos pelas mulheres, como trombose ou derrame cerebral, tão bem explicitados nos discursos.

Essa representação da doença foi encontrada na imensa maioria das doentes com hipertensão que foram inquiridas. O discurso da doença se apresenta, portanto, como um discurso do espaço corporal, um discurso sobre o corpo e, mesmo sobre uma parte do corpo, quando revelada a invalidez, como “morte” de um braço ou corpo inteiro.

LAPLANTINE (1991:55) revela que “[...] essa quase - constante da relação instrumental com o corpo, apreendido em seu desmembramento e que implica a idéia de que a doença, é totalmente distinta do sujeito [...]”.

Em um estudo sobre a vivência familiar das mulheres com hipertensão, CERESER (1996) afirma que o indivíduo com pressão alta não controlada, pode tornar-se um “fardo” para a família e para a sociedade, ao apresentar a invalidez conseqüente das complicações da hipertensão arterial.

Dá se dizer que a representação de “medo de invalidez” está intimamente relacionada ao fato de poder, com a invalidez ficar parálitica, com déficit de mobilidade motora, qualquer que seja o problema que venha a trazer, para essa mulher, a dependência de outras pessoas, seja de seu meio familiar ou social. E é essa possibilidade que se traduz em estresse e sofrimento.

Segundo CERESER (1996), o estresse é o conhecimento que o indivíduo hipertenso tem da doença hipertensão arterial, e vinculados a ele estão a dificuldade e o sofrimento na realização do tratamento necessário, levando esse ser a um círculo vicioso de cognição – estresse – hipertensão.

Nesse sentido, as representações do corpo, como a preocupação com a invalidez que a doença possa trazer para muitos indivíduos, configuram-se de forma mais intensa durante a doença, podendo afetar, assim, suas relações no cotidiano; essas percepções e representações do corpo influenciam a qualidade e a intensidade da participação do doente em diversos âmbitos da vida social e familiar (GONÇALVES; COSTA; MENEZES, 1999)

Portanto, a concepção de que, no processo de adoecimento do corpo, pode se tornar mais “visível” a presença da dependência por seqüela (no caso a invalidez), tanto para si como para outras pessoas, pressupõe que a forma de lidar com a descoberta de algo diferente do “normal (doença), pode também influenciar na conduta terapêutica.

De acordo com GONÇALVES, COSTA e MENEZES (1999,155) “[...] durante a percepção do adoecimento, tanto a saúde, como o status saudável são valorizados de forma diferente da vida

diária, quando geralmente não se questiona se o corpo está (e até que ponto) saudável [...]”.

Considerando que a condição de estar inválida traz obstáculos na continuação de suas atividades diárias, enquanto mães, esposas, filhas e cuidadoras das pessoas, o status de ser saudável possui um valor único para cada uma dessas mulheres com hipertensão, que desejam permanecer executando suas tarefas rotineiras, sem depender dos outros, até porque se sentem desprotegidas no ato de serem cuidadas, pois executam apenas o ato de cuidar, no seucotidiano.

Para ALVES e MINAYO (1994, p.148):

Ser mãe é ser “supermãe”, estar presente e disponível em todos os momentos, e o não cumprimento desse papel gera sentimentos de muita culpa, que se agravam ainda mais ao deixarem as atividades profissionais e “sacrificar” o filho . Portanto, a impossibilidade de cumprir este papel contribui também para a alteração da auto-estima.

No estudo, portanto, as representações acerca da doença hipertensão estão visceralmente ligadas aos usos e às representações sociais que as pessoas, e elas mesmas, fazem de seus corpos.

DUARTE e LEAL (1998) retrataram que a doença que leva o indivíduo “para a cama”, também impede o trabalho doméstico realizado pelas mulheres, e essa é a única alternativa possível para o não cumprimento das funções sociais e moralmente esperadas pelas mulheres.

O discurso das concepções e representações de doenças, envolve uma ligação que se estabelece entre a pessoa e a moléstia, esta última então entendida como experiência física e subjetiva, envolvida em complexa rede de sentimentos que podem orientar os indivíduos em suas buscas pelos significados da hipertensão, no caso em particular (DUARTE e LEAL, 1998).

A vontade de não poder ficar jamais inválida pode gerar sofrimento, e, enquanto sofrimento provocado pela doença, este pode representar a experiência que desintegra a unidade da pessoa e, ao mesmo tempo, pode servir como matriz para a construção da identidade social dos sujeitos (DUARTE e LEAL, 1998).

A doença representada como “doença dos nervos” retoma a percepção subjetiva da doença relacionada a fatores emocionais, considerados endógenos à experiência humana.

LAPLANTINE (1991), em seu livro Antropologia da doença, revela que no estudo da etiologia da doença existe um modelo exógeno e um modelo endógeno, para explicar a moléstia, em que o primeiro comanda as representações que consideram ser a doença o resultado de uma intervenção exterior, como o modo de vida dos indivíduos, e, o segundo pelo contrário, insiste nas noções de campo, hereditariedade, temperamento e predisposições.

A doença é um acidente devido à ação de um elemento estranho(real ou simbólico) ao doente, que, a partir do exterior, vem se abater sobre esse último (LAPANTINE, 1991, p.67)

Nessa concepção, pode-se perceber que as causas da doença podem ser de origem tanto natural, socioeconômica, sobrenatural e psicossocial, sendo esta última (causa) pouco contextualizada e levada a sério por grande parte dos profissionais de saúde (MINAYO, 1988)

Diante dessa situação de causas psicossociais, o “nervoso”, o “nervosismo”, são amplamente vivenciados pelas mulheres com hipertensão.

SILVEIRA (2000) dando uma definição de doença dos nervos, relata que é um conjunto variado e instável de sintomas psicológicos e/ou somáticos, mediadores entre o sujeito que sofre e o meio, constituindo uma das expressões de distresse ou estresse social. E ainda relata que essa sintomatologia “tosca”, “polimorfa” e imprevisível pode comprometer quase todo o corpo e as funções orgânicas, inclusive as mentais, podendo ir desde a ansiedade ou um mal-estar indefinido, até mesmo às crises convulsivas, dentre outras alterações neurológicas.

Ainda acordo com SILVEIRA (2000, p.12), doença dos nervos, pode ser:

[...] um fenômeno polissêmico, uma explicação, tanto quanto uma forma de expressão, para cansaço, fraqueza, irritabilidade, tremores, conflitos conjugais e sociais, cefaléias, ira e ressentimentos, infecções parasitárias, aflições, privações afetivas e materiais,

fome, cuja etiologia liga-se, principalmente, a fatores sociorrelacionais

Várias dessas explicações, tidas pelo autor em epígrafe como situações de “nervoso”, estão expressas, claramente, nos discursos das mulheres com hipertensão arterial, seja retratando sua doença ou tratamento, seja ainda abordando sua relação com o meio familiar e social.

Nesse sentido, o “nervoso” é um problema importante para elas, ligado, principalmente, à vida conjugal, financeira e à condição de doentes crônicos.

CERESER (1996, p.140), em seu estudo, destacou o papel dos nervos na gênese ou ainda na manutenção dos estados hipertensivos pelas mulheres e ainda diz que:

“A doença dos nervos está associada à trajetória familiar da mulher, esposa, mãe e cuidadora. Estes papéis foram introjetados, absorvidos e desempenhados ao longo de toda a vida da mulher. Nem sempre desejados, freqüentemente impostos pela família. Estes papéis desenvolvidos pela mulher estão associados a uma história pregressa de sofrimento e obrigações, também impregnados de tristeza e preocupações relacionados a: abalos, incômodos, trabalho pesado, pouco suporte social, opressão e dominação do marido, indiferença e pouca valorização de familiares, dificuldade na criação de filhos, transferência da zona rural para cidade, mau relacionamento familiar, dificuldade em extravasar emoções, preocupação com o futuro dos filhos, violência urbana, obrigações sociais e doença de familiares”.

Todas as mulheres experimentavam a “doença dos nervos” também como crônica e ainda estigmatizante, em que o estigma pode advir da desqualificação social pela qual elas passam, uma vez que a vergonha de se assumirem enquanto consumidoras de medicamentos antidepressivos, usualmente, faz com que se tornem diferentes das demais.

Embora não consideradas satisfatórias as transposições mecânicas das induções e deduções físico-biológicas, para a

discussão da participação dos fatores tidos como psicossociais, na produção do adoecer, PITTA (1999) cita que há evidências indicando que qualquer fator psicossocial inespecífico, poderá estar associado a uma patologia, ou utilidade em se buscar estressores isolados, para doenças isoladas, uma vez que, como concordam alguns pesquisadores na área, todas as doenças podem estar relacionadas a tais agentes. Nesse sentido, pode-se explicar a “doença dos nervos” como representação social da doença hipertensão arterial.

Considerando que compreender as imagens e protótipos da mulher portadora de hipertensão arterial, é pegar o sentido, ou melhor, captar o significado da doença, no caso dos nervos, para ser compreendido segundo SILVEIRA (2000, 97), “[...] exige a colocação de um ser humano diante de outro, quer dizer, um sujeito que conheça o significado diante do outro que traga consigo o significante, ou seja, requer muito mais que o propalado humanismo da medicina.”

Sendo a doença um conceito sobre certo tipo de sofrimento das pessoas, é também considerado como um conceito cultural, mandado pela época, pela sociedade e pelas ideologias vigentes (SONENREICH, 1992), em que esse sofrimento é algo individual, pessoal, biopsicológico, considerado uma realidade independente do discurso. Nessa concepção, as condições de vida, a história do indivíduo e da família, vão interessar nessa discussão, até porque, quem acompanha o dia-a-dia, pelo menos durante parte de sua existência, é a família.

Assim, não é possível pensar que não existe relação entre doença e as condições de vida do indivíduo, em especial no espaço familiar, onde funciona como caldeira, na qual as tensões podem subir ao mais alto grau, caracterizando os “conflitos familiares” representados pelas mulheres com hipertensão.

Segundo SONEREICH (1992), é claro que existem ambientes e situações nos quais a família pode funcionar como uma unidade, enfrentando os outros, como experienciado por algumas poucas atrizes sociais envolvidas no estudo.

Esse mesmo autor fala que a família parece uma instituição tão estável, entre homens e determinadas espécies animais, que se

poderia afirmar que ela mais cria cultura do que é criada por ela, donde se podem dizer que a família é o que dela se faz.

BARROSO (1999) aborda que na atualidade, já não há um modelo padrão para a família brasileira, onde aquela família formada pelo pai, mãe, filhos e avós, encontra-se cada vez mais restrita a certos segmentos sociais e a certas culturas. Hoje, essa família apresenta múltiplas faces, onde predominam nos segmentos sociais menos favorecidos, a família formada pela mãe e filhos, com a marca ausente do homem na família.

É no seio de cada família que se transmitem crenças e hábitos, assim como também percepções de risco para a saúde que condicionaram as atitudes e condutas de seus membros, frente à doença e à utilização dos serviços de saúde, em geral (CAMPOS; URZUÁ; POLANCO, 1985).

A doença, sendo uma dimensão existencial do ser humano, quando acomete o indivíduo, provoca uma ruptura no seu modo de ser-no-mundo. A família, experienciando a doença, passa a viver uma outra dimensão do existir, pautada pelo sofrimento, pela insegurança e por uma gama de sentimentos entre o amor e o ódio. Os sonhos de futuro são destruídos, confrontando, assim, a possibilidade de perda, refletindo no mundo familiar, que também é destruído. O enfrentamento da doença leva a família a redimensionar a sua vida, a transformar-se para buscar conviver com a doença e com todas as implicações dela decorrente (MOTTA, 1998).

Em uma situação de doença, essa dificuldade torna-se perceptível, envolvendo todos os membros em sentimentos de insegurança e ansiedade, deixando claro ser a doença um fenômeno social que se estende para além da restrição física de um corpo, para um padrão de família multigeracional (SILVA; FRANCO, 1996, p.61)

Na opinião de Silva e Franco (1996), a família tem assumido diferentes características, como matrilinear, patrilinear e, atualmente, assume a condição de família nuclear, constituindo a menor unidade social por laços de consangüinidade, de afinidade e adoção, onde sua composição reduz-se a marido, mulher e filhos. Entretanto, essa família, tida como nuclear, apesar de removidas algumas de suas funções, que anteriormente eram assumidas pela

família tradicional e extensa, é ainda, em grande parte, responsável pela socialização dos filhos, e pela estabilidade emocional e mental dos adultos.

Essa formação anteriormente exposta de família nuclear, vem tomando um curso novo na composição de seus membros, como no caso das mulheres com hipertensão analisadas, que além de todos os membros comuns a esse tipo de família, trazem outros membros como cunhadas, sobrinhos, mães e pais doentes, dentre outros, configurando uma conturbação dentro desse ambiente familiar.

O convívio familiar é abalado quando a doença crônica (hipertensão) acomete um de seus elementos, agravando o enfrentamento da doença.

A possibilidade de finitude vivida pela família, é uma realidade presente, visto que adoeceu a mãe, esposa, a mulher, hoje alicerce familiar. Portanto, essa possível morte é uma realidade existencial dolorosa e difícil para todos os membros.

No seio familiar, segundo SILVA e FRANCO (1996), é a mulher, principalmente a dona-de-casa, quem tem grande participação e responsabilidade na questão de saúde e doença. Ela é quem avalia as condições de saúde, assim como toma as iniciativas de procurar os recursos de que a comunidade dispõe, buscando soluções para a problemática familiar.

Quando são elas que adoecem, este talvez se torne um dos maiores conflitos dessas mulheres, principalmente se na condição de portadoras de uma doença crônica, traduzindo em sofrimento psíquico, toda essa angústia.

A mulher, no contexto familiar, é tida como a responsável pelo equilíbrio do binômio saúde/doença, tomando para si o cuidado com os membros da família. E essa maneira de compreender saúde e doença reflete a sua familiaridade com um comportamento que lhe é passado, ainda menina, e moldado, ao seu ver, como expressão única de sua feminilidade. (SILVA; FRANCO, 1996)

Para CAPRA (1982), a arte de curar na família, é associada às tarefas e ao espírito de maternidade, sendo confiada exclusivamente à mulher.

CERESER (1996, p.6) relata que:

“A história tem mostrado os vários papéis exercidos pela mulher, como provedora material de um grupo (mulher primitiva), como controladora de tomada de decisões (no matriarcado), até a mulher atual que em número é cada vez mais freqüente, é a “chefe de família”, isto é sua provedora material e afetiva, associada à responsabilidade legal pelos filhos e pela casa”.

Nesse sentido, as queixas e dificuldades no relacionamento familiar, em que a participação das mulheres é considerada, pelas próprias, como sendo pouco valorizadas, tanto na qualidade de mãe, cuidadora, dona de casa e mulher, garantiram a elas conflitos familiares que subsidiaram muitas crises hipertensivas.

As mulheres com hipertensão desempenham, portanto, o papel de “cuidadoras” em suas famílias, e tudo isso gera dificuldade no enfrentamento de seus problemas pessoais, onde não conseguem, muitas vezes, exteriorizar seus sentimentos, não permitindo autenticidade em seus comportamentos, tendo em vista seu condicionamento social e as transformações oriundas das relações familiares. Esses fatos assemelham-se ao estudo de CERESER (1996), trabalhando a vivência familiar de mulheres no sul do país.

Sobrecarregadas de atividades, isso muitas vezes gera frustrações e sensação de menosprezo, já que esperam o reconhecimento e retribuição espontânea dos familiares por seus gestos, o que não acontece. Por conta disso, essas mulheres transportam, para a doença, crises hipertensivas que parecem se dar juntamente com a tentativa de reverter a situação de abandono ou de desvalorização que vivenciam, representada pelos “conflitos familiares”.

PRADO (1981) revela que as famílias, apesar de todos os momentos de crise e evolução, manifestam grande capacidade de sobrevivência e também porque não dizem, de adaptação, uma vez que ela (família) subsiste sob múltiplas formas.

As percepções e atitudes em relação à doença podem ter um enfoque tanto individual quanto particular, estando esse processo imbutido em um contexto social determinante de peculiaridades únicas do ser doente, interagindo com seu meio social (SILVA; FRANCO, 1996).

Nesse contexto, encontra-se inserida a mulher com hipertensão, interagindo em suas relações sociais representadas no seu discurso, como algo diferenciado e excludente. Diz-se excludente, às vezes, pela própria exclusão social que ela se impõe, diante da doença em si. Não é somente a sociedade que a diferencia e trata-a como tal, e sim ela própria, que se sente, muitas vezes, diferente e, por consequência, exclui-se das relações com o mundo externo.

CANGUILHEM (1990) aborda que a saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos, ela é também a “vida no silêncio das relações sociais”. Nessa perspectiva, se alguém está bem, as pessoas lhe fazem interrogações estereotipadas, e se esse alguém disser que está mal, também retratam o mesmo agir e pensar, relacionado ainda a outros questionamentos inerentes à saúde e à doença. Assim, para esse autor, a presença da saúde, nas relações sociais, não se reduz à fala sobre saúde, pois, do contrário, isso implicaria desconsiderar as cumplicidades e antagonismos das tensões e interações sociais, como saudáveis.

A doença não deve ser concebida, exclusivamente, enquanto um fenômeno biológico em si, mas, sim, como uma elaboração simbólica, a partir de uma perspectiva social, cultural e histórica, própria de cada grupo. A capacidade que emerge proveniente do ato de adoecer, de lidar com as dificuldades, está, sobretudo, ligada às preocupações com a vida social dos indivíduos. (GONÇALVES; COSTA; MENEZES, 1999)

As barreiras representadas pelas mulheres revelam a condição de seres em constante situação de conflitos e preocupações.

A condição de estar doente, nesse caso particular, está relacionada às limitações impostas pela hipertensão ou pelo tratamento, refletindo em dificuldades de adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não-medicamentoso.

ALVES (1998, 163), em uma investigação sobre as representações sociais da hipertensão, em uma comunidade carioca, refere que esse grupo também percebe as restrições alimentares ou a mudança no estilo de vida desses indivíduos, como uma barreira que limita os pequenos prazeres da vida. Retrata tal achado com a frase:

“[...] não é só a comida que perde o sal. É a vida também que torna-se insossa. Esse é apenas um dos prazeres suspensos [...]”.

O fato de precisar consumir produtos alopáticos, diariamente, como, no caso, os antihipertensivos, representa as dificuldades no cotidiano dessas mulheres, seja pela possibilidade de efeitos colaterais indesejados, seja pela dificuldade de aquisição financeira para a compra de medicamentos.

Segundo LAPLANTINE (1991:44) “[...] o medicamento é, alternativamente, um instrumento que salva e um veneno.”

Dessa forma, em toda cultura, em um determinado momento, privilegia-se um certo número de representações, que podem ser chamadas de dominantes, em detrimento de outras representações, que, nem por isso, estão ausentes, mas se encontram marginalizadas com relação às precedentes, e algumas dessas vão ser descartadas, seja definitivamente ou momentaneamente, ou melhor, serão eliminadas do campo social atual (LAPLANTINE, 1991).

Nessa perspectiva, imerso no fechamento deste capítulo tal pensamento, representa a concretude que a pesquisa qualitativa proclama. No caso do estudo das Representações Sociais, isso pode proporcionar, hoje, representações que, dentro de um contexto cultural e social, conseguem se revelar diferenciadamente. Aquilo que aqui se expõe, traduz o que as mulheres com hipertensão vivenciam nesse ir e vir de luta com a doença, entre sucessos, aceitação, abnegações e fracassos, para, assim, torna possível a construção do que desejam, que é controlar e conviver mais harmoniosamente com a hipertensão.

Referências

ALVES, Márcia Guimarães de Mello. **A Voz do hipertenso: Representações sociais da hipertensão arterial- estudo de caso em Jurujuba, Niterói/RJ.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde

Pública/ Fiocruz, 1998. 171p. (Dissertação, Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública).

ALVES, Paulo César, MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 174p.

AMODEU, Celso. Hipertensão arterial: como diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v.52, p.193-200, dez. 1995.

BARROSO, M. G. T. Reflexões sobre a saúde da família: Dimensões culturais e éticas. In: ALVES, M.D.S., PAGLIUCA, L.M.F., BARROSO, M.G.T. **Cultura e poder nas práticas de saúde: Sociedade, Grupo, Família**. Fortaleza: UFC, 1999. p.111-116.

BARROSO, R. E. C. **Saúde mental e psicologia escolar: o estudo de representação social**. Fortaleza, 1999. 92p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual do Ceará.

CAMPOS, Nina Horwitz, URZÚA, Ramon Florenzano, POLANCO, Isabel Ringeling. Familia y salud familiar: un enfoque para la atención primaria. **Bol of Sanit Panam**, v.98, n.2, p.144-154, fev. 1985.

CANGUILHEM, G. **La santé: concept vulgaire et question philosophique**. Toulouse: Sables, 1990. 36p.

CAPRA, Frijot. **O Ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CERESER, Helena Luiza. **A Vivência familiar da mulher com hipertensão arterial**. Florianópolis, 1996. 155p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3, 1998, São Paulo. [on line]. [citado em 01.05.99]. Disponível na Internet: <<http://www.sbn.org.byconsui1.htm>

DUARTE, Luiz Fernando, LEAL, Ondina Fachel (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 210p.

GOFFMAN, Erving. **Representação do eu na vida cotidiana**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

GONÇALVES, Helen, COSTA, Juvenal Dias, MENEZES, Ana Maria Baptista. Percepções e limites: Visão do corpo e da doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.151-173. 1999.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde- doença: uma concepção popular de etiologia. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.363-381, out./dez.1988.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.25, n.3, p.233-238, 1991.

PRADO, Danda. **O Que é família**. São Paulo: Brasiliense, 1981. 92p.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 198p.

RIBEIRO, A. B. et al. Hipertensão arterial: como diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v.51, p.239-250, jan. 1995.

SILVA, Yolanda Flores, FRANCO, Maria Celsa (Org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. 120p.

SILVEIRA, Maria Lúcia da. **O Nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 123p.

SONENREICH, Carol. **A Família e o espaço psicológico**. In: D'INCAO, Maria Angela (Org.). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p.265-277.

SPINK, M.J. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. 293p.

VACHOD, Luiza, SANTOS, Rosângela S. Montando o quebra-cabeça das representações sociais: um estudo com gestantes de risco. **Rev. Enferm.UERJ**, Rio de Janeiro, Edição Extra, p.23-37,1996.

ENFERMEIRAS: IMPLICAÇÕES NA PROFISSÃO DESSES SUJEITOS SOCIAIS

Silvia Maria Nóbrega-Therrien

A Gênese da profissão de enfermagem poderia ser encontrada na origem e análise das primeiras formas de cuidados, na identificação das cuidadoras e de como evoluíram, cuidados e cuidadoras, em um esforço para concretizar-se em uma profissão. Entender como ocorre esse processo, como determinada atividade segue uma trajetória de ocupação, de profissão, que implicações existem que dificultam ou favorecem este caminho de reconhecimento ou não, é a intenção das discussões realizadas neste artigo.

História Natural da Profissionalização: Algumas Questões

Para EHRENREICH e ENGLISH (1981, p.27), uma profissão reconhecida não é simplesmente um grupo de expertos que se autoproclamam com tais, se não uma corporação que tem autoridade legalmente reconhecida para selecionar seus membros e regular sua prática profissional, ou seja, para monopolizar determinado campo de atividade sem interferências exteriores¹.

¹ Segundo Collins, a descrição sociológica mais amplamente aceita sobre uma profissão, tem sido uma descrição idealizada e refere: “uma profissão é uma comunidade autoregulada. Tem um poder exclusivo, normalmente respaldado pelo Estado, para treinar seus novos membros ou admiti-los em prática. Se reserva o direito de julgar a atuação profissional de seus próprios membros, e resiste a incursões de opiniões profanas; decide o castigo e a expulsão de um membro incompetente, porque só ela pode dizer o que é uma competência técnica. Tem seu próprio código ético, e pode dizer que dedica seu trabalho a serviço da Humanidade, numa ação desinteressada e competente, condenando a comercialização e o excesso de zelo profissional”. Uma definição a qual todas as profissões podem ajustar-se, mas que se refere especialmente a profissões como a medicina e alcança razoavelmente a ciência, o direito e a arquitetura. R. Collins. La sociedad

Nesta linha, FREIDSON (1978), completando o pensamento de Ehrenreich y English, no que diz respeito a como pode um grupo chegar a adquirir status de profissão, refere que: uma profissão obtém e mantém sua profissão, graças à proteção e ao patrocínio de alguns setores privilegiados da sociedade, que estão convencidos de que seu trabalho oferece algum interesse especial.

O reconhecimento da sociedade, mais precisamente da classe dominante, é necessário para a criação e manutenção de uma profissão. Tal afirmação pode ser comprovada através das análises que faz EHRENREICH e ENGLISH (1981, p.26), quando fala do “triunfo dos profissionais”, ao referir sobre os acontecimentos históricos, políticos e sociais que concretaram os passos na conquista do monopólio da medicina, como profissão, e como profissão de homens, desde o surgimento do médico, em princípios do Século XIX, até as regulamentações das Escolas de Medicina nos Estados Unidos, com o Informe Flexner, publicado em 1910².

A maior parte dos estudos sobre profissão, até meados da década de sessenta, foi produzida por intelectuais norte-americanos. Pode-se destacar, dentre esses, os de WILENSKY e PARSONS (1967), GOODE (1969), em que é possível indicar que, apesar das diferenças entre eles, todos abordam o conhecimento e a perícia da profissão. Ditas profissões encontram-se facilmente identificadas pelos conhecimentos e técnicas que aplicam ou utilizam, e têm, como finalidades, servir as necessidades da população. São estudos em que as normas profissionais e a clientela por ela atendida, são as referências mais importantes para suas análises.

Somente em meados da década de setenta os trabalhos sobre profissão passam a ter, como foco principal, os fatores econômicos e políticos que a ela se encontram relacionados. Segundo RODRÍGUEZ (1987, p.142), as contribuições intelectuais mais

credencialista: sociología histórica de la educación y de la estratificación. Madrid. Akal, 1989. p. 150.

² Informe sobre as escolas de medicina realizado por Abraham Flexner e publicado pela Fundação Carnegie em 1910, que descrevia as condições existentes em cada uma delas, mostrando que todas precisavam de laboratórios, eram atendidas por corpos docentes com escassas qualificações acadêmicas e aceitavam estudantes com uma fraca preparação. Flexner propões fechar as escolas mais fracas, reduzindo-as de 155 para 31 escolas (Flexner, citado por Collins, 1989, 163).

recentes sobre profissões, centram-se na sua influência política e cultural com FREIDSON (1970) e ERHRENREICH (1978); nas relações das profissões com o aparelho político do Estado e das elites políticas e econômicas com JOHNSON (1972); e na relação das profissões com o mercado de trabalho e o sistema de classe com STARR (1982) e LARSON (1977). LARSON (1977, p.90), mais especificamente, fala sobre as mudanças da natureza das profissões e das transformações impostas a estas pelo capitalismo.

O crescimento das profissões, como também das ocupações em final do século XIX, referidos nos estudos de GOODE (1969, p.266) e COLLINS (1989, p.149), passou a ser tema de estudos, em que são analisados dentre outras questões, o retorno ao profissionalismo e o desenvolvimento de novas profissões (suas características, tendências, classificação, etc.). GOODE (1969, p.266), com relação à força de trabalho profissional e técnica que nos Estados Unidos, segundo ele, aumentava a cada década, propõe que os teóricos sociais fizessem uma exploração dos limites da profissionalização, em que fossem tornados claros os dois processos que criam essa tendência em uma sociedade industrial. Para ele é importante o conhecimento sobre como uma profissão surge e como uma sociedade facilita ou impede o seu desenvolvimento. A partir dessa compreensão, explica porque algumas ocupações ou semi-profissões jamais se transformam em profissões, uma vez que nunca alcançaram o nível de conhecimento e dedicação que a sociedade considera necessária para uma profissão. Não esquece, no entanto, de mencionar que essa visão sempre corresponderá a uma realidade social.

Alguns teóricos sociais, sobretudo norte americanos, seguem alguns critérios para determinar se uma ocupação tem a natureza de profissão, como Flexner, Wilensky e outros. Muitas destas análises por eles realizadas, são uma tentativa de avaliar as atividades, com base em uma aproximação a determinados atributos desejáveis. Outros teóricos já se preocupam em enumerar as características que distinguem uma profissão de uma organização de semi-profissionais.

O conceito de semi-profissão, em final da década de sessenta, é utilizado por GOODE (1969), SIMPSON e SIMPSON

(1969), KATZ (1969) e outros. As características atribuídas às semi-profissões, identificadas sobretudo nos trabalhos dos SIMPSONS e SIMPSONS (1969, p.156-57), são reconhecidas por todos eles e referem entre outros fatores:

- Falta de autonomia ou autonomia relativa;
- Pessoal sujeito a numerosas regras;
- Ênfases no grau hierárquico, com deveres distintos, por níveis;
- Necessidade de um tempo mais curto para formação;
- Necessidade de não muitos conhecimentos;
- Conhecimento utilizados, em geral, derivados de outros conhecimentos;
- Ocupações com é predomínio da presença de mulheres;
- Pouca inclinação à exigência de autonomia ou resistência aos controles burocráticos;
- Tendência a trabalhar mais com o coração, do que com a mente;
- Atração dos indivíduos, desejosos de trabalhar com pessoas.

Na história natural de profissionalização, vários estudos descrevem também a sucessão de passos, pelos quais uma semi-profissão, por suas transações com a sociedade, é transformada em uma profissão reconhecida. A teoria das profissões de PARSONS (1967), é, provavelmente, a que tem dado maior sustentação ao conjunto de elaborações teóricas, apresentando uma série de classificações que deveriam estar presentes em uma profissão para que se distinga de uma ocupação. Os atributos necessários, segundo PARSONS (1967, 34-49), podem ser aqui resumidos em dedicação exclusiva, aquisição prévia de competência técnica, que se fundamenta em um corpo de conhecimentos científicos e um código de deontologia próprio.

Os critérios atribuídos por WILENSKY citado por GOODE (1969, p.174-175), acompanhando um pouco as idéias emanadas de Parsons, são:

- dedicação de tempo integral à tarefa;
- exigência de cursos universitários;
- criação de uma Associação profissional, em nível nacional
- redefinição da tarefa essencial, de modo a delegar outras aos subordinados;
- conflitos entre os profissionais mais antigos e os novos profissionais que buscam melhorar o trabalho;
- competição entre a ocupação que se afirma com as outras que lhe são próximas;
- jogos políticos para obter proteção legal;
- código de ética.

Quanto aos critérios para determinar se uma ocupação tem a natureza de profissão, em seu trabalho sobre a enfermagem ALARCÓN (1980, 15)³, sem ater-se a nenhuma categorização em especial, enumerava oito deles:

- cumpre uma função social;
- tem um corpo de conhecimentos científicos e técnicos;
- requer uma formação ou capacitação formal para seus profissionais;
- possui um código de ética;
- define sua própria organização ou estrutura quando envolve no desenvolvimento de sua função, pessoas de diferentes categorias;
- possui uma legislação própria;

³ Nelly Garzón Alarcón é enfermeira e membro do Comitê de Serviços Profissionais do Conselho Internacional de Enfermeiras e SubDiretora de Desenvolvimento da Educação Superior do Instituto Colombiano para o fomento da Educação Superior e Ministério de Educação de Bogotá, Colombia. Revista Rol de Enfermería, 28, 1980. p. 14-19.

- possui uma estrutura nacional, responsável pela formação de seus membros;
- desenvolve sua própria forma de educação científica e gremial em nível nacional e internacional.

É possível dizer, sem que se faça uma análise detalhada, que a profissão de enfermagem contem, em geral, os critérios atribuídos por Parsons e Wilensky, possui grande parte das características pertencentes às chamadas organizações de semi-profissionais e todos os critérios identificados por Alarcón. Para GOODE (1969, 226-7), todos estes critérios se assemelham e derivam de uma conceituação ideal típica, cuja aproximação mais concreta e mais íntima são a medicina e o clero. Segundo o autor, há duas qualidades geradoras e centrais em uma profissão: um corpo básico de conhecimentos abstratos e o ideal de servir.

Um corpo específico de conhecimentos abstratos (no caso) parece não necessariamente nascer com o início de cada profissão. Os passos exigidos para uma profissionalização, se for observada a história de algumas profissões, não obedecem, a priori, a uma classificação ou seqüência determinada. Questões como a obtenção de licenças, ou até o código de ética, por exemplo, podem surgir tempos depois, o que não impede que a “suposta” profissão já venha se configurando como uma atividade prática, específica de um determinado grupo de sujeitos, no seio de uma comunidade. As profissões mais antigas são reveladoras desta prática.

Na historia das profissões, verifica-se através de comparações realizadas no tempo, que esta mostra os altos e baixos dos monopólios profissionais, à medida que as oportunidades políticas mudam; o monopólio médico é um deles (COLLINS, 1989, p.156). Assim, o que se observa é que somente a história das profissões é reveladora das condições em que se há produzido a formação dos grupos profissionais.

Um processo de profissionalização, ou a história de uma profissão apresenta variáveis distintas e pontuais, entre uma e outra. Todas as profissões têm sofrido seu próprio processo de profissionalização. Não se pode esquecer as facilidades e privilégios de uma sobre as outras, resultado mediato de sua expansão, seu

reconhecimento e articulação direta com o tão conhecido processo de estratificação social. As profissões consideradas de elite já nasceram das velhas classes privilegiadas, portanto, com sua ideologia legitimada. Há um posicionamento de COLLINS (1989, p.193) que diz que para a compreensão e a comparação no campo das profissões, necessita-se de uma teoria, para dar conta das condições de quantos grupos se formariam, qual a solidez da organização de cada um, se seria local ou extensiva, com fronteiras fortes ou fracas e, em grande parte, como resultado do anterior, que relações de dominação e subordinação existiriam entre eles. Em estudos mais recentes, como o de ENGUITA (1991, p.42-43), encontra-se uma outra compreensão sobre as análises realizadas até agora. Ao que afirma “o estatuto de uma categoria profissional nunca é definitivo. O que faz com que um grupo ocupacional siga para as alas privilegiadas de profissionais, ou para as desfavorecidas da classe operária, não é a natureza dos bens e serviços que oferece, nem a maior ou menor complexidade do processo global de sua produção, mas a possibilidade de compor com este último, através da divisão do trabalho e da mecanização”. Esta argumentação leva a uma outra do mesmo autor, que refere existir há um variado grupo de ocupações que não se encontrando em profissões, ou em seus tipos puros, compartilhem características de ambos; a de professor é identificada por ele, como uma delas, assim como se identifica, também, a de enfermeira.

Para examinar ou identificar o que os professores compartilhem com os profissionais ENGUITA (1991, p.43-46) utiliza cinco características que ele considera básicas para uma profissão: a competência, a vocação, a licença, a autonomia e sua auto regulação. Sua intenção é mostrar, nessas análises, os dois pólos: o da organização do trabalho, e o da posição do trabalhador, entre os quais o professor se move, no sentido da profissionalização ou da proletarização, e se configura, finalmente, como uma semi-profissão. Na intenção presente é um pouco semelhante, haja vista pretender-se a buscar na evolução da estrutura profissional da enfermeira e em sua atual posição, indícios que possam contribuir para clarear certos aspectos sobre como este grupo se configura ou não, como semi-profissão ou profissão, e que determinações acarreta

para a sua identificação ou classificação, afetando o que se é ou o que se faz.

2 A enfermeira como Profissional: a Tercitura dos Caminhos

Como profissão, poder-se-ia dizer que a enfermagem tem que ser situada na Inglaterra, em plena Revolução Industrial. Voltando mais ainda à história, pode-se comprovar a “exclusão” e a “manipulação” das mulheres, sobretudo no campo da saúde. A “exclusão” vai ocorrer com as bruxas e parteiras. As primeiras, na fogueira; as outras, pela Lei, que proibia sua atuação nos primórdios do Século XIX, nos Estados Unidos⁴. Como única possibilidade aberta para as mulheres, neste campo, a enfermeira aparece na época, apoiada pelas guerras de então. Cria-se a figura de enfermeira, a partir de uma ocupação remunerada, e não mais exercida somente por religiosas e/ou por mulheres quase sempre de má reputação⁵. Estas foram substituídas por Florence Nightingale, que mudou a imagem das antigas enfermeiras por um batalhão de disciplinadas e sóbrias damas de meia idade, todas introduzidas nos hospitais londrinos, por ocasião da guerra da Crimeia, e nos hospitais

⁴ No Brasil, a parteira há permanecido desenvolvendo a sua função por mais tempo, sobre tudo nas áreas rurais e de muita pobreza. Há bastante tempo é uma assistência destinada aos pobres. É uma ocupação que vem caindo em um descrédito crescente.

⁵ Parece ser a impressão geral da época e de todos os pesquisadores que fazem estudos sobre a enfermeira nos anos posteriores ao Renascimento. Esta impressão se baseia sobre tudo nos escritos de Charles Dickens. No cenário da Revolução Industrial na Inglaterra de Charles Dickens descreve em sua obra *Martin Chuzzlewit*, a figura de Sairey Gamp, uma “enfermeira” da época: “A tal senhora Gamp era uma velha grossa, de voz rouca e olhos aquosos, dotada de uma enorme facilidade para fazê-los girar mostrando a parte branca...Desde o tempo imemorial teve por princípios vestisse com roupas descuidadas, pois isto ao mesmo tempo, expressava uma indecorosa veneração pelo morto e convidava ao paciente mais próximo a presentear-lhe...a cara da senhora Gamp, o nariz em particular, era algo grotesco e avultoso, e era difícil gozar de sua companhia sem receber certo cheiro a álcool”. Se constata que efetivamente no Século XIX na Inglaterra pelo menos a enfermeira de hospital estava dominada pelo estereótipo de alcoólatras e degradadas estilo Sairey Gamp. Citação feita por M.T. Molina em *Historia de Enfermería, Intermédica*, Buenos Aires, 1973. p. 33 e também por J. A Cobeña Fernández em *La profesionalización de la enfermería*. Revista *Rol de Enfermería*, 20, p. 64. 1980.

americanos, por Dorothea Dix, durante a Guerra Civil norte americana.

A existência de uma hierarquia profissional subordinada e fechada para as mulheres, no campo da medicina, acaba por permanecer, o que demonstra que continua a tradicional segregação feminina nas profissões, que as relega a posições secundárias ou a organizações separadas, tais como as atividades religiosas ou caritativas. Este ponto de vista é colocado por COLLINS (1989, p.166), ao indicar que, “mesmo quando se aceitou a integração da mulher nas fileiras médicas do século XIX, a herança da estratificação da mulher perdura, com a existência da profissão de enfermagem como um enclave separado e diferenciado, em realidade, de um serviço doméstico, mas essencialmente homogeneizado pelo sexo, e sem canais de promoção até as posições superiores da medicina”. Quanto à manipulação das mulheres, pode-se referir que este é ainda um tema concreto e que se encontra presente ou submerso na abundante literatura que tem, no gênero, uma de suas principais categorias de análise.

A profissionalização da enfermeira e de muitas outras profissões, eminentemente femininas, foram surgindo, como a do professor, mais tarde da assistente social, como ocupações que se ofereciam às mulheres que decidiam trabalhar fora das paredes domésticas. Segundo EHRENREICH e ENGLISH (1981, p.34), ao mesmo tempo em que muitas mulheres se dedicavam a profissionalizar os roles domésticos femininos, outras se encarregavam de “domesticar” alguns roles profissionais, como o trabalho da enfermeira e da professora.

A enfermeira, com sua profissionalização, passou a ser necessária não só para os hospitais, que isso já era evidente, mas, sobretudo, para os médicos, uma vez que a estes não interessava dedicar todo o seu tempo à assistência direta ao enfermo. Assim, a enfermeira surge no cenário da medicina, como uma auxiliar paciente e obediente. Nesse mesmo cenário, o médico toma posse do hospital. De uma assistência quase exclusivamente familiar, como era em princípios do século XIX, a uma grande confiança nos

benefícios da hospitalização⁶, no começo do século XX, o médico muda a localização do exercício da medicina (ROSEN, 1963, p.1-36; COLLINS, 1989, p.164). Sustentado por um desenvolvimento científico e tecnológico e em sua assistência por um batalhão servil e disciplinado de mulheres-enfermeiras, o médico se encaminha para um desenvolvimento sem precedentes. Mudam assim, a finalidade e a assistência nos hospitais. O conceito de cuidado e cura passa a oferecer uma outra compreensão. A cura se liga ao tratamento médico, e o cuidado fica com a enfermeira. O curar não é mais parte dos dois, posto corresponder ao médico e à sua técnica. Em um, ganham afirmação: o reconhecimento, a autonomia, o status e o poder; no outro, a função complementar e dependente, solidifica-se, cada vez mais. CANALS (1985, 59), em uma análise antropológica desses conceitos, articula muito bem o cuidar e o curar. O primeiro, com funções femininas; o segundo, com saberes masculinos. De uma forma mais clara, refere que: “a ação de cuidar” a diferença de dirigir o curar, há persistido como atributo cultural feminino. A diferença com as formas existentes no mundo agrário tradicional, encontra-se na sua inclusão em um sistema de classes sociais, e em um sistema de especializações hierarquizadas, dois sistemas dos quais nada pode escapar por sua posição no mapa geográfico, ou no mapa social”.

Todas estas características especiais da profissão de enfermagem não foram capazes de convertê-la em um tipo ideal ou desejado de profissão; na época Vitoriana, da Inglaterra, sim, talvez por falta de opções “dignas ou aceitáveis” de trabalho para as mulheres, fora dos lares; no entanto não o é mais e isso há bastante tempo.

Se for feito um retrospecto na história, para traçar um paralelo entre o início de uma profissão como a medicina e uma considerada “ocupação” como a enfermagem, pode-se começar

⁶ O número de hospitais nos Estados Unidos passou de 149 em 1873 a 6.762 em 1923. A razão desta mudança foi devida a um movimento em favor da criação dos hospitais levada a cabo pelo Colégio Americano de Cirurgias, fundado em 1913. Os efeitos sociais e políticos desta mudança de organização foram notáveis sobre esta profissão. Referido por Collins, em *La Sociedad credencialista: sociología de la educación y dela estratificación*. Madrid, Akal, 1989.

dizendo que uma era destituída de teoria, contava com a experiência e habilidades práticas; a outra, a medicina, encontrava o amparo para o seu ensino nos antigos textos de Galeno, com suas teorias fisiológicas, cuja aplicação prática não era meramente uma equivocação, mas um perigo real, segundo COLLINS (1989, p.157-158), que ainda refere o seguinte: “as teorias sobre as enfermidades que prevaleciam, levavam a práticas, tais como a sangria e as purgas, que se consideravam as melhores curas possíveis. Com o advento vacina de Jenner contra a varíola, desenvolvida em 1798, praticamente deixou de existir avanço no tratamento médico, até 1850. A medicina só finalmente adquiriu uma base técnica válida em final do século XIX. Antes disso, posição de monopólio e de alto nível de vida dos médicos, que estava baseada tanto na pretensão de curar realmente as enfermidades e aliviar os sofrimentos, encontrava-se fundada em uma fraude”. É certo que a profissão passou por um processo de reorganização, sofreu reformas no ensino, ampliou seu campo de atuação à medida em que foi gerando autonomia e status por parte da classe dominante por eles representada, e de onde surgia a quase totalidade de seus membros. Mais recentemente, uma análise realizada por STARR (1982), identifica algumas mudanças em seu status, ao abordar o mercado de trabalho e a profissão médica nos Estados Unidos da América.

Há um denominador comum na literatura produzida em enfermagem, posto aquela que refere ter sido durante muito tempo, uma prática sem teoria. Com base em sua história pode-se dizer que, com a publicação em 1860, do livro *Notes on Nursing*, inicia-se, na Inglaterra com Florence Nightingale um caminho de teorização dessa prática⁷. No entanto, somente no século XX, em final da década de

⁷ A criação das Escolas de Enfermagem reforçam cada vez mais esta necessidade que se iniciou com os princípios científicos, depois com teorias próprias, com o objetivo de caracterizar a enfermagem como profissão. A criação das Escolas ocorreram em alguns países mais ou menos simultaneamente. Suíça (1859), Inglaterra (1860), Estados Unidos (1872), Canadá (1890), Espanha (1896), Cuba (1901), China (1905), Uruguai (1912), Turquia (1915) e Brasil (1923). Carmen Dominguez-Alcón, Josep A Rodriguez e Jesus M. de Miguel. Sociología y enfermería. Pirámide, Madrid. P. 94. 1983.

40, com o Informe *Nursing for the future*,⁸ publicado em 1948, é retomada essa preocupação. Mais concretamente, nos anos 50 e 60 a produção na área de enfermagem aumenta, sobretudo nos Estados Unidos, com a finalidade de dotar a prática de enfermagem de princípios científicos e, posteriormente, criar teorias para essa prática (HALL, 1979; OREN, 1980; KING, 1984; GEORGE, 1980 e CHINN, 1983). No Brasil, essa tentativa se deve a Horta nos finais dos anos 60 e, mais recentemente, a CARVALHO (1980), PAIM (1973) e NEVES (1984).

A profissionalização da enfermeira tem estado articulada a um corpo de conhecimentos de natureza teórico conceptual, próprio para dar conta de uma prática, no âmbito da ciência. Em COLLINS (1989, p.166), e encontrada uma referência a esta profissionalização, com utilização de “aspas”, quando diz: na América, a atividade da enfermeira há sido progressivamente “profissionalizada”, com requisitos de preparação e hierarquias internas de classe. Segundo ele, entretanto, o resultado do cerco de barreiras corporativas há reforçado sua posição subordinada. Referindo GLASER (1963, 61-62), PERROW (1965, p.960-965) e MECHANIC (1968, p.345,357-358), acrescenta: “ironicamente, estudos corporativos mostram que existe uma maior delegação de funções médicas a seu favor na área de anestesia, inoculações e partos em nascimentos normais”. Termina referindo que as enfermeiras americanas são melhor e mais formalmente treinadas que as européias, para as quais não há programas especiais de preparação”. No entanto, deixa claro a existência de conflitos entre a profissão médica e a de enfermagem. As trajetórias de exclusão e manipulação das mulheres, no campo da saúde, e a sua procura constante por profissionalização, desvela-se na tecitura dos caminhos das bruxas, parteiras e enfermeiras.

⁸ O Informe *Nursing for the future*, fue coordenado por Esther Lucile Brown e desenvolvido para o National Nursing Council de 1948. Foi apresentado em sete capítulos e fala da enfermeira e de suas condições de prática e formação, da distinção de funções da equipe de acordo com a classificação ou especialização e sobre tudo das perspectivas de futuro desta profissão. Fala também dos serviços hospitalares e da saúde pública e de seu financiamento. E. L. Brown. *Nursing for the future*. A report prepared for the national Nursing Council. New York. Russel Sage Foundation.

3 A Profissão e um Corpo Especifico de Conhecimentos: uma Realidade Necessária?

Deixando um pouco a história, a intenção é centralizar agora a análise sobre a profissão de enfermagem, não a partir das normas profissionais, nem de sua relação com a clientela, nem de sua articulação com os fatores sociais e econômicos que envolvem mercado e classe e nem com os aportes intelectuais dos estudos sobre profissão, mas a partir de duas vertentes de discussão, em que se acredita dispor de alguns dados para subsidiar as análises. Uma primeira, privilegia a idéia mesma de profissão, servindo-se de algumas características presentes nas organizações de semi-profissionais, com relação à entrada na profissão, baixo compromisso com a carreira, dualidade trabalho e família, compromisso profissional e motivação para o trabalho, que refere parte dos aspectos mais internos de uma profissão e sua relação com o comportamento apresentado por esses profissionais ou semi-profissionais. A outra vertente destaca um dos dois aspectos ou características geradoras ou centrais, e que foi identificada por GOODE (1969, 277) como necessária a uma profissão: que é possuir um corpo específico de conhecimentos abstratos.

Partindo da idéia mesma de profissão, pretende-se utilizar alguns dados de estudos que apresentam, como objeto de análise, não só a profissão, mas a profissão de enfermagem e que aqui contribuem para as discussões mais gerais que se pretende realizar. Dentre esses estudos estão os de HABENSTEIN e CHRIST (1955), HUGHES e DEUTSCHER (1958) E KATZ (1969) e posteriormente, os de SIMPSON e SIMPSON (1969) e o de GOODE (1969), os dois últimos já referenciados anteriormente. Apesar das diferenças, o denominador comum entre esses trabalhos, é sobretudo, por um lado, fazer uma análise sobre a enfermeira (HABENSTEIN e CHRIST, 1955; HUGHES; HUGHES e DEUTSCHER, 1958; e KATZ, 1969) e de outro, utilizar essa “profissão”, juntamente com outras (professoras, assistente social, bibliotecária), para analisar suas características e identificá-las como pertencentes a organizações de semi-profissões. Procura-se outrossim, identificar seus limites e

prever sua ascensão à profissão (SIMPSON e SIMPSON, 1969 e GOODE, 1969)⁹. HABENSTEIN e CHRIST (1955) tinham, como objeto de investigação, as enfermeiras do Estado de Missouri; HUGHES; HUGHES e DEUTSCHER (1958) estuda, principalmente, as enfermeiras da cidade de Kansas; e Katz, em seu trabalho, utiliza dados das enfermeiras de um grande hospital de uma cidade do noroeste dos Estados Unidos. São estudos que, em sua essência, tratam da tensão entre o que estes teóricos identificam como ocupações ou semi-profissões, como a enfermeira, professora, assistente social, bibliotecária e as consideradas profissões, dentre elas as quatro grandes, como direito, medicina, clero e professor universitário (GOODE. 1969, p.267).

Diante das análises desenvolvidas sobre as organizações de semi-profissões e suas características, fica claro que ser mulher é uma característica central ou geradora das demais identificadas nos estudos de Goode e Simpson e Simpson. Ao se relacionar por um lado, o fato de ser mulher, e, por outro, as demais características aqui identificadas, constata-se quase uma relação de causa-efeito que reforça esta situação e fecha o círculo.

É importante referir que há uma larga produção de estudos que têm como categoria de investigação central ou secundária, o gênero, como os de DURÁN (1986, 1977) SCOTT (1990) CALVO (1991, 1996) ENGUITA (1994, 1996) LOPES (1988, 1996) ALBERDI (1966) e muitos outros. Nesses estudos, as mulheres são freqüentemente vítimas de discriminação, contratação e promoção.

Nas profissões ou ocupações, nas quais as mulheres competem com os homens, existe sempre a suposição de que estas são discriminadas. A discriminação pode ser identificada nas diferenças, começando com os salários desiguais para os mesmos

⁹ Goode (1969) estuda os limites teóricos da profissionalização, onde prevê com base nos atributos das semi-profissões se esta chegará a ser uma profissão. Os Simpsons e Simpson (1969) fazem um estudo sobre mulheres e burocracia nas semi-profissões, no qual utilizam datas do censo norte americano, dados provenientes do trabalho de campo e dados de questionários enviados por correios. William J. Goode. The theoretical limits of professionalization. In: Etzioni, A. The semi-professions and their organization: nurses, social workers. New York. The Free Press_Richard I. Simpson e Ida harper Simpson. Women and bureaucracy in the semi-professions.

cargos ou funções nas mesmas ocupações ou profissões. Com relação a semi-profissões, a grande maioria de seus membros são mulheres, enquanto que os cargos de chefia dessas organizações são, na maioria, ocupados por homens (SIMPSON e SIMPSON, 1969, p.227). Há estatísticas que datam de 1981, apresentadas pela presidente das Enfermeiras e Enfermeiros Unidos de Montreal, Canadá, que referindo que 2% do coletivo da profissão representados por homens, alcançando estes, muito cedo, o posto de direção, (WAVROCH,1981, p.491). Isso acontece em um país em que a profissão já tem conseguido uma serie de vantagens sócio-econômicas, capazes de mudar sua posição no mundo do trabalho. As causas deste comportamento não são referidas.

Voltando as análises da a profissão de enfermagem, utilizando os dados dos estudos já referidos, com relação, por exemplo, à entrada em uma semi-profissão (como é considerada a enfermagem, entre outras já referidas), o entusiasmo não parece ser típico na escolha desta carreira. Uma das razões indicadas nos estudos é que esta é uma “profissão” de abrigo temporário, antes do matrimônio. Fazer enfermagem, também foi indicado como não haver alcançado a primeira opção de uma carreira (SIMPSON e SIMPSON, 1969, p.201-202). Estudos mais recentes, realizados na Espanha, como os de PÉREZ, ROBAINA, QUINTERO, CASTRO, JIMÉNEZ e ALEMÁN (1990, p.60-61)¹⁰ contradizem esses dados quando referem que 96% dos estudantes de enfermagem optam pela carreira, livremente, que a metade dos que responderam o questionário, fez sua escolha ,por vocação, e que 100% deles estão convencidos de possuir as qualidades físicas e psicológicas necessárias para o exercício, de forma adequada, da profissão escolhida. A profissão ainda permanece eminentemente feminina, com uma alta porcentagem de mulheres – 85,3%, e também solteiras com um percentual elevado de 93,3%. Os fatores que mais haviam

¹⁰ Esta pesquisa foi realizada em Las Palmas, Espanha, por professoras das disciplinas de Enfermagem Fundamental das Escolas Universitárias de Enfermeiras de Las Palmas, com uma amostra de 91 alunos do primeiro semestre do curso de enfermagem, estudo realizado por B. Ojeda Pérez, M. C.; Alonso Robaina, M. Yedra Quintero, M. Olívia Castro. E. Monzón Jiménez Y I. González Alemán, publicada na revista Rol de Enfermería, 142, 1990. P. 59-61.

contribuído para a escolha, eram relacionados à boa perspectiva de se tratar de uma carreira de curta duração.

Quanto aos fatores de baixo compromisso com a carreira, alguns estudos comprovam que as enfermeiras começam suas carreiras antecipando ou prevendo e abandoná-la dentro de algum tempo. SIMPSON e SIMPSON (1969, 209) refere os estudos de Stewart e Needham, com enfermeiras de 10 hospitais de Arkansas, que comprovam esse fato. Segundo o mesmo autor, os achados de Reissman's, no estudo feito com um grupo de enfermeiras de New Orlenas, apresenta resultados similares. As investigações realizadas por Habenstein e Christ também confirmam que as enfermeiras do Missouri, a maioria constituída de casadas, planejam voltar ao trabalho quando os filhos estiverem na escola. Uma realidade americana que difere de alguns países da Europa, e sobretudo do Brasil, onde as condições e as necessidades de permanência no trabalho, por parte das mulheres, é fundamental, principalmente na carreira em exercício. A necessidade de permanência no trabalho é referida como um meio de sobrevivência, de complementação da renda familiar, ou também de não dependência. Em países como o Brasil, ter um emprego é condição "sine qua non" de sobrevivência. Mesmo não tendo estudos para comprovar, os dados de inscrição das enfermeiras em seu Conselho, revelam, comparando o numero das que ingressam com as que permanecem inscritas, que a grande maioria ainda está trabalhando¹¹.

Também não se pode esquecer que para a mulher, o trabalho compete com a família, e que os papeis familiares reduzem as aspirações profissionais. Os estudos de SIMPSON e SIMPSON (1969, p.216) e muitos outros, comprovam que o baixo compromisso profissional aparece mais na mulher que no homem. Segundo KOMAROVSKY, falando da mulher universitária, refere que estas resolvem o problema de papeis múltiplos, diminuindo as aspirações

¹¹ Como a inscrição no Conselho Regional de Enfermagem tem um custo relativamente alto no Brasil e o pagamento da anuidade também o é, quase a totalidade das enfermeiras que se desligam de seus trabalhos com a intenção de voltar mais tarde ou de abandoná-lo, no primeiro caso suspende temporariamente a inscrição e no segundo, pede seu desligamento. Dados retirados do Boletim de Publicação Oficial do Conselho Federal de Enfermagem. Ano XIX, nº 2.

de carreira na profissão. Resultados semelhantes são encontrados nas enfermeiras de New Hampshire, estudadas por THERIAULT, que relatam que o matrimônio um fator dificulta para a ascensão da profissão (autores citados por SIMPSON e SIMPSON, 1969, p.70). As evidências empíricas, com relação a essa questão, estão em todos os lugares de trabalho onde existem mulheres, trabalhando como enfermeiras. Para muitas mulheres, seguir uma profissão é romper com as tarefas da casa e, até com o fato de serem mães, o que se torna inaceitável para muitas delas, inclusive para as que exercem a enfermagem.

Por outra parte o compromisso profissional aumenta quando a enfermeira apresenta um nível educacional mais alto, possui treinamento mais especializado, executa um trabalho mais técnico e, sobretudo administrativo, e são mais bem remuneradas. Esses fatores indicam, por parte dessas enfermeiras, um grau mais alto de participação na profissão, e uma maior possibilidade de regresso ao trabalho, depois do casamento. Essa relação é identificada nos estudos de DEUSTSCHER (1958), sobre as enfermeiras de Kansas City. Observa-se uma contradição, se for levado em conta que o cuidar, ou que a assistência e não a administração, é a função primeira, aquela que identifica a profissão, em que o compromisso profissional deveria estar mais presente. Nessa compreensão, o mais lógico seria que, na função, a enfermeira deveria conseguir seu maior estímulo e participação. Não obstante, na função de “cuidar”, a enfermeira está tendo dificuldades para obter reconhecimento, prestígio e status, por algumas razões já referidas anteriormente, e que não serão aqui analisadas. DURAN e REQUENA (1992, p.29) confirmam estas análises, referindo que a promoção a um trabalho de nível mais alto e melhor remunerado, quase sempre significa passar do âmbito assistencial a gestão ou a docência, o que, longe de dotar a profissão de bons administradores, professores, só rouba as boas enfermeiras dos pacientes. Essas questões identificadas e outras mais, ligadas não só à posição da enfermeira, como profissional, como também a organização do seu trabalho, afetam, diretamente, sua motivação para esse trabalho.

HUGHES; HUGHES e DEUSTSCHER (1958), resumem vários estudos com enfermeiras sobre a motivação para o trabalho e

concluem que poucas escolhem suas especialidades, em razão de preferências intrínsecas. Elas aceitam qualquer tipo de trabalho disponível, independente de sua especialização. Escolhem por motivos financeiros, jornada de trabalho e/ou turnos. Os estudos de HABENSTEIN e CHRIST contradizem essa generalização. Eles afirmam que muitas enfermeiras preferem as especialidades e os ambientes de trabalho onde o paciente se recupera mais rápida e de forma visível, onde os ambientes permitam conhecer melhor esses pacientes, até porque a maioria das enfermeiras apresenta inclinação para estabelecer relações pessoais. Estes autores também referem que as enfermeiras têm poucas esperanças de alcançar o ápice da administração no hospital, e concluem que o amor às pessoas e o desejo de ajudar, é firmemente estabelecido como motivo forte para satisfação no trabalho.

No entanto, há enfermeiras e enfermeiras. A heterogeneidade interna da profissão, discutida mais adiante, neste mesmo artigo, revela parte das diferenças entre umas e outras. A tipologia criada por HABENSTEIN e CHRIST (1955, p.67) pode ser utilizada como uma outra forma de compreensão sobre as enfermeiras em suas atividades, funções e comportamentos que, segundo eles, terminam por lhes atribuir características próprias.

Para HABENSTEIN e CHRIST, há três tipos de enfermeiras: as Tradicionais, as Profissionais e as Utilitárias. A enfermeira Tradicional é executora do conhecimento humanístico. Ao ter como centro de sua ação, o predomínio humanístico, por vezes, não se sai muito bem. É aquela que tenta manter a imagem do hospital e do médico e que desenvolve cuidados que podem ser identificados com o que eles denominam de “*Tender Loving Care*” (TLC). Já a enfermeira identificada, como Utilitária, não tem compromisso forte com o conhecimento profissional, nem com a tradição do hospital, nem com os médicos. A sua preocupação é ser julgada em termos de eficiência e de rendimento. Utiliza o contexto hospitalar e médico para interesse pessoal. Desenvolve campos distintos de conhecimentos, não tendo estes nenhuma atração intrínseca para ela. Simplesmente, faz seu trabalho bem-feito. Para as enfermeiras identificadas como profissionais, a enfermidade é um desafio para a apropriação do conhecimento científico, e para realizar

a intervenção com os cuidados necessários, no curso dos acontecimentos. O conhecimento, para ela, envolve faculdades racionais de experiência. É possível a identificação de tipos de enfermeiras, segundo a tipologia referida por HABENSTEIN e CHRIST. Há uma tentativa de acabar com a enfermeira tipo tradicional, atitude que provém, sobretudo, do grupo das enfermeiras que se encontram na docência e em cargos de gestão em enfermagem, no Conselho, Sindicatos e Associações. Este tipo de enfermeira não se enquadra na imagem de profissional que, desde as décadas de 50 e 60, com a criação das teorias sobre enfermagem no Brasil, se pretende mudar. Por outro lado, a enfermeira, tipo profissional, desenvolve um comportamento que a categoria incentiva e imagina ser o caminho para seu reconhecimento, como profissão.

Voltando à análise da profissão, agora a partir de uma das características geradoras, referidas por GOODE (1969, 277)¹², como necessária a uma profissão – a de possuir um corpo específico de conhecimentos abstratos em enfermagem, poder-se-ia começar, afirmando que essa questão divide a profissão.

Observa-se que existe um consenso, por parte de um grupo, sobre a necessidade de que a profissão pode e deve utilizar várias ciências, para seu desenvolvimento completo, uma vez que

¹² Com relação ao conhecimento Goode relaciona sete características principais que este deve possuir para que uma ocupação seja aceita como profissão, que são: 1. O conhecimento e as habilidades devem ser abstratos e organizados em um corpo codificado de princípios; 2. O conhecimento deve ser aplicável ou concebido para ser utilizado nos problemas concretos da vida; 3. A sociedade ou seus membros mais proeminentes devem acreditar que este tipo de conhecimento de fato, pode resolver estes problemas; 4. A sociedade deve acreditar que o tipo de problema deve estar relacionado ao tipo de conhecimento que o profissional detém para resolvê-lo; 5. A própria profissão deve ajudar a criar, organizar e transmitir o conhecimento; 6. A profissão deve ser aceita como o arbítrio final da disputa sobre a validade de qualquer solução técnica, dentro de sua suposta área de competência; 7. A quantidade de conhecimentos e habilidades e as dificuldades em adquiri-los deve ser grande o bastante para que os membros da sociedade vejam a profissão como possuindo um tipo de mistério que não é dado a todo homem normal adquirir pelos seus próprios esforços ou mesmo com ajuda. William J. Goode (1969) em *Los limites teóricos de la profesionalización*. P. 277. In: A Etzioni. *The semi-professions and their organization: teachers, nurses, social workers*. New York. The Free Press.

outras profissões também o fazem dessa maneira. Há uma compreensão de que a utilização de várias ciências, ou de um corpo de conhecimentos na prática, produz uma nova ciência. O caminho pautado nas teorias de enfermagem, há sido trabalhar conceitos centrais em modelos teóricos ou paradigmas, que procuram produzir o conhecimento.

Por outro lado, o experimental da prática permanece como um ponto forte em enfermagem, até porque esta é uma profissão que há convertido o cuidado em sua função fundamental. Verifica-se uma larga trajetória, cumprida por parte de grupos de intelectuais-enfermeiros, na construção de uma fundamentação teórica específica, para sustentação dessa prática. Há, ainda, estudos que compreendem o cuidado com uma concepção teórico-prática, que demandando uma estrutura de comportamento que é identificado como o saber de enfermagem. A par disso, há um nível teórico (feito de instrumentos e condutas) e relações sociais específicas ajustados a profissão, com a finalidade de prestar assistência às necessidades humanas que podem ser de ordem biológica, psicológica e social essa assertiva e uma decorrência dos estudos esses realizados por ALMEIDA (1984, p.60).

Com uma compreensão de que é na prática onde se realiza o cuidado, e que para sua realização, o cuidado ou a assistência exige uma estrutura de comportamento, ALMEIDA (1984, p.60) mostra que, nessa articulação, encontra-se o saber da enfermeira. Por sua vez, esse é um instrumento que as enfermeiras utilizam para realizar seu trabalho, um instrumento legitimado e reproduzido pelo ensino dessa mesma prática. A autora faz um estudo onde analisa, cronologicamente, as técnicas de enfermagem, os princípios científicos e as teorias de enfermagem, que compreendem, para ela, o saber da enfermagem.

O que se constata, também, é que os estudos, com relação a um corpo específico de conhecimentos próprio, é que a enfermagem vem sendo entendida como um ramo das ciências biológicas ou bio-médicas e, mais recentemente, como parte integrante das ciências da saúde, onde tem por objeto de trabalho a saúde do homem, como o tem também, a medicina, a odontologia, a farmácia e outras profissões mais falando da ciência da enfermagem,

sua natureza, seu objeto de trabalho, QUEIROZ e SALUM (1997, p.202), com relação a essa situação, ainda não todo resolvida, propõem a extrapolação do modelo biológico e da proposta de cuidado, para além da teoria de enfermagem, da quantificação dos procedimentos e da observação dos sinais e sintomas, de onde efetivamente nunca saiu.

São inúmeras, em enfermagem, as tentativas várias e variadas de produção ou identificação de um corpo de conhecimentos próprios, em uma prática que, com os avanços científico e o tecnológico tem mudado bastante, e se há diversificado e especializado para dar conta dessa realidade, ainda sem clareza da ciência que a fundamenta. CASTELL (1995, p.46) encontra uma saída para essa problemática, ao dizer que “só a questão teórica de seu aporte, não bastará para conhecer um profissional. Independentemente do que se possa dizer, as pessoas são condenadas pelo que fazem e, sobretudo, pelos motivos profundos que guiam este fazer.

É importante referir que a trajetória de profissionalização da enfermeira, com base em um corpo próprio de conhecimento, há sido extremamente lenta, resultado de esforços antes esporádicos, e agora mais sistematizados, mas que não alcançaram ainda transformações significativas para a categoria. O que vem dificultando essas transformações? Essa é questão complexa, que demanda uma investigação, em nível nacional, por um comitê de expertos na profissão.

É oportuno dizer que para configurar-se como profissão, no que diz respeito aos aspectos estruturais e organizacionais, e quanto à formação, legislação, código de ética, criação do Conselho, etc., características necessárias a um grupo para definir-se como profissional, essas são etapas já cumpridas, e, portanto, são batalhas já vencidas. Na verdade, a profissão tem ganho muitas lutas no caminho da profissionalização, sobretudo nos últimos 20 anos. No entanto, não há logrado status social.

Acredita-se que parte da explicação encontra eco principalmente, nas características que possui e que são também identificadas como próprias das organizações de semi-profissionais. A não delimitação clara e reconhecida de um corpo de

conhecimentos próprio, parece não ter um peso forte, uma vez que não se pode esquecer que as avaliações feitas sobre uma profissão, estão relacionadas a uma realidade social, em que as questões de classe, gênero e raça facilitam, impedem ou dificultam esse reconhecimento. Há de se entender que a concessão de status, prestígio e poder obedece a uma mesma lógica. GOODE (1969, p.268) complementa essa análise, ao dizer que o processo através do qual uma semi profissão tende a subir, a chegar a ser profissão, constitui-se em um conjunto de transações entre a ocupação, como uma coletividade, incluindo seus membros individuais, outras ocupações relacionadas à sociedade. Os entraves para essa articulação, parecem ter um ponto de estrangulamento, sobretudo na outra ocupação¹³, com a qual seu trabalho está mais relacionado e também com a sociedade, como um todo.

Mesmo desenvolvendo seu trabalho em áreas distintas do sistema de saúde, e, mais atualmente, em um sistema alternativo de assistência particular e privado, o trabalho da categoria ainda se desenvolve, em grande parte, no hospital, e nele o status já está assegurado pela profissão médica que aí tem lugar privilegiado. Para a sociedade, grande parte dos médicos, e até para os enfermos, a enfermeira tem o que se poderia considerar, uma “profissão” socialmente menos visível, e uma imagem pública menos clara. A par disso, possui, ainda, uma função que é a de “cuidar”, atividade

¹³ A polemica que ocorreu entre a profissão médica e a de enfermagem na Espanha no ano de 1988, sobre as competências profissionais da enfermeira que foram difundidas pelo Ministério da Saúde e Consumo, comprovam estas dificuldades. Por uma parte, o Conselho Federal de Enfermagem não aceita o papel que é conferido ao médico, como “coordenador” do trabalho da enfermeira. E em palavras do Secretario Geral do Conselho este afirmava: “não queremos tirar a competência dos médicos. Somos uma profissão com funções próprias. Deve haver colaboração e não coordenação. O médico tem a função de diagnosticar e curar e nós a de cuidar o enfermo”. Por outra, o Conselho de Medicina opina que a “ambigüidade” do texto implica que “se invadam competências de seus membros” e se manifesta contra a “colaboração” entre os dois coletivos de profissionais. Em palavras do Sr. Ferré, presidente do Conselho de Medicina, há explicado aos meios de comunicação que “pretender agora fazer uma definição ambígua de alguma carreira paramédica como a Enfermagem, implica em grave risco de que uma diretiva comunitária, com categoria da Lei supranacional, a coloque posteriormente por terra. Texto que é parte do EDITORIAL publicado pela Revista Rol de Enfermería, n.116, p. 9. 1988.

profundamente identificada com as tarefas femininas e também com os que têm menor valor social.

A autonomia técnica, ou seja o controle profissional sobre seu trabalho, é limitado e está relacionado ao lugar ou situação que ocupa na instituição, unidade, setor, ou centro de saúde, onde este se realiza. Faz-se necessário, por conseguinte, uma análise que ofereça uma visão de como esse trabalho é desenvolvido, como e em que condições se realiza e o que fazer a enfermeira para mudar esta situação.

Algumas Considerações Finais

O presente texto é bastante claro quando se refere a uma serie de implicações na profissão das enfermeiras, enquanto sujeitos sociais. Essas implicações são de ordem histórica, cultural, política e ideológica.

A categoria histórica é utilizada, neste texto, como referencial maior de análise das questões descritas e analisadas, no que se refere à profissão, profissionalização e ao profissional de enfermagem.

A história é reveladora das condições de formação dos grupos profissionais, pelo que se pode afirmar que todos sofrem processos próprios em seu caminho de profissionalização.

As características identificadas como próprias de grupos considerados semi-profissionais, são interessantes para o estabelecimento de um quadro de análises, porem não configuram uma base teórica que comprove referida classificação a determinadas profissões, dentre as quais a da enfermeira.

A enfermagem foi uma atividade progressivamente profissionalizada, que conquistou ganhos na área técnica, científica e também ética. A busca por um corpo específico de conhecimentos próprios, é um fato concreto. No entanto, as conquistas ainda parecem insuficientes para a enfermeira, uma vez que as implicações, na profissão, desse sujeitos sociais (algumas aqui analisadas), ainda reforçam sua posição de subordinação, de ação complementar e

não de cooperação com os outros profissionais, dentre eles o médico, na maioria dos campos de trabalho em saúde.

Referências

ALARCÓN. N. G. La enfermería como profesión. **Revista Rol de Enfermería**, nº 28, 1980. p.14-18.

ALBERDI, I. Nuevos roles femeninos y cambios familiares. In: Sociología de las mujeres españolas. Madrid: Complutense, 1996. p. 41-67.

ALMEIDA, M. C. P. A Construção do saber na enfermagem: evolução histórica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis. 1984. p. 58-77.

CALVO, E. G. **La Mujer cuartejada**: útero, deseo y safo. Barcelona: Anagrama. 1991.

_____. Edad y género: aspectos demográficos, culturales e ideológicos. In: LEÓN, M. A G.; CORTÁZAR, M. G. de; ORTEGA, F.. **Sociología de las mujeres españolas**. Madrid: Complutense. 1996. p. 17-40.

CANALS, J. Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos. **Revista Jano** n. 660. 1985. p. 365-369.

CASTELL, R. A. Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis: motivación y desarrollo profesional. **Revista Rol de Enfermería** n. 197. 1995. p. 13-17.

COLLINS, R. **La Sociedad credencialista**: sociología histórica de la educación y de la estratificación, Madrid: Akal. 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Publicação Oficial. Abril/junho. **Boletim**. V.19, n. 2. 1996.

DURÁN, C. C.; REQUENA, A. R. P. Faltan enfermeras asistenciales. Como solucionarlo? **Revista Rol de Enfermería**, n 167/168. p. 27-33. 1992.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Brujas, comadronas y enfermeras. historia de las sanadoras**. Barcelona: La Sal. 1981

ENGUITA, Mariano F. Os Desiguais resultados das politicas igualitárias: classe, gênero e etnia na educação. **Revista Brasileira de Educação**, n. 3, Anped. p.5-17. 1996.

_____. Educación superior, In: S. DEL CAMPO U. **Tendencias sociales en España, 1960-1990**. Madrid Bilbao- Vizcaya. 1999.p. 359-382.

_____. A ambigüidade da docência: entre o profissionalismo e a proletarização. **Teoria & Educação** 4, Porto Alegre. 1991. p. 41-61.

'FREIDSON, E. **La Profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado**, Barcelona, Península. 1978.

_____. **Professional dominance: the social structure of medical care**, New York, Atherton Press. 1970.

GOODE, W. J. The theoretical limits of professionalization. In: ETZIONI A. **The semi-professions and their organization: teachers, nurses, social workers**, New York, The Free Press. 1969. p.266-313.

HABENSTEIN, R. A.; CHRIST, E. A. **Professionalizer, traditionalizer, and utilizer**. Columbia, Mo., U. of Missouri. 1955.

HORTA, W de A. Contribuição para uma teoria de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** 23. 1970. p. 119-125.

HUGHES; H. M. HUGHES; DEUTSCHER, I. **Twenty thousand nurses tell their story**, Philadelphia, Lippincott. 1958.

KATZ, F. E. Nurses. In: ETZIONI A. **The semi-professions and their organization: teachers, nurses, social workers**. New York, The Free Press, 1969. pp. 54-81.

LARSON, M. S. **The Rise of professionalism**: a sociological analysis, Berkeley, The University of California, Press. 1977:

LOPES, M. J. M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado a saúde. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996. p. 55-62.

NÓBREGA-TERRIEN. S. M. **Enfermera, trabajo y resistencia**: el significado de la esperanza. El caso de Ceará, Brasil. Universidad de Salamanca. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. España. Tese de Doutorado. 2000. 382p.

PAIM, L. Problemas, prescrições e planos: um estilo de assistência de enfermagem, Brasília, **Cadernos Científicos 1**, ABEn. 1978. 52p.

PARSONS, T. Essays in sociological theory. 4. ed.: En: The Professions and social structure, A Free Press Paperback, The macmillan company. 1967. p.34-49.

PÉREZ, B. O.; ROBAINA, A. M. C.; QUINTERO, M. Y.; CASTRO, O. M.; JIMENEZ, E. M.; ALEMAN, I. G. Enfermería en las Palmas. Vocación u otros intereses? **Revista Rol de Enfermería** n. 142. 1990. p. 59-61, Jun.

QUEIROZ, V. M. de. y SALUM M. J. L. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar e fazer na enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48. 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo: ABEn, 1997. p. 190-215.

RODRIGUEZ, J. A. Estructura de la profesión médica española. **Revista Española de Investigaciones Sociológica**, n. 39. 1987. p.141-166.

ROSEN, George. **Da Polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SCOTT, J. O Gênero como categoria útil na análise histórica. **Educação e Realidade** n. 2. 1990. p. 5-22.

SIMPSON, R. L.; SIMPSON, I. H. Women and bureaucracy in the semi-professions. In: ETZIONI A. **The Smi-professions and their**

organization: teachers, nurses, social workers. New York, The Free Press. 1969. p.196-248.

STARR, P. **The Social transformation of american medicine.** New York, Basic Books. 1982.

WAVROCH, H. Tendencias de las relaciones laborales. In: Salud para todos, desafío para la enfermería, ICN. 1981. p. 491.

A ENFERMAGEM E A CRISE NA SAÚDE PÚBLICA

*Janaína de Vasconcelos Medeiros
Maria Salete Bessa Jorge*

Neste capítulo, aborda-se o tema crise na saúde e a forma como esta interfere na atuação dos enfermeiros, os quais, em seu cotidiano de trabalho, vivenciam situações que retratam o atual momento da saúde pública no país.

A enfermagem, enquanto profissão socialmente reconhecida e formalmente legalizada, vem sendo construída ao longo do tempo e é resultado de muitas lutas e conquistas de seus agentes, o que significa dizer que ela é determinada, historicamente. Segundo SENA-CHOMPRÉ e EGRY (1998, p.51), “essa determinação é evidenciada em seu pensar, em seu fazer e em suas relações com as concepções objetivas e os princípios de cada sociedade em que está inserida”.

A gênese da enfermagem tem sido objeto de estudo de vários autores; no entanto, a sua história continua sendo construída a cada dia, e é responsabilidade de cada profissional continuar realizando estudos, com objetivo de melhor caracterizar o trabalho da enfermagem, bem como a sua articulação com os outros trabalhadores de saúde. Isso acontece em relação à sua contribuição diante deste momento de crise e de reestruturação no setor de saúde, momento oportuno para que as profissões repensem as suas propostas filosóficas de assistência e transformem as suas práticas.

Corroborando com essa idéia, DONNANGELO (1979, p.84) refere:

"[...] enquanto que para a área da saúde como um todo multiplicam-se atualmente, em ritmo acelerado, as questões capazes de orientar novas pesquisas, a área da enfermagem permanece relativamente intocada. Surpreende-me mesmo a impressão de que em momentos anteriores apareciam com maior freqüências questões referentes à situação da enfermagem na estrutura de produção dos serviços, a

sua participação na estrutura de poder dos hospitais, a delimitação dos seus domínios de conhecimento, à legitimação de seus campos de prática. Parece-me que tendem atualmente a escassear as pesquisas sistemáticas sobre a enfermagem e que isto se relaciona à intermitência na discussão acerca do significado e do poder desta profissão na estrutura de saúde".

Percebe-se, no momento atual, a escassez de trabalhos em enfermagem, direcionados para a própria enfermagem, consubstanciando o seu papel, nesse novo contexto. A temática dominante da produção científica, na enfermagem brasileira, está voltada para os aspectos técnicos da prática profissional, o que é compreensível, visto ser isto parte do objeto de trabalho. O autor é bem enfático, quando diz:

"Acredita-se que, especialmente para nós enfermeiros, qualquer reflexão que possa nascer será uma oportunidade para repensar-se sobre as relações que se mantêm inalteradas no atual modelo de saúde, vendo até que ponto estamos assistindo o nosso cliente, caminhando com ele, de forma realmente comprometida. Para refletir-se sobre a enfermagem diante desse momento de crise e reestruturação do setor saúde, verificou-se a necessidade de trazer para o nível abstrato um pouco da história da enfermagem e de enveredar por algum dos fatos da história da saúde pública, apesar de já conhecidos e divulgados, pela necessidade de entender-se o processo de desenvolvimento das práticas de saúde até o momento atual".

História da Saúde Pública

A prática de atendimento à população, no contexto da saúde pública, é uma preocupação que se mostra evidente em vários estudos, desde o início do século.

A história da saúde pública brasileira se inicia no começo do século, com a superação da teoria miasmática, e a introdução da teoria bacteriológica, pelos estudiosos Emílio Ribas e Oswaldo Cruz. Com base nessa teoria, a saúde e a doença passaram a ser vistas como processo coletivo, resultado da agressão (externa) sofrida pelo corpo biológico de um meio insalubre. As práticas de saúde objetivavam o saneamento do meio, com o isolamento de pessoas doentes e a destruição de vetores biológicos, fato que culminou com o movimento "médico-sanitário", influenciado pela escola norte-americana de saúde pública. Medicina e saúde pública eram consideradas campos distintos; a primeira, curava através da clínica, patologia e terapêutica, e a segunda para prevenir doenças, promover e prolongar a saúde, através de medidas de saneamento. (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Após a Segunda Guerra Mundial, novos elementos foram incorporados às estratégias da corrente "médico-sanitária", dentre elas, o uso da clínica pela saúde pública, dentro da concepção multicausal do processo saúde/doença e da concepção de Leavell & Clarck em 1967. (MERHY; QUEIROZ, 1993).

No final dos anos 40, os gastos públicos na área da saúde favoreciam a assistência médica, em detrimento da saúde pública, levando ao desenvolvimento de medidas pontuais e desordenadas, incapazes de melhorar as condições de saúde da população brasileira. (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Na década de 60, propagava-se a idéia de que a doença e a miséria só seriam controladas com o desenvolvimento econômico. Nesta época, rompia-se com a dicotomia assistência médica e saúde pública; propunha-se, então, um padrão tecnológico mais racional e de menor custo, e, ainda, a integração dos vários campos de atuação. Iniciava-se a idéia de municipalização dos serviços de saúde e, pela primeira vez, discutia-se, no país, um modelo técnico-assistencial, baseado na integração de ações individuais e coletivas, bem como a organização dos serviços médicos privados. (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Segundo MERHY e QUEIROZ (1993, p.180):

“A municipalização dos serviços de saúde passou a ser entendida como o único meio que permitiria, ao

mesmo tempo, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema, em oposição à excessiva centralização do modelo anterior”.

No entanto, em 1964, essas propostas foram derrotadas, dando origem a um modelo baseado na assistência médica previdenciária, sendo a saúde pública deixada em segundo plano, ao ponto de atingir um momento crítico de sucateamento. Isso fez com que esse modelo recebesse severas críticas, possibilitando o início do movimento sanitário que pregava uma reforma no setor saúde que, considerando o momento atual da crise econômica, fosse capaz de oferecer melhores condições de saúde para a maioria da população. (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Ainda na década de 70, o modelo médico privatista apresentava problemas, por excluir grande parcela da população. A partir da metade da década, com o fim do "milagre econômico", a economia do país estava marcada por dificuldades no quadro nacional e internacional, pondo em evidência a necessidade de ser desenvolvido um modelo de assistência à saúde de baixo custo, para atender a essa parte da população excluída da modalidade anterior. (MENDES, 1993).

Nesse período, e concomitante com a essa proposta nacional, surge uma outra, de nível internacional fazendo referências aos cuidados primários, tal proposta foi acordada na Declaração de Alma -Ata, tendo sido elaborada pela Conferência Internacional da Organização Mundial de Saúde - Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF); em reunião na Rússia, em 1978. Após resultados principais foram apresentados sob forma de 10 artigos e de 22 recomendações (MENDES, 1993).

Nos anos 80, as políticas de saúde foram desenvolvidas dentro de um contexto de recessão econômica e de crise fiscal no Estado, levando a uma outra, crise na agora Previdência. Com o objetivo de amenizar a crise da Previdência e regular a saúde previdenciária, cria-se o CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), que passa a tomar medidas de curto prazo e de caráter emergencial. Nessa década, surge também

as AIS (Ações integradas de saúde), como uma estratégia de unificação na saúde, via SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), permitindo o deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, finalmente, na criação do SUS (Sistema Único de Saúde), implementado através da Constituição de 1988 (MENDES, 1993).

Somente a partir da criação de Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde se torna um direito do cidadão e um dever do Estado. Antes, a maioria da população permanecia à margem da assistência, pois o acesso aos serviços de saúde era privilégio de poucos. Essa conquista foi resultado de um processo que mobilizou interesse de diversos grupos e segmentos da sociedade brasileira, iniciado na década de 70 – o, chamado movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

A criação do Sistema Único de Saúde – SUS, viabilizado pela Constituição de 1988, foi, sem dúvida, um marco histórico para o movimento de Reforma Sanitária; no entanto, esse movimento vem enfrentando avanços e recuos na aplicação prática de seus princípios de Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação Comunitária.

O princípio da Universalização encontra barreiras geográficas, culturais, econômicas, e até mesmo organizacionais, as quais o processo de municipalização, apesar dos avanços em nosso Estado, ainda não conseguiu romper. Com a municipalização, parcela dos municípios assumiu as novas funções assistenciais, fazendo com que a população usuária exercesse um papel mais ativo na gestão desses serviços, o que possibilitou uma melhoria da qualidade.

Para o princípio da Equidade, fazia-se necessário um processo de planejamento baseado nos dados epidemiológicos da região, e na concepção de risco, o que, salvo algumas exceções, não se vê na prática, dificultando o direcionamento das ações para a comunidade e o uso racional dos recursos financeiros.

A integralidade das ações, que tem a sua base na promoção da saúde e prevenção das doenças, encontra obstáculo no arraigado conceito de saúde, assim considerado como a simples ausência de doenças. Esta visão mantém um modelo de atenção centrado na doença, na verticalização de programas, e em ações que visam à

resolução de problemas da demanda espontânea, mantendo seu ponto forte nas ações curativas, emergenciais e setoriais. Mendes apud SILVA JUNIOR (1998, p.34) argumenta:

“...A aplicação deste princípio implica em reconhecer a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde/ doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com o ambiente natural e social”.

SILVA JUNIOR (1998) ainda aponta para a necessidade de superar as falsas dicotomias: ações preventivas/curativas e individuais/coletivas, no desenvolvimento das práticas sanitárias e de articulação entre os vários profissionais que compõem uma equipe de saúde e entre os níveis de hierarquização tecnológica da assistência.

A Participação Comunitária tem o seu entrave na criação dos Conselhos de Saúde, por exigência legal do processo de municipalização, abrindo espaço para participações distorcidas, por interferências políticas e burocráticas.

Com o SUS, a lógica que orientava o setor saúde de alguma forma mudou, pois implica em deixar de tratar a saúde como expressão de carência, para atribuir-lhe o estatuto de direito garantido pela Constituição de 1988. Passados 11 anos, é possível verificar que, apesar de grandes mudanças, tornam-se necessárias medidas mais eficazes que ultrapassem essas mudanças.

A grave crise social, econômica, política e moral que atinge os diversos setores da sociedade, tem repercussão no âmbito da saúde, com conseqüências na qualidade da assistência que está sendo prestada à população.

A enfermagem, inserida nesse contexto, também enfrenta dificuldades, no tocante ao seu objetivo, que é o de prestar assistência integral ao indivíduo e à comunidade, o que não está sendo possível diante do quadro de sucateamento do setor saúde. É, portanto, bastante válido, o questionamento: como está sendo prestada essa assistência e qual a contribuição do enfermeiro para este momento na saúde?

Para SOUSA et al (1996, p.36):

O desempenho dos serviços públicos, de modo geral no país, tem sido amplamente debatido na atualidade. Particularmente em relação ao setor saúde, apesar das mudanças organizacionais ocorridas a partir da implantação do SUDS (1987), o modelo assistencial vigente ainda centra-se na produtividade, enfatizando prioritariamente o atendimento assistencial à demanda espontânea.

Segundo HALAL (1994), alguns estudos têm sido realizados em vários países, com o objetivo de avaliar os serviços de saúde sob a ótica dos pacientes. No entanto, existem, no Brasil, poucos estudos de avaliação dos serviços de saúde, restringindo-se os mesmos, praticamente, à avaliação quantitativa dos serviços.

Antecedentes Históricos da Enfermagem no Mundo

O conhecimento médico-clínico tem origem no final do século XVIII, época em que o hospital passa a ser o local de cura. A enfermagem surge no século XIX, na Inglaterra, como prática que higieniza o corpo doente e disciplina o espaço hospitalar. Até então, o corpo doente é objeto de trabalho do médico, que tem, como objetivo, a recuperação do corpo individual. Com o passar do tempo, outros trabalhadores vão se agregando a esse trabalho, passando a ser um trabalho coletivo.

A enfermagem nasce na Europa, impulsionada pela guerra, fazendo parte do modelo clínico de saúde, onde sua ação é instrumento de trabalho do médico, cuidando do corpo doente, resultado das batalhas.

Somente no século XIX, com o advento da Revolução Industrial, a enfermagem moderna tem origem na Inglaterra. Com o capitalismo e o desenvolvimento econômico, a classe trabalhadora, submetida a pesadas jornadas, passa a ter sérios problemas de saúde, fazendo com que o governo passe a se preocupar com a saúde pública, com o objetivo de garantir a mão-de-obra produtiva. É nessa época que se destaca o trabalho de Florence Nightingale, precursora

da enfermagem moderna no mundo. A ela se deve a fundação da primeira escola de enfermagem, institucionalizando a primeira divisão social do trabalho, onde as *nurses*, pertencentes à classe inferior, faziam o trabalho manual, supervisionadas pelas *lady nurses*, de classe mais elevada (MEDEIROS e TAVARES, 1997)

Antecedentes Históricos da Enfermagem no Brasil

No Brasil, a primeira fase da enfermagem se dá no período colonial, indo até a independência, quando as organizações de enfermagem estão sob controle de ordens religiosas e sua função está relacionada, principalmente, ao apoio e higiene do doente e às tarefas domésticas.

Nessa época, a enfermagem era exercida por leigos, de forma empírica e intuitiva, sobretudo, forte influência das idéias do cristianismo, que dominava toda a expressão do saber da época. Daí porque passou a ser exercida por religiosos que desempenhavam o trabalho de forma caritativa como que para se livrar dos pecados e ganhar a da alma do doente.

Com o final do feudalismo, as idéias do cristianismo não mais atendiam às necessidades da sociedade, já que o interesse econômico passou a mover a sociedade. Estas mudanças se refletem na enfermagem, pois o trabalho passa a ser exercido por mulheres sem qualificação moral, em troca de baixos salários (MEDEIROS; TAVARES, 1997).

A enfermagem profissional surge no Brasil na década de 20, influenciada pelo modelo "nightingale". Nessa época, a base econômica do Brasil era a agroexportação, sendo então, necessário que a classe trabalhadora, por motivos econômicos, gozasse de saúde e que as doenças transmissíveis fossem controladas, pela interferência nas transações comerciais. Foi então que Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), convocou um grupo de enfermeiras, com objetivo de estruturar o serviço de saúde pública do Rio de Janeiro, surgindo daí a primeira escola de enfermagem no país, no caso a Escola de Enfermagem D. Ana Neri, em homenagem a Ana Justina Néri,

enfermeira brasileira que se destacou, pelo seu trabalho, na Guerra do Paraguai (MEDEIROS; TAVARES, 1997).

A enfermagem nasce no Brasil por influência do capitalismo, com uma divisão técnica e social do trabalho, em que enfermeiros de classe alta ficavam na supervisão e ensino da equipe que exercia o cuidado manual (MEDEIROS; TAVARES, 1997).

Após a Segunda Guerra Mundial, com a industrialização, ampliam-se as áreas de atuação da enfermagem, exigindo melhor qualificação e desempenho para atuar na assistência individual, nos hospitais previdenciários.

Nos anos 50, o número de enfermeiros qualificados para atuar nos hospitais era insuficiente; em contrapartida, eleva-se o percentual de profissionais de outras categorias, como os atendentes. A Lei 2.604/55 oficializa a divisão do trabalho na enfermagem, objetivando diminuir o conflito de identidade existente na época (MEDEIROS; TAVARES, 1997).

Os anos 80 ficaram marcados pela VIII Conferência Nacional de Saúde, resultado da Reforma Sanitária. O Sistema de Saúde, a partir de então, tentou adequar-se a esse novo paradigma e, para tanto, fez-se necessária a integração dos setores políticos sociais e econômicos. A enfermagem também sofreu mudanças estruturais e conceituais, passando a ser encarada como uma profissão com autonomia relativa, mas que necessita de integração com os outros setores da sociedade. Como consequência, a enfermagem passa a ter o objetivo de atender, integralmente o indivíduo, em nível individual e coletivo (MEDEIROS e TAVARES, 1997).

A enfermagem, inserida nesse contexto de mudanças e comprometida com a proposta de Atenção Integrada à Saúde, fez com que os enfermeiros se mobilizassem, com o objetivo de garantir a sua atuação junto às ações integradas, através da regulamentação e aprovação de Lei 7498 e do Decreto - 94.406 de 1987, que trata do exercício profissional, regulamentando a consulta de enfermagem, como atividade própria do enfermeiro (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

A década de 80 foi marcada, também, por grandes conquistas para a enfermagem. Segundo dados do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), esse foi um período de

intensa produção científica (394 pesquisas), haja vista na década de 60 terem sido produzidos apenas 3 trabalhos de pesquisa. Esses dados mostram o quanto os enfermeiros buscam elucidar a sua prática, baseados na evolução histórica.

Ressalte-se que no tocante à legislação profissional, um fato marcante foi a aprovação da Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre as atribuições do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, incluindo a prevenção e o controle sistemático de danos causados à clientela, durante a assistência de enfermagem. Em 1987, essa Lei foi regulamentada pelo Decreto n. 94.406, que dentre outras decisões, disciplinou a participação da enfermagem no planejamento, execução e avaliação de Programas de Saúde e nos Planos Assistenciais de Saúde, aí incluídas a auditoria e a consulta de enfermagem, bem como a exigência de órgão de enfermagem na estrutura básica de todas as instituições de saúde, sob a direção de enfermeiros.

Papel da Enfermagem nos Dias de Hoje

Considerando que o processo saúde-doença constitui um fenômeno complexo que envolve determinações de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica, o processo de reestruturação do setor saúde tem, como desafio, enfrentar os problemas observados no país, tendo em mente que o processo atual é resultado das condições de vida da população, o que limita essas ações setoriais.

Portanto, faz-se urgente a implementação de diretrizes que objetivem mudanças no modelo assistencial, não apenas em nível técnico e administrativo, mas, sobretudo, que possibilite um modo de produção dos serviços de saúde baseado no conceito ampliado de saúde.

De acordo com SILVA et al (1994, p.80):

As relações entre as políticas e as necessidades de saúde podem ser apreendidas a partir de duas

vertentes principais. A primeira delas consiste na busca de seus significados econômicos, políticos e relações em sociedades concretas. A segunda diz respeito à capacidade das práticas modificarem uma dada situação de saúde, atendendo ou não às necessidades de saúde de determinada população...

O Brasil, vivencia atualmente, um momento em que suas práticas de atendimento à população estão sendo reorientadas, possibilitando uma reorganização dos serviços de saúde e visando a um maior impacto sanitário sobre a saúde da população. SILVA JUNIOR (1998) entende que o modo de organizar os serviços de saúde é determinado pela concepção da medicina. Nos dias atuais, a enfermagem atravessa dificuldades na identificação de seu papel na sociedade, resultado do sucateamento da assistência à saúde, desde 1989, quando o governo federal resolveu deixar em segundo plano, a área da saúde, no conjunto da seguridade social, fazendo com que as atividades em enfermagem, apesar de mal remuneradas, fossem também bastante cobradas.

Segundo CHIANCA (1994:52),

A solução para a crise do sistema de atenção à saúde no Brasil só pode ser solucionada se todos os elementos da sociedade se envolverem com vontade política e colaborarem entre si, criando uma dinâmica política capaz de superar a privatização e burocratização do SUS. É preciso, acima de tudo, superar a postura alienada e comodista da maioria dos profissionais de saúde, entre os quais os enfermeiros, diante da luta pela Reforma Sanitária.

Diante do exposto, faz-se necessária uma reflexão acerca da formação profissional na enfermagem, que, apesar dos princípios propostos pela reforma sanitária, ainda forma profissionais com uma visão biologicista e mecanicista da saúde.

Até mesmo o objeto de trabalho da enfermagem, que é o saber expresso pelas suas teorias, está a merecer questionamento quanto à sua viabilidade prática, como se infere dos questionamentos levantados por ALMEIDA e ROCHA (1989):

O saber da enfermagem expresso por suas teorias parece ser uma proposta voltada mais para as dimensões científicas desta prática sem contemplar a dimensão social, não levando em consideração as contradições tanto no interior do trabalho de enfermagem como as relacionadas à estrutura social.

Por tudo que foi dito, até agora, verifica-se que o enfermeiro tem um papel fundamental na reestruturação da saúde, e, para tanto, deverá ultrapassar todas as barreiras impostas pelos determinantes históricos que fizeram parte de sua evolução, cabendo-lhe participar, ativamente, de todas as mudanças que vêm ocorrendo na sociedade.

Referências

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O Saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 2^a edição, 1989.

BRASIL. Leis, etc. Decreto n. 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7498 de junho de 1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de junho 1987.

_____. Lei n. 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de junho de 1986. p. 9.273-5.

CHIANCA, T. C. M. O Sistema Único de Saúde: A proposta de viabilização e a inserção da enfermagem. **Saúde em debate**, 44, setembro. 1994.

DONNANGELO, M. C. F. In: Relatório do **Seminário nacional de pesquisa em enfermagem**. 20-22 nov., 1979, Ribeirão Preto, ABEn/CEPen, Ribeirão Preto, 1979, p. 82-97.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v.28, p.131-6, 1994.

MEDEIROS, L. C. de; TAVARES, K. M. O papel do enfermeiro hoje. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.50, n. 2, p. 275-290, abr/jun 1997.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9 n.2, p.177-184, abr/jun, 1993.

SENA-CHOMPRÉ, R. R. de; EGRY, E. Y. A construção do espaço teórico-político da enfermagem no âmbito da saúde. In: **A enfermagem no projeto uni**: Redefinindo um novo projeto político para a enfermagem brasileira. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan/mar, 1994

SILVA JUNIOR, A. G. da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1998.

SOUZA, R. K. T. de; SCHOLZ, M. R. Utilização e avaliação dos serviços oferecidos por uma unidade básica de saúde do município de Maringá - PR. **Saúde em Debate**, Londrina, PR, v.52, p.35-41, Setembro, 1996.

PARTE V

**NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA:
REMEMORANDO AS IDÉIAS**

A ALIMENTAÇÃO DO BRASILEIRO NA ERA DA GLOBALIZAÇÃO – UMA BREVE REFLEXÃO

*Francisca Gomes Montezuma
Márcia Teixeira Gurgel do Amaral
Márcia Andréia Barros Moura Fé
Helena Alves de Carvalho Sampaio*

Introdução

O padrão alimentar da população brasileira sofreu importantes mudanças entre as décadas de 60 e 80, segundo análise realizada por MONDINI; MONTEIRO (1994), que identificaram uma redução no consumo de cereais e derivados, feijão, raízes e tubérculos, aumento no consumo de ovos e laticínios, substituição da gordura animal e manteiga por óleos vegetais e margarina, e aumento no consumo de carnes e de açúcar. As modificações observadas determinam tendência generalizada de menor contribuição dos carboidratos no consumo calórico total e sua substituição por gorduras, principalmente entre as décadas de 70 e de 80 (MONTEIRO, 1995). É interessante notar, a princípio, que essa tendência brasileira repete situação verificada, em décadas passadas, em diferentes países desenvolvidos (JAMES, 1988) e, mais recentemente, em alguns países em desenvolvimento (POPKIN, 1993).

Na década de 90, outros trabalhos como o Estudo Multicêntrico sobre o Consumo Alimentar (INAN, 1996) e a nova Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 1995-96 (IBGE, 1997), mostraram modificações na alimentação brasileira que podem ser interpretadas como tendências para a adoção da chamada dieta afluente, caracterizada pelo excesso de alimentos com alta densidade energética, ricos em gordura e açúcar refinado e pela deficiência de carboidratos complexos e de fibras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1990). Também, segundo GARCIA (1998), a alimentação tipicamente brasileira tem sofrido mudanças em direção à alimentação dos países desenvolvidos.

Dessa forma, procurou-se realizar uma revisão sobre as alterações registradas no padrão alimentar da população brasileira, nas últimas décadas, ressaltando os fatores responsáveis por tais mudanças e suas possíveis conseqüências à saúde do indivíduo e/ou coletividade, enfatizando a necessidade de medidas educativas dirigidas à população, sobre a questão alimentação e nutrição. A intenção é promover uma reflexão sobre o tema e, ao mesmo tempo, tentar estimular mudanças que melhorem a qualidade da alimentação da população.

Mudanças de Padrão Alimentar e de Situação Nutricional

A saúde, em geral e, especificamente, o estado nutricional de populações vivendo em países industrialmente desenvolvidos, é um retrato das tendências alimentares desfavoráveis, tomando, por exemplo, o excessivo consumo de gorduras, principalmente saturadas, excessivo consumo de açúcar e sal, e, ainda, diminuição considerável do consumo de amido e fibras dietéticas (SALGADO, 2001).

Estudos epidemiológicos têm confirmado essa tendência que indica déficit do consumo de ácidos graxos polinsaturados, proteínas de alto valor biológico, vitaminas, cálcio, ferro, iodo, flúor, selênio e zinco. Assim, há evidências de que tais tendências estão associadas ao aumento da obesidade e de diferentes doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares, câncer, hipertensão, diabetes, entre outras (US DHHS, 1998; NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1989; STAMLER, 1993, SALGADO, 2001). A situação é tão grave que dados da Organização Mundial da Saúde mostram que essas doenças são responsáveis por 70-80% da mortalidade nos países desenvolvidos, e cerca de 40% naqueles em desenvolvimento.

Segundo GARCIA (1998), os pilares das mudanças observadas na alimentação contemporânea seriam a globalização da economia, que facilita o acesso a uma série de produtos antes inacessíveis, e as transformações econômicas na sociedade global, que se aplicam à produção, distribuição e consumo de bens e serviços, organizados a partir de uma estratégia internacional e

voltada para o mercado mundial. Esses aspectos têm levado a uma concentração de indústrias multinacionais de alimentos, à comercialização e distribuição centrada em redes de grandes supermercados, à abertura de importações e ao enfraquecimento da produção local, o que acaba atingindo o consumo alimentar.

Associado a isso, o modo de vida urbano, caracterizado cada vez mais pelo tempo reduzido para alimentação, vem levando as indústrias à oferta de soluções que vão de encontro a essa necessidade, através da disponibilização, cada vez maior de alimentos liofilizados, pré-cozidos, congelados e enlatados. Na área de serviços, surgem as entregas em domicílio, *drive-through*, *fast-food*, que são opções de consumo imediato. Por outro lado, a crescente participação feminina no mercado de trabalho, e o crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres, afastaram a mulher da cozinha, afetando também a estrutura alimentar da família (GARCIA, 1998).

Esse modo de vida urbano é o cenário dessas mudanças. As condições geradas pela vida cidadina implicam na relação do sujeito com as experiências de tempo/espaço e diversidade, características deste meio, que se refletem no modo de comer e de se relacionar com a alimentação, provocando alterações no padrão alimentar. As condições objetivas de tempo e espaço determinam o modo de vida e a disponibilidade para as práticas sociais. O curto período de tempo que as pessoas têm para comer, transforma a pressa em um dos traços visíveis da caracterização do modo de comer atual, principalmente nos centros urbanos, com abreviamento do ritual alimentar, em suas diferentes fases, da preparação ao consumo. A relação com o tempo, no modo de produção capitalista, gera necessidades solucionadas pelo aumento de serviços e produtos que reequacionam o cotidiano alimentar, segundo novas demandas (GARCIA, 1998).

Todo esse fenômeno, já vivido pelos países ricos, é a chamada Transição Nutricional, ou seja, o país passa de uma situação de carência para uma de excesso alimentar. O padrão alimentar sofre alteração como resultado de mudanças econômicas, sociais, demográficas e sanitárias que levam ao aumento de doenças crônico-degenerativas, principalmente a obesidade (SILVA JUNIOR, 1998).

MONTEIRO (1995) diz que o Brasil também vem rapidamente substituindo o problema da escassez, pelo problema do excesso dietético. A desnutrição, embora ainda relevante, particularmente em crianças de famílias de baixa renda, vem diminuindo em todas as idades e em todos os estratos econômicos, enquanto aumenta a obesidade, também em todos os níveis sócio-econômicos, com aumento proporcional mais elevado nas famílias de mais baixa renda.

Observa-se, ainda, que a relação entre renda e nutrição, pode também influenciar nessa questão, pois na medida em que se aumenta a renda, aumentam os gastos brutos com alimentação, embora diminuía o percentual total gasto com esse item. Ocorre, então, o aumento no consumo de fontes calóricas mais caras e de alimentos processados. Assim, uma melhora na renda, nem sempre acarretará um estado nutricional mais adequado (SILVA JUNIOR, 1998).

Na população infantil, milhares de crianças brasileiras apresentam alimentação tanto insuficiente como excessiva, sendo esse um grupo etário onde mais claramente são visualizados os dois extremos: obesidade e anemia (MONTEIRO, 1999).

Segundo estudo elaborado pelo Ministério da Saúde, que confirma as estatísticas da Sociedade Brasileira de Pediatria, existem, no país, 15% de meninos e meninas com obesidade no País. Isso quer dizer que, cada seis crianças, até 10 anos de idade está com o peso pelo menos 20% acima do ideal. Nos anos 80, apenas 3% delas eram obesas. Atualmente, o Brasil só perde para os Estados Unidos, país campeão mundial de crianças obesas menores de 10 anos, ficando este último com um percentual de 20% (MONTEIRO, 1999). No caso dos adolescentes, os dados mais recentes, publicados em 1990 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) revelam, com base no Índice de Massa Corporal (IMC), que o percentual de adolescentes (10 a 19 anos) com excesso de peso aumentou bastante, em especial no Sul do país (FISBERG, 2000).

A Fome Oculta

ANGELIS (2000) caracteriza um tipo de fome, que pode ser provocada pelo “estômago vazio” e está se expandindo em todas

as populações. Em uma perspectiva bem interessante, a autora entende por estômago vazio, não a falta de alimentos, mas a presença de alimentos inadequados, do ponto de vista da qualidade nutricional. A autora refere ainda que o problema decorre da falta de alguns nutrientes importantes, ou “protetores”, e atinge todas as classes sociais, desde os mais pobres (por alimentação insuficiente), até aqueles que dispõem de mesa farta (por hábitos inadequados). Nos dois casos, os indivíduos não consomem a quantidade adequada de nutrientes indispensáveis, mas isso não é “percebido” pelo mecanismo da fome-saciedade, ou seja, as pessoas não dispõem de sensores que as alertem para essas necessidades específicas. Um bom exemplo seria um indivíduo obeso, que apresenta um quadro de anemia. É a fome oculta, que deixa o organismo desprotegido.

Ainda segundo ANGELIS (2000), isso acontece porque todos os organismos submetidos a *stress*, como as agressões ao corpo provocadas por alimentação insuficiente ou pouco variada, a tensão emocional, estilo de vida não saudável, como tabagismo, sedentarismo, drogas, radiações, dentre outros, aumentam a formação endógena de radicais livres de oxigênio, aumentando a necessidade de nutrientes com propriedades antioxidantes, mas essa necessidade não é percebida pelo indivíduo. Estas situações de *stress* potencializam o risco genético para certas enfermidades presentes em muitas pessoas, como o câncer, por exemplo.

A fome oculta aumenta o risco de danos a vasos sanguíneos, reduz as defesas orgânicas contra agentes causadores de doenças e diminui a possibilidade de controle, no estágio inicial, de processos cancerígenos e da aterosclerose. ANGELIS (2000) aponta ainda a capacidade de proteção fornecida por uma alimentação variada e moderada, associada a hábitos saudáveis e atividade física regular, nesse processo.

Educação Nutricional

A alimentação de crianças e adolescentes mais jovens é determinada, freqüentemente, pelos pais. Muitos desses pais

apresentam hábitos alimentares inadequados, em função dos fatores aqui delimitados, o que pode gerar influência negativa nas escolhas para os seus filhos. O envolvimento dos pais é crucial na implementação e manutenção de hábitos saudáveis, principalmente em crianças menores (SCHWARTZMAN; TEIXEIRA,1998).

Para FISBERG (2000), as mudanças nos hábitos alimentares, no tipo de vida e na atividade física de crianças e adolescentes, devem contar com a participação de toda a família, para que possam surtir efeito. Isso facilita a adesão à orientação e a conseqüente alteração dos hábitos alimentares do grupo considerado.

Hoje, a alimentação tradicional vem perdendo espaço, enquanto novas práticas alimentares estão em ascensão. No entanto, segundo GARCIA (1998), o ideal seria a coexistência de ambas as tendências, preservando a estrutura da alimentação tradicional. Isso é importante, não só pelas vantagens nutricionais que a presente, mas também pela preservação da estrutura culinária nacional, enquanto patrimônio cultural.

Para SALGADO (2001), a frase “*Let food be the medicine and medicine be the food*” (que, resumidamente, quer dizer “Faça do alimento o seu medicamento”), exposta por Hipócrates, há cerca de 2500 anos atrás, está recebendo interesse renovado. Hoje, para a maioria dos cientistas, a única saída para alterar a situação preocupante apresentada, é o aumento do consumo de grãos, frutas e vegetais, fazendo com que a população mude seus hábitos alimentares atuais, e siga a orientação hipocrática de alguns milênios, consolidada no tempo.

Para ABREU e MARTINS (1997), as seleções alimentares mais adequadas são orientadas por um processo chamado educação nutricional, cujo objetivo maior é fazer com que as pessoas aprendam a comer corretamente, sem contudo, serem privadas daquilo que gostam. O nutricionista é um dos profissionais da equipe de saúde que exerce papel importante nesse processo educativo, introduzindo mudanças passíveis de realização no dia-a-dia, trazendo mais qualidade ao que se come, adequando as calorias necessárias, de acordo com a faixa etária, sexo, atividade física e, conseqüentemente, contribuindo para prevenir doenças, promovendo uma vida mais saudável e sensação de bem-estar geral.

SCHWARTZMAN e TEIXEIRA (1998) consideram que a educação nutricional, como tratamento preventivo, é fundamental, e deve ser estendida à criança e ao adolescente, bem assim aos seus familiares. Associado a isso, é preciso erradicar os hábitos sedentários, estimulando as atividades esportivas individuais, na comunidade e na escola. Em todo esse processo é muito importante a participação dos pais.

Segundo as autoras, a escola tem um papel fundamental, ao modelar as atitudes e comportamentos das crianças, no que diz respeito à nutrição. De acordo com um estudo realizado com crianças entre 9 e 15 anos, 90% das crianças referem a escola e os professores como fonte de informações sobre nutrição e saúde (BORRA et al., 1995). Os pais foram citados por 66% das crianças, seguidos dos amigos, com 19%. Uma forma de realizar este trabalho é integrar a nutrição à sala de aula, incorporando conceitos de nutrição às crianças, através de brincadeiras, livros de história, quebra-cabeça, teatros, vídeos, considerados veículos eficazes na promoção do aprendizado, pois propiciam à criança uma série de oportunidades para a exploração, experimentação e manipulação, essenciais para a construção do conhecimento.

SCHWARTZMAN e TEIXEIRA (1998) afirmam que os programas de educação nutricional nas escolas, devem ir além da educação em classe. É importante, também, que a escola propicie a prática dos conceitos ensinados, daí a sua responsabilidade para oferecer, aos seus estudantes, refeições saudáveis e balanceadas.

Uma experiência que tem surtido efeitos positivos na mudança de hábitos alimentares em crianças, é o projeto Horta Escolar, desenvolvido pela prefeitura de Jundiá, em todas as 205 creches e escolas da rede municipal, que inclui uma excelente salada, como complemento da merenda escolar. Nesse projeto, as crianças misturam saber e sabor, cultivando hortas no próprio terreno da escola. Saber, porque quando ela precisa calcular a distância entre as sementes da horta, usa Matemática. Ao acompanhar o processo de germinação da planta, tem uma lição de Biologia, com uma vantagem: raízes, caules, folhas surgem bem mais viçosas do que em qualquer livro. Assim, muitas crianças que antes nem sequer comiam alface em casa, agora plantam, colhem e distinguem variedades,

reconhecem o aspecto, a consistência e o gosto de cada um dos tipos de hortaliças. Antes desse projeto, todos os legumes e verduras destinados às creches e escolas de Jundiáí eram oriundos de uma grande plantação da própria prefeitura, mas poucas crianças comiam. Depois do projeto, uma geração inteira está aprendendo uma lição importante: mudar hábitos alimentares (PRADO, 2001). No Brasil, várias escolas já entenderam o seu papel, nessa questão, e estão, inclusive, mudando o conteúdo dos lanches vendidos, e promovendo amplo debate com os alunos sobre alimentação e nutrição, se bem que muito ainda precise ser feito nesse segmento.

Segundo ORNELLAS (1983), o escolar está na idade de adquirir consciência alimentar, isto é, de aprender como deve se alimentar. O ensino de nutrição básica deve se integrar a outras matérias, sempre com a finalidade de influenciar os hábitos alimentares.

Durante a elaboração do Relatório Nacional Brasileiro para a Cúpula Mundial de Alimentação e Nutrição, realizada em Roma, em 1996, foram feitas algumas considerações sobre o assunto, com o objetivo de controlar as doenças crônicas degenerativas e suas conseqüências, que trazem no seu bojo enormes custos sociais e de saúde. A intenção era desenvolver ações de estímulo a uma alimentação nutricionalmente balanceada e saudável, e a uma prática regular de exercício físico aeróbico, mediante articulação intragovernamental, e em parceria com a sociedade civil, fortalecendo o Programa de Orientação Alimentar-INAN/MS, o do Esporte Solidário e o de Vida Ativa. Pretende-se, ainda, realizar avaliações periódicas de hábitos alimentares e prevalência de doenças ligadas à má alimentação, e estimular o conhecimento de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis, como temática relevante na rede de ensino. A preocupação com a influência da escola nos hábitos alimentares, é uma constante, colocada tanto por ORNELLAS (1983), como pela CÚPULA Mundial de Alimentação e Nutrição (1996).

MONTEIRO (1995) refere que o fenômeno da transição nutricional, no Brasil, determina importantes implicações para a definição de prioridades e de estratégias de ação em Saúde Pública. Dentre outros aspectos, impõe-se que a agenda da Saúde Pública do

país incorpore, de vez, a prevenção e o controle das doenças crônico-degenerativas, reservando lugar de destaque às ações educativas em alimentação e nutrição, que possam alcançar, de modo eficaz, todos os estratos econômicos da população.

Considerando que a Alimentação e Nutrição são direitos humanos fundamentais, consignados na Declaração Universal do Direitos Humanos, constituindo requisitos básicos para a promoção e a proteção à saúde, cabe ao Estado e à sociedade respeitar, proteger e facilitar a ação de indivíduos e comunidades, no que tange à busca de condições que lhes permitam nutrir-se, de forma digna, colaborando para uma vida saudável, ativa, participativa e de qualidade. Na verdade, todos esses aspectos vão ao encontro do conceito de Segurança Alimentar, que significa garantir a todos, possibilidades de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis. Dessa forma estar-se-á contribuindo para uma existência digna, em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana. Além disso, a segurança alimentar deve garantir sustentabilidade ecológica, social e econômica ao sistema alimentar (CÚPULA Mundial de Alimentação e Nutrição, 1996).

Segurança alimentar, nesse contexto, pode ser entendida como a garantia do exercício da cidadania, que é a possibilidade de acesso do cidadão a uma série de bens: educação, água tratada, sistema sanitário de coleta de lixo, moradia adequada, transporte seguro, assistência à saúde e alimentação e nutrição apropriadas. Assim, o Direito à alimentação é um direito do cidadão, da mesma forma que é a Segurança Alimentar para todos um dever da sociedade e do Estado (CÚPULA Mundial de Alimentação e Nutrição, 1996).

Considerações Finais

Diante dessas considerações, espera-se contribuir para uma breve reflexão sobre os rumos da alimentação no Brasil e suas conseqüências, ao mesmo tempo em que se sustenta a necessidade do retorno às bases alimentares, preservando a estrutura culinária,

enquanto patrimônio cultural, garantindo, dessa forma, um impacto menos caótico nas mudanças alimentares contemporâneas. Há de se concordar com IANI (1993) e ORTIZ (1994), quando referem que não é um contra-senso voltar-se para o tradicional, enquanto o mundo se globaliza, pois cultura globalizada não significa o aniquilamento de outras manifestações culturais; antes disso, elas convivem entre si, caracterizando a sociedade global pela existência do homogêneo e do plural. É nesse território que se defende a revitalização da alimentação tradicional brasileira, compartilhando com o mundo moderno. Para isso, mais do que nunca, é fundamental o aspecto educativo, para que a sociedade aprenda como compartilhar, de modo coerente, a alimentação básica e os novos alimentos que estão surgindo.

Referências

ANGELIS, R.C. Medicina. Fome oculta, a grande vilã nutricional. **Revista Ciência Hoje**. Rio de Janeiro: SBPC, v. 28., n. 164, p. 32-34, 2000.

ABREU, S. S.; MARTINS, C. **Pirâmide dos alimentos**: manual do educador. Curitiba: Nutroclínica, 1997. p.81-134.

BORRAS, T.; SCHATZ, N.E.; SPAIN, G.; NATCHIPOLSKY, M.M. Food, physical activity and fun inspiring america's kids to more healthful lifestyles. **J. Am. Diet. Assoc.**, v.95, n.7, p.816-818, 1995.

CÚPULA MUNDIAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Relatório Nacional Brasileiro**. Roma, 1996.

DUTRA DE OLIVEIRA, J. E., MARCHINI, J. S. Ciências Nutricionais. In: SILVA JUNIOR, S. I. **Economia e Nutrição**. São Paulo: SARVIER, 1998. p.304-319.

FISBERG, M. Medicina. Obesidade na infância e adolescência. **Revista Ciência Hoje**. Rio de Janeiro: SBPC, v.28, n. 164, p. 35-37, 2000.

IANNI, O. *A Sociedade global*. 2.ed. Rio de Janeiro, 1993. p.194.

INAN. **Estudo Multicêntrico sobre o consumo alimentar.** Documento Final, 1996. 56p.

IBGE. **Pesquisa de orçamentos familiares (1995-1996).** Rio de Janeiro: IBGE, 1997. p. 66-67.

INSTITUTO DANONE, WORKSHOP: Alimentação equilibrada para a população brasileira. In: GARCIA, R. W. D. **Aspectos psicossociais dos hábitos alimentares da população brasileira-pirâmide alimentar.** Florianópolis, 1998. p. 89-99.

JAMES, W.P.T. **Health nutrition:** preventing nutrition-related diseases in Europe. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, European series, 24, 1998.

MONTEIRO, K. Nutrição. Elas comem tudo errado. **Revista Veja.** São Paulo., n.20, p.80-86, 1999.

MONDINI, L., MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). **Revista de Saúde Pública,** v. 28, n.6, p. 433-439, 1994.

MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da Saúde no Brasil:** A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Editora Hucitec, 1995. p.80-88/248-255.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Committee on Diet and Health, Food and Nutrition Board. Commission on Life Sciences. **Diet and Health: Implications for Reducing Chronic Disease Risk.** Washington, DC: National Academy Press, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Dieta, Nutrición y prevención de enfermedades crónicas.** Ginébra: OMS, 1990. (Série de Informes Técnicos n. 797).

ORNELLAS, A., ORNELLAS, L.H. **Alimentação da Criança: Nutrição aplicada.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1983. p.381-390.

ORTIZ, R. **Mundialização e cultura.** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p.234.

POPKIN, B.M. Nutrition Patterns and Transitions. **Pop. Develop. Rev.,** v.19, n.1, p.138-57, 1993.

PRADO,R. Pedagogia do Sabor. **Revista Nova Escola**, v.16, n.142, p.46-47, 2001.

SCHWARTZMAN, F.; TEIXEIRA, A. C. Educação nutricional - prevenindo a obesidade. **Revista Nutrição em Pauta**. São Paulo, v.VI, n. 32, p. 30-33, 1998.

SALGADO, J.M. A Importância dos alimentos funcionais. **Revista Nutrição em Pauta**, v. 9, n.48, p.10-18, 2001.

STAMLER, J. Epidemic obesity in the United States. **Arch.Intern.Med**, v.153, p.1060-7, 1993.

US DHHS. **Surgeon general's report on nutrition and health**. Washington, DC: Public Health Service,U.S, 1988.

PARTE IV
SAÚDE BUCAL

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA O CÂNCER DE BOCA NO CEARÁ

*Aldo Angelim Dias
José Jackson Coelho Sampaio*

Introdução

Considerado como uma das neoplasias malignas de mais fácil detecção e tratamento, se precocemente diagnosticado, o câncer de boca carece de estudos aprofundados o seu respeito, tanto de natureza qualitativa como quantitativa. É impressionante averiguar a incidência crescente dessa grave patologia, a cada ano que passa, pelo que se torna inegável admitir que muitos desses casos novos acabarão em morte do paciente acometido. A urgência da resolutividade do problema, contudo, não tem sido considerada na agenda dos gestores em saúde pública de muitas localidades, no Brasil.

No Ceará, a escassa bibliografia a respeito dessa forma neoplásica, principalmente quanto ao diagnóstico precoce e ao tratamento dos casos registrados na coletividade, o fato dessa patologia representar uma das maiores causas de morbi-mortalidade entre todas as neoplasias, no Estado, e a evidente inexistência de políticas amplas de saúde pública que dêem conta do problema, foram as preocupações principais que resultaram nessa pesquisa.

Este estudo tem, como objetivo geral, descrever e analisar os quadros histórico e atual de câncer de boca no Ceará, o mesmo acontecendo em relação as políticas públicas de saúde locais que possam estar envolvidas no equacionamento do problema.

Para tal intento, apresenta-se, como objetivo específico: identificar as idéias e as práticas, com relação à problemática do câncer de boca, expressas pelos ex-coordenadores e pela atual coordenadora de saúde bucal, na esfera estadual. Ademais, será também objetivo específico da pesquisa, viabilizar material teórico para a possível análise e implementação, por parte dos órgãos e

instituições públicas responsáveis pelas ações voltadas para o câncer de boca, em Fortaleza e no Estado.

Tratamento Metodológico

O delineamento geral da pesquisa desenvolveu-se sobre o estudo das políticas de saúde para o câncer de boca no Ceará, no período de 1974-2000, com tendência, à constituição de um estudo analítico-descritivo, histórico e qualitativo.

Os seguintes procedimentos foram realizados para a concretização dos objetivos descritos: a) realização de levantamento histórico, tendo por base as categorias “políticas de saúde” e “câncer de boca” que contemplem e possam explicar a situação atual em que o Ceará se encontra, frente ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação com referência ao câncer de boca; b) realização de levantamento documental na Secretaria Estadual da Saúde – SESA/CE, sobre o que está sendo realizado atualmente, e sobre o que se realizou para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, com relação ao câncer de boca; e c) identificação e entrevista com os atores, da gerência estadual, que estiveram envolvidos na formação de políticas de saúde bucal, para o Ceará, bem como com a atual coordenadora, no período de 1974-2000. Por conta disso, foram realizadas 10 entrevistas.

Uma indagação geral serviu como ponto inicial e norteador da entrevista: “o que foi realizado para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento do câncer de boca e a reabilitação pós-cirúrgica, em termos coletivos, na sua gestão?”. A partir da resposta do entrevistado, foram formuladas outras perguntas, como guias, na tentativa de elucidar o que foi ou não realizado à época, e quais os obstáculos que se fizeram importantes na gerência daquele ator, com relação às políticas para o câncer de boca.

Os tópicos como “Universidade”, “Secretaria de Saúde”, “Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará” só seriam indagados pelo entrevistador se o entrevistado citasse a entidade em seu discurso. A omissão de um deles, no entanto, não descaracterizou a entrevista, até porque a não citação já é um fator que deve ser

comentado durante a análise do material coletado. Ainda mais: a negação da existência de um conjunto de ações e serviços vigentes para o câncer de boca, na gestão de cada um, já seria um ponto importante e, nesse caso, um esclarecimento maior seria, para tanto necessário.

Todo o material foi gravado e os ex-coordenadores e a atual coordenadora foram convidados a conceder a entrevista, explicitando-se, desde já se tratava o convite, e qual tema seria estudado. As entrevistas duraram em média, entre 40 e 60 minutos. Os seguintes atores sociais, dispostos em ordem alfabética, foram entrevistados e seus nomes foram abreviados, para facilitar o uso, durante a exposição do texto, semelhante ao realizado por Martins-Fo (2001), Sr. Aristóbolo Aguiar Munguba (AM), Sras. Clélia Maria Nolasco Lopes (CN), Domitília Cavalcante Guerra (DG), Lea Maria Bezerra de Menezes (LM), Leni Lúcia Leal (LL), Margarene Oliveira Lopes (MO), Maria Aragão Sales Cavalcante (MS) e Maria Yolanda Montenegro Tavares (YM) e Srs. Paulo Avelar Neto (PA) e Vicente de Paulo Monteiro (PM) (Anexos III a XII).

Durante as entrevistas, foram anotadas diversas informações coletadas pela observação direta, as quais compuseram o denominado “diário de campo”, conforme definido por MINAYO (1996): Toda observação deve ser registrada em um instrumento que se convencionou chamar de “diário de campo”. Desse instrumento, constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa (MINAYO, 1996, p.1).

O objetivo primordial do diário de campo é o de poder complementar as observações com informações importantes, que não foram gravadas durante a entrevista, durante a fase de análise das mesmas e no momento do registro das considerações gerais.

A análise documental, proposta como um dos instrumentos da pesquisa, foi realizada com o estudo dos seguintes documentos: o “Programa de Odontologia Sanitária”, de 1977; o “Programa de Odontologia Sanitária/ Plano Operativo”, de 1983; a “Portaria n. 222/SESA, que instituiu a Comissão Interinstitucional de Odontologia”, de 25 de junho de 1989; e o “Plano de Saúde –

‘Geração Ceará Melhor’ /1991-1995”, de 1991 (SESA, 1977, 1983, 1989, 1991).

Para a análise das entrevistas, o método selecionado foi o análise da enunciação, preconizado por BARDIN (1977), que, por sua vez, constitui uma abordagem da análise de conteúdo, objeto de sua obra homônima.

Além desse método, foram utilizados os processos de análise propostos por SAMPAIO; BORSOI; RUIZ (1998), com os devidos ajustes ao estudo realizado.

Políticas Públicas de Saúde para o Câncer de Boca no Brasil: Uma Aproximação

Quando se faz um retrospecto das ações e serviços desenvolvidos para a prevenção e o combate ao câncer de boca, no país, nota-se uma preocupação mais institucional por conta do trabalho quase isolado de profissionais ou de associações dos mesmos e menos, uma atenção política, de cunho governamental. Mesmo assim, aquelas propostas inovadoras quase sempre eram debatidas no plano teórico, refletindo uma intenção no discurso proposto, porém, frustradas em face da ausência da execução real e prática. (TORRES, 1992).

Segundo SALTZ et al (1988), a preocupação com a elevada taxa de morbi-mortalidade do câncer de boca, no Brasil, remonta a 1938, quando Mário Kroeff proferia palestras buscando conscientizar os cirurgiões-dentistas acerca da necessidade do diagnóstico precoce dessas lesões.

Em 1970, a Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro, iniciou um programa voltado para a detecção de lesões iniciais de câncer de boca, que contou, inclusive, com a criação de consultórios odontológicos.

O primeiro indício de uma preocupação, no plano nacional, só viria em 1974, quando a Divisão Nacional do Câncer - DNC/MS promoveu, em vários Estados, cursos de diagnóstico de câncer de boca, com a intenção de extensão dos conhecimentos

acerca da doença, e como tentativa de sensibilização dos cirurgiões-dentistas para com o trabalho de diagnóstico.

O MS aprovou, em 1975, um plano inicial para elaboração do Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal – CABUL e, um ano depois, a DNC/MS, em colaboração com a Sociedade Brasileira de Estomatologia - SOBE, elaborou um documento que traçou as metas básicas delimitadoras dos trabalhos do Cabul, nos seus cinco subprogramas¹⁴

Os meios propostos foram calcados nos princípios que eram, então eram ultracontemporâneos às formulações das agências internacionais em saúde, com orientação pautada na constituição de uma rede especializada, permanente e hierarquizada, ainda que vertical, e definidas as situações pontuais dos fenômenos saúde/doença, em especial da doença: o câncer. Para tanto, por meio do Cabul, formulou-se a proposta de instalar 252 módulos hierarquizados e regionalizados, e de treinar 508 profissionais liberais, no período de 1977 a 1981. O Cabul representou um momento de grande importância política, enquanto movimentação na esfera pública sub-setorial, uma vez que as articulações desencadeadas, em torno dele, inauguraram, no MS, ainda que timidamente, propostas inovadoras de articulação interinstitucional, na busca de recursos financeiros (ZANETTI, 1993, p.52).

Apesar da realização de algumas reuniões, entre técnicos do MS e estabelecimentos prestadores de serviços, e a despeito das propostas da antecipação de recursos públicos de financiamento para a criação da capacidade instalada e cobertura populacional, este programa não foi posto em prática (VIANA, 1988).

Para PINTO (1993), o momento foi oportuno, em princípio pela oportunidade política da discussão iniciada por conta da DNC que quase culmina com a instituição de um órgão de coordenação federal da Odontologia, no MS: (o então coordenador da DNC/MS apoiou e chegou a levar esta proposta ao ministro). Entretanto, os esforços despendidos pelos seletos membros da elite técnica da

¹⁴ Os cinco subprogramas que compunham o CABUL eram: a) promoção da saúde; b) proteção específica, diagnóstico precoce e limitação do dano; c) formação de recursos humanos; d) vigilância epidemiológica e e) reabilitação do paciente. (ZANETTI, 1993)

burocracia governamental, formuladores da proposta, enquanto esforços fortemente circunscritos a pequenos segmentos de públicos tecnicamente diferenciados, ainda não foram suficientes para realizar tal projeto de engenharia política. (ZANETTI, 1993, p.53).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS realizou, no período entre 1977 e 1980, cursos sobre diagnóstico e tratamento de câncer de boca, em vários Estados. No Nordeste, duas capitais ganharam destaque: Recife, onde se chegou a instalar um Posto do INAMPS, para controle do câncer de boca, posteriormente desativado; e Salvador, onde também foi estruturado um ambulatório para controle dessa forma do câncer, como o outro, também desativado.

Em 1986, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer - CNCC, na tentativa de uma atuação mais global para uma atenção eficaz e eficiente ao câncer, no país, assinou um protocolo de cooperação técnica com o INAMPS, criando o Programa de Oncologia – Pro-Onco, sediado no Rio de Janeiro.

Um ano depois é instituído, em uma ação conjunta do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS com o MS, através do INAMPS e da CNCC, o Programa de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer de Boca – PEPCCB. O PEPCCB surge, então, como uma das estratégias de atuação do Pro-Onco (SILVA, 1989).

O objetivo geral desse programa era o de:

"[...] durante o quinquênio 1988-1993 reduzir os índices de morbi-mortalidade por câncer de boca, através da definição de uma política comum para as diversas unidades federadas, respeitando as diferenças regionais e basicamente buscando a integração dos diversos setores envolvidos na questão da prevenção e controle dessa forma de neoplasia".
(SILVA, 1989, p.130).

Ações antes citadas, de forma incipiente, em outros programas, como reabilitar o paciente pós tratamento cirúrgico, foram enfatizadas pelo PEPCCB. Foi estabelecido, então, que essa condição, embora não fosse o problema mais prevalente na Odontologia Sanitária, revestia-se de uma prioridade de atuação, por

conta das altas taxas de mortalidade e possível diagnóstico precoce, na grande maioria dos casos com relação custo-benefício favorável.

Além disso, o PEPCCB previa o trabalho diferenciado, respeitando-se as características regionais diversas presentes no país. Dois anos mais tarde, o tema câncer de boca volta a entrar na agenda de saúde bucal, no plano federal.

Novas mostras de orientações surgiram em 1990, quando do 'Plano Quinquenal de Saúde 1990/95: a saúde do Brasil Novo' do Governo Collor. No item da Saúde Bucal, merecem destaque o problema de câncer da orofaringe (ZANETTI, 1993, p.100).

O período atual pós desenvolvimento do SUS, apresenta uma intencionalidade discursiva que assentada sobre densa série de consensos e unanimidades relacionadas ao processo saúde-doença, mas que ainda é inoperante, em relação ao câncer de boca. Sabe-se, na verdade, que esta neoplasia representa, quais suas conseqüências para o paciente e como tratá-lo; não obstante, o saber acerca dessa doença não é difundido para a coletividade e medidas relativamente fáceis de serem tomadas não são seguidas (HAYASSY, 1998; BERCHT, 1994).

Políticas Públicas de Saúde para o Câncer de Boca no Ceará: Pequenas Ações, Grandes Omissões

A partir da análise do material, em especial o das entrevistas e documentos, poderá ser realizada uma sistematização de informações, considerando a clínica da doença, sua epidemiologia, os estudos que tratam do assunto e as idéias expressas pelos ex-coordenadores estaduais de saúde bucal e pela atual coordenadora.

Quanto ao comportamento clínico da doença, o câncer de boca é uma das formas de neoplasia maligna de mais fácil identificação e tratamento, se diagnosticado precocemente. Estima-se que mesmo as lesões diagnosticadas em um estágio intermediário de desenvolvimento, quando submetidas a tratamento, podem apresentar índices de sucesso no prognóstico, da ordem de 80%. As lesões são freqüentemente encontradas em indivíduos que fumam, e

a predisposição a esta doença aumenta se o álcool estiver associado ao hábito de fumar.

Quanto à epidemiologia da doença, o câncer de boca tem experimentado um crescente avanço do número de casos, em ambos os sexos, apesar de ainda ser mais prevalente entre os homens. Suas taxas de mortalidade foram maiores, em 1998, que as de outras formas de neoplasias que têm recebido até maior atenção, por conta dos programas de saúde pública definidos pelo MS, ao exemplo das neoplasias de pâncreas, colo do útero, bexiga e pele. No Ceará, as neoplasias malignas configuram-se como terceira causa de morte, figurando a forma de câncer de boca na quinta localização mais atingida entre os homens. Nas mulheres, a taxa de incidência para o câncer de boca, no Ceará, também vem apresentando significativas elevações. Neste estado, a doença mata mais suas vítimas que as leucemias, os linfomas e alguns tipos de câncer de pele, pâncreas, bexiga e fígado.

Quanto ao tratamento científico indicado para a esta doença, é evidente a escassez de pesquisas científicas sobre o assunto, tanto quantitativas, quanto, e principalmente, de natureza qualitativa. Há pouco interesse do estudo dessa doença pelas Faculdades de Odontologia e, quando realizados, quase sempre se caracterizam como estudos de casos clínicos em que a inferência para grandes grupos populacionais torna-se impraticável.

Quanto às idéias expressas pelos gestores da saúde bucal, na esfera estadual, pode-se concluir que: a) em muitos momentos, apesar de haver um alinhamento do discurso e da prática com o momento político vigente, houve uma acomodação ao que já estava sendo realizado ou previsto nos planejamentos programados para um determinado período, com clara priorização isolada do controle da cárie dental; b) não houve, em nenhuma fase, a estruturação de uma política pública de saúde que contemplasse o câncer de boca, em termos de sua prevenção, buscando o seu diagnóstico precoce, no acompanhamento dos tratamentos, tampouco na fase de reabilitação dos pacientes pós-cirurgia; c) a atividade principal atribuída ao Estado, em relação à saúde bucal, foi a de encaminhamento, ao IPCC, de casos com lesões suspeitas de câncer de boca, sem qualquer metodologia formal ou que implicasse, amplo

conhecimento, por parte dos profissionais que compõem a rede, bem assim da população assistida.

Realizadas essas considerações, cabe, nesse momento, proceder a uma descrição livre dos principais problemas e/ou obstáculos enfrentados, que se interpuseram no processo, dificultando e anulando as ações de implantação de políticas públicas de saúde para o câncer de boca, no Ceará. Servem de exemplo, aqueles apontados pelos entrevistados e complementados pelo autor, que podem ser explicitados, de forma objetiva, nos seguintes tópicos:

- a) má formação do cirurgião-dentista, durante a graduação ou pós-graduação, quanto ao assunto câncer de boca, seja por que não há sensibilização para a prevenção, seja por que não é difundido conhecimento técnico suficiente para diagnóstico de lesões suspeitas;
- b) reduzida importância da Odontologia, como área de Saúde Pública, ou pelo papel de passividade que a saúde bucal apresenta na definição de políticas claras, em busca de atuação mais definida, ou pelo caráter extremamente técnico que a caracteriza, ou ainda por conta do real desinteresse da grande parcela dos próprios cirurgiões-dentistas, acerca do assunto;
- c) reduzida dotação de aporte financeiro para o setor, e má aplicação desses mesmos recursos;
- d) priorização extrema da doença cárie dental, com manutenção de programas em grupos definidos, como o escolar, sem amplitude em toda a população, e sem impacto substancial que possa ser traduzido pelo controle definitivo daquela alteração;
- e) omissão individual do coordenador estadual de saúde bucal, quanto ao assunto câncer de boca, presente em vários momentos, através da figura de alguns gestores, colocada sob análise;
- f) ausência de flexibilidade na programação de atividades, pela Secretaria Estadual da Saúde – SESA/CE ou pelo Ministério da

Saúde, previstas para um determinado intervalo de tempo e que têm que ser cumpridas, sem a inclusão de novas metas;

- g) exigüidade dos períodos de gestão de vários coordenadores que impossibilitaram a definição de programas diversos;
- h) centralização de atividades de diagnóstico de lesões de câncer de boca, em um único local, no caso Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará – IPCC, o que tanto aumenta a demanda de pacientes atendidos nesse local, quanto reduz as chances de resolutividade do problema;
- i) ausência de atividades e metas definidas nas programações para a saúde bucal que contemplem o câncer de boca, em toda as suas fases de controle, desde a prevenção desta doença, até a reabilitação do paciente;
- j) evidente subnotificação dos casos de câncer de boca, bem assim e ausência de dados epidemiológicos confiáveis e atuais, com vistas ao diagnóstico da situação atual e para o planejamento de políticas públicas de saúde, para essa neoplasia;
- k) inexistência de qualquer trabalho realizado em parceria entre os centros formadores de recursos humanos – Faculdades e cursos de capacitação – e a SESA/CE, fato que dificulta, ainda mais, o planejamento de atividades voltadas ao controle da doença;
- l) escassez de estudos científicos, qualitativos e quantitativos, capazes de fornecer dados seguros e reais para o planejamento de políticas de saúde bucal.

Urge, assim, sair do comodismo fácil e da aceitação passiva de manutenção de uma rede de atendimento ao paciente com câncer de boca, baseada apenas em encaminhamentos e diagnósticos, sem acompanhamento posterior. A reabilitação funcional, a estética e a questão social devem ser consideradas, e incluídas, também, em uma nova maneira de pensar e agir, saindo do imobilismo e agindo em favor da vida.

Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERCHT, Solange M. B. O Câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico. Niterói, 1994. 102f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal Fluminense.

HAYASSY, Armando. Câncer bucal no setor público de saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v.55, n.3, p.173-5, 1998.

MINAYO, Maria C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1996.

PINTO, Vítor G. Anotações, observações e críticas sobre trabalho. In: ZANETTI, Carlos H. G. **As Marcas do mal estar social no sistema nacional de saúde**: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ/MS, 1993. 117p. (Dissertação de Mestrado)

SALTZ, Ernani *et alii*. Projeto de expansão e prevenção do câncer da boca. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.34, n.4, p.221-39, 1988.

SAMPAIO, José J. C.; BORSOI, Izabel C. F.; RUIZ, Erasmo M. **Saúde mental e trabalho em petroleiros de plataforma**: penosidade, rebeldia e conformismo em petroleiros de produção (on shore/offshore) no Ceará. Fortaleza: FLACSO/EDUECE, 1998.

SESA/CE - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ. **Programa de odontologia sanitária - normas e instruções**. Fortaleza: Grafisa, 1977.

_____. DEPARTAMENTO DE COORDENAÇÃO DE SAÚDE. DIVISÃO DE NORMAS E SUPERVISÃO. PROGRAMA DE ODONTOLOGIA SANITÁRIA. **Plano operativo**. Fortaleza, 1983. Mimeo.

_____. COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE SAÚDE. Portaria Nº 222, de 25 de junho de 1989. Institui a Coordenação

Interinstitucional de Odontologia do Estado do Ceará na forma que indica e dá outras providências. Fortaleza, 1989. Mimeo.

_____. **Plano de saúde-1991/95:** "Geração Ceará Melhor". Fortaleza: SESA/CE 1991. mimeo.

SILVA, Antônio M. R. da. Apresentação do programa de expansão e prevenção do câncer da boca. In: FÓRUM INTERNACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1., 5 a 11/11/89, Campo Grande, MS. **Anais...** Campo Grande – MS: Ministério da Saúde/Divisão Nacional de Saúde Bucal, 1989.

TORRES, Inácio A. Câncer de boca no Brasil – perfil atual do odontólogo frente ao problema. **Saúde em Debate**, v.37, p.44-7, 1992.

VIANA, M. I. P. **Estado e atenção odontológica no Brasil:** um estudo sobre as políticas de saúde bucal na conjuntura pós-74. Salvador, 1988. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia.

ZANETTI, Carlos H. G. **As Marcas do mal estar social no sistema nacional de saúde:** o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80. Rio de Janeiro, 1993. 117f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ/MS.

EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE BOCA NO BRASIL E NO CEARÁ

Aldo Angelim Dias
José Jackson Coelho Sampaio

Introdução

Vários fatores sociais, ao exemplo da urbanização, da industrialização e da maior expectativa de vida da população, contribuíram para o aumento das doenças crônico-degenerativas, nas quais o câncer se apresenta como uma das mais representativas. No Ceará, não foi diferente: a crescente incidência desse grupo de doenças, levanta, inclusive alguns questionamentos sobre a eficácia dos serviços prestados à população. Fortaleza manifesta-se, assim, como uma das principais fontes brasileiras de dados, para o estudo da epidemiologia do câncer, no país. Esta capital, além de outras cidades, como Porto Alegre, Campinas, Goiânia e Belém, figuram nas estatísticas trabalhadas de Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP (INCA, 1996a).

Além das áreas de RCBP, são importantes fontes de registros de dados sobre o câncer, o Sistema Nacional de Mortalidade - SNM, órgão do Ministério da Saúde - MS e os Registros Hospitalares de Câncer - RHC (INCA, 1996a).

O Instituto Nacional de Câncer- Inca, é o órgão do MS responsável pela consolidação de dados epidemiológicos, bem como pela emissão de informações importantes na educação, prevenção, tratamento e controle desta doença, em suas várias formas, incluindo o câncer de boca.

A base para os coeficientes de mortalidade, está contida nos dados dos atestados de óbitos e, geralmente, quando se trata de câncer, esses dados representam informações essenciais, e que servem, também, para auxiliar na construção dos próprios coeficientes de morbidade. Em 1977, a Divisão Nacional de Epidemiologia/MS implantou o sub-sistema de informação sobre a mortalidade, que veio expandir essa cobertura de dados, bem como

melhorar a qualidade das informações recebidas e prestadas às instituições (INCA, 1999a).

Por conta do sub-registro verificado em alguns Estados, não é possível, pelo menos por enquanto, uma sistematização de dados que contemplem todo o país. Desse modo, com a finalidade de diminuir as deficiências provocadas pela subnotificação, elegeram aquelas cidades do Brasil, com as RCBP, tendo como objetivo uma comparação mais homogênea (INCA, 1999a).

Câncer de Boca: Conceituação e Clínica

Um dos mais completos conceitos de câncer talvez seja o relatado pelo oncologista inglês, Sir Rupert Willis que o definiu como “[...] uma massa anormal de tecido, cujo crescimento excede o dos tecidos normais e não está coordenado com esses crescimentos, persistindo da mesma maneira excessiva, após o término do estímulo que evocou a mudança”. (WILLIS, 1952, p.12).

Há uma controvérsia entre os autores, no tocante às possibilidades reais de haver prevenção do câncer. Enquanto MULVIHILL (1989) refere que a maior parte dessas neoplasias apresenta relação direta com variações genéticas, em resposta a algum agente ambiental, retirando do indivíduo chances reais de prevenir a doença, tendo ela origem ecogenética, outros asseguram que ... “cerca de 75% dos cânceres humanos podem ser preveníveis e que a prevenção pode ser conseguida evitando-se a exposição aos agentes causadores, protegendo-se as pessoas contra a ação destes agentes” (OMS, 1976, p.33).

Câncer de boca é uma denominação genérica utilizada em referência a qualquer lesão maligna primitiva dessa região anatômica (CARVALHO, 1997). Pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID, 10ª revisão, preconizada pela Organização Mundial de Saúde - OMS, as variadas sub-formas de câncer de boca, delimitadas pela sua localização, compreendem as seguintes numerações C-00 (lábio), C-01 (base da língua), C-02 (outras partes da língua), C-03 (gengiva), C-04 (assoalho da boca), C-05 (palato) e C06 (outras partes da boca) (OMS, 1997).

O tecido de origem das neoplasias malignas na cavidade oral, é, geralmente, o epitélio de revestimento mucoso e, por essa razão, a grande maioria, cerca de 90% ou mais, expressa-se como carcinoma epidermóide ou carcinoma de células escamosas, ou, ainda, espinocelular, uma variante dos tumores epiteliais que acomete a camada estratificada escamosa (ROBBINS; COTRAN; KUMAR, 1996; CARVALHO, 1997).

Qualquer área da cavidade oral poderá ser atingida, apesar de algumas localizações serem mais frequentes. A situação geográfica do tumor na cavidade oral, é fator determinante para o tratamento e o prognóstico do mesmo. Dessa forma, cânceres localizados no assoalho da boca ou na língua, apresentarão um prognóstico com tendência a um maior número de insucesso, e demandarão um tratamento mais difícil do que outros como os tumores de lábio (SHAFER; HINE; LEVY, 1987).

Quando os problemas comuns à boca são analisados, quantitativamente, nota-se que o câncer de boca encontra-se aquém da cárie, da doença periodontal, das deformidades dento-faciais (que ocasionam maloclusões) e das fissuras lábio-palatinas. Entretanto, vale ressaltar que o câncer de boca não pode ter sua importância subestimada, enquanto problema de saúde pública, em face de seu alto índice de morbi-mortalidade (BERCHT, 1994; PINTO, 1992; TELES, 1985; TOMMASI; GARRAFA, 1980).

Dentro de uma perspectiva mais ampla, "vários fatores podem contribuir para o aumento da incidência e mortalidade por câncer, principalmente a partir dos 40 anos de idade", servindo de exemplo a pobreza, a concentração de renda com desigualdade social, os tipos de políticas sociais do Estado, a maior ou menor racionalidade na condução do setor público, o aumento da expectativa de vida, a mudança de hábitos alimentares, o aumento, enfim, do consumo de tabaco e de álcool, dentre outros (HAYASSY, 1998).

Isoladamente, o fumo (principalmente o de cachimbo e o do charuto) é o principal fator de risco para o câncer de boca. Dos pacientes portadores de câncer de boca, 80% são fumantes (ROSEMBERG, 1988). Estima-se que algo em torno de 4.700 substâncias tóxicas podem ser encontradas no tabaco e na fumaça, sendo que cerca de 60 delas apresentam reconhecido efeito carcinogênico. O efeito do fumo é potencializado pela ação do álcool (por este aumentar a permeabilidade da mucosa a agentes

carcinogênicos), embora esse elemento, sozinho, também seja passível de agir como substância de risco, para a formação do câncer de boca, por apresentar também substâncias carcinogênicas, como as nitrosaminas e os hidrocarbonetos, ou, ainda, pela produção de outros elementos quando de sua metabolização, como os aldeídos (INCA, 1992).

Outros fatores importantes são: a) nutricionais, como as deficiências e as dietas inadequadas; b) biológicos, como os vírus do papiloma humano, do herpes “6”, da hepatite “C”, da leucemia e do linfoma “T”, apesar de serem fracas as evidências de que o câncer seja promovido por esses agentes; c) físicos, como as radiações ionizantes ou solar; d) mecânicos, como os traumatismos crônicos, apesar também de ser fraca a evidência que correlaciona o aparecimento de câncer de boca a próteses mal adaptadas ou raízes residuais traumáticas; e e) a má higiene oral, potencializando outros fatores, agindo como determinante adicional de risco. Estes fatores determinantes podem atuar de forma isolada ou conjuntamente, na gênese do câncer de boca (SHAFER; HINE; LEVY, 1987; GARrafa, 1976/1977; INCA, 1996a).

A ação de qualquer um dos agentes cancerígenos produzirá, inicialmente, reações inflamatórias inespecíficas, reversíveis se a agressão for removida. Se o fator continuar a agir, poderá originar alterações celulares (displasias) que podem variar de leves a graves. Se a displasia persiste, mas não houve ainda rompimento da camada basal do epitélio, estabelece-se o quadro que se convencionou chamar de carcinoma in situ. Como não houve invasão do tecido conjuntivo, as células cancerosas não alcançaram os vasos sanguíneos e linfáticos, o tumor é considerado inicial. As características clínicas, nesse momento, geralmente estão resumidas à alteração de cor da mucosa, ou à irritação local (HAYASSY, 1998).

O tratamento e a cura de um carcinoma in situ são mais rápidos, menos onerosos e mais efetivos, dadas as melhores condições proporcionadas pela localização da neoplasia. Os programas de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca deveriam atuar, mais dinamicamente, nessa fase, ou seja, na busca de lesões suspeitas, ou que já podem ser consideradas como tumores localizados intra-epiteliais.

A cirurgia ou a radioterapia estão indicadas nesses casos de lesões iniciais, pelo fato de ambas apresentarem resultados

semelhantes, com um bom prognóstico, inclusive cura em 80% dos casos (INCA, 1996a). Estima-se que, no período de 1981 a 1985, no Brasil, apenas 0,88% dos casos de câncer de boca foram diagnosticados *in situ* e 99,12% nos estádios I a IV¹, em que as lesões tornam-se bem mais preocupantes (INCA, 1992).

Ao se tornar invasivo, por rompimento do epitélio e envolvimento do tecido conjuntivo subjacente, o tumor, além de apresentar um potencial para a ocorrência de metástases, exigirá um tratamento mais complexo e, freqüentemente, determinará um prognóstico com menores taxas de sucesso. Se as lesões ainda forem passíveis de cirurgia, esta poderá ser realizada isoladamente, ou associada à radioterapia. Nos casos de linfonodomegalia metastática, a indicação é o esvaziamento cervical do lado afetado.

A cirurgia radical do câncer de boca evoluiu sobremaneira, com a incorporação de técnicas de reconstrução imediata, permitindo largas ressecções e uma melhor recuperação do paciente. As deformidades, porém, são ainda grandes, e o prognóstico dos casos continua intermediário (INCA, 1996a, p.32).

A quimioterapia só está indicada nos estágios avançados, quando a intenção é reduzir o tamanho do tumor a proporções, tais que permitam a cirurgia, com maior segurança para o paciente, embora o prognóstico, nesses casos, não seja satisfatório, por conta da ausência de controle total das lesões extensas.

É importante também citar o fato de muitas lesões serem assintomáticas, quando do início do seu desenvolvimento. Nessa fase, o diagnóstico é resultado do trabalho dos profissionais cirurgiões-dentistas atentos à história clínica do paciente e com atenção voltada para a busca de lesões suspeitas, principalmente aquelas com maior potencial para a cancerização, como as eritroplasias, ou lesões vermelhas, e as leucoplasias, ou lesões brancas. Seguindo a evolução da doença, serão encontrados sangramentos esporádicos, com a dor e a mobilidade dental, também presentes; uma dor reflexa no ouvido, limitação dos movimentos mandibulares e a ocorrência de nódulos cervicais, podem estruturar o quadro clínico seguinte, que se completa com sangramento em

¹ O sistema de estadiamento mais comum é o TNM. A sigla refere-se ao tamanho da extensão local do tumor primário, à presença de metástases em linfonodos regionais e à distância (SPIESSL et al, 1993).

profusão levando a uma profunda, desnutrição do paciente (BERCHT, 1994).

Dentro de um programa que contemple o controle do câncer de boca e que envolva uma equipe multidisciplinar, outros profissionais, como o médico generalista, o assistente social, o enfermeiro e o pedagogo, podem contribuir na detecção de lesões precoces, principalmente quando estimulam o auto-exame da cavidade oral.

Os níveis de atendimento secundário, terciário e quaternário, por sua vez, exigem profissionais mais treinados, além de uma logística apenas encontrada em centros de saúde específicos e/ou hospitais gerais, com serviços de cirurgia de cabeça e pescoço, ou ainda especializados no tratamento do câncer (INCA, 1996a).

Há de se salientar, também, que o câncer de boca representa uma das neoplasias de mais fácil detecção precoce, com resultado satisfatório, se tratado em tempo hábil, apresentando, não raro, lesões denominadas pré-cancerizáveis, que podem servir de sinais de alerta para a busca de um exame mais preciso, como a biópsia, com fins de instituir um tratamento específico.

O câncer de boca, bem assim o de outras localizações, como mama, cólon, reto, cérvix, próstata, testículo e pele, proporcionam uma taxa relativa alta de sobrevida, aproximadamente de 80%. Calcula-se que se todos os possíveis portadores de lesões suspeitas passassem por uma avaliação à procura destas, aquela taxa de sobrevida poderia aumentar para 95% (ACS, 1997). No caso das lesões bucais, o diagnóstico é facilitado por conta da relativa visibilidade na cavidade oral, a despeito de muitos destes tumores serem encontrados em estágios tardios que podem comprometer, em muito, a taxa de sobrevida do paciente ou sua qualidade de vida após uma terapêutica, seja ela cirúrgica, radioterápica ou quimioterápica ou, ainda, uma combinação de duas ou três destas (SMITH, 1982).

O Câncer de Boca no Mundo e no Brasil

O câncer representa uma das patologias de ocorrência mundial com taxas significativas de prevalência e incidência. Algumas formas de câncer (boca, esôfago, estômago, fígado e útero) apresentam taxas de incidência mais altas nos países pobres

(STERNWARD, 1988). Na América Latina está previsto um aumento considerável da morbidade e da mortalidade por esta doença nas próximas décadas. A previsão chega a ser da ordem de 140% nos próximos trinta anos, para os países em desenvolvimento. A tendência é que, embora não cheguem a atingir esse percentual, os casos de carcinoma de localização bucal também apresentem uma ocorrência crescente, para os países latino-americanos (MARIGO, 1995).

Considerando-se apenas o câncer de boca, as mais altas taxas são encontradas no Sri Lanka, no Paquistão e em Bangladesh, onde é a forma mais incidente de câncer, correspondendo a quase 30% do total das neoplasias. Também são consideravelmente altas as taxas encontradas no sudeste da Ásia, principalmente na Índia, Paquistão e Hong Kong. Sua incidência, nos países ocidentais industrializados, chega a ser da ordem de 2 a 15% do total das formas de câncer (ANTONIADES, 1995).

No Brasil, o câncer de boca assume importância por causa do câncer de lábio, já que o país é tipicamente tropical, sustentando também em sua economia atividades rurais, nas quais os trabalhadores expõem-se, em demasia, à luz solar. O câncer de boca, em outras localizações, dentro da cavidade oral, é mais freqüente em fumantes, e suas taxas de incidência são crescentes se o paciente, além de tabagista, for alcoólatra (BERCHT, 1994).

Considerando-se uma série de dados epidemiológicos nacionais, entre 1976-1980, o câncer de boca está em terceiro lugar, em relação aos outros tumores malignos, no sexo masculino, e em sétimo, no sexo feminino, com clara tendência de aumento neste último (CHINELLATO et al, 1995; BRUMINI, 1982).

Vários autores concordam que o câncer de boca, no Brasil, afeta uma considerável parte da população, principalmente os grupos sociais menos favorecidos (BERCHT, 1994; BRUMINI, 1982; CHINELLATO et al, 1995).

Dados do INCA apontam para uma incidência crescente no período 1996-2001, para os casos de câncer de boca, em todo o país; essa informação pode ser melhor acompanhada pelos gráficos, a seguir, onde são mostrados os valores esperados para a incidência desta doença.

O gráfico 1 evidencia o total de casos esperados para câncer de boca, naquele período, onde é clara a tendência de aumento da incidência, no intervalo. O gráfico 2 estratifica por sexo, e nota-se, claramente, a predominância do câncer de boca entre os homens, porém com incidência esperada crescente entre as mulheres.

14.000

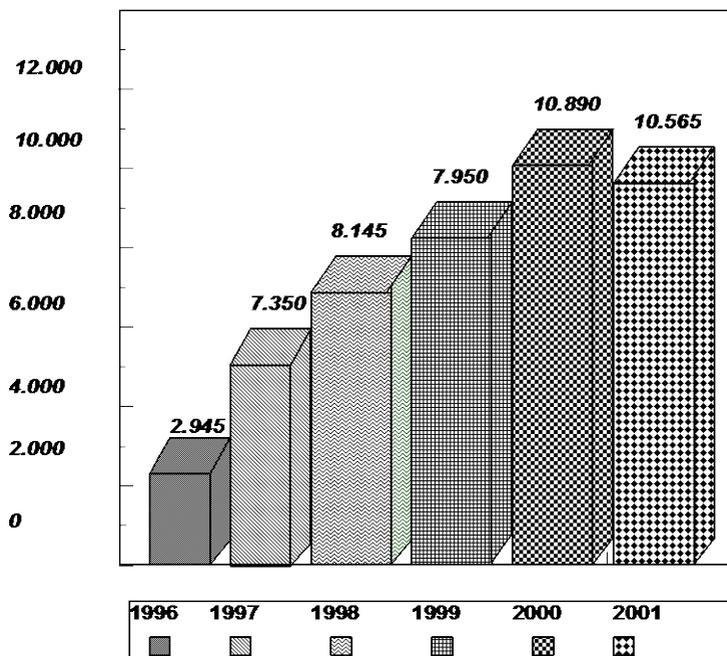


Gráfico 1 Incidência esperada de câncer de boca, em ambos os sexos, para o território nacional, entre 1996 e 2001 (INCA, 1996b, 1997, 1998, 1999b, 2000, 2001).

Observa-se, através do Gráfico 1, que a incidência do câncer de boca saltou de 2.945 casos, em 1996, para 7.350, em 1997, e para 8.145 novos casos em 1998. Esses números experimentaram um pequeno declínio em 1999, com uma incidência esperada de 7950 casos; já para o ano 2000, foram esperados cerca de 10.980 novos casos, um número impressionante, haja vista que só para os

homens a expectativa de 8.282 novos casos supera o total previsto para o ano anterior, e é mais que três vezes superior ao número total de casos previstos para 1996, como pode ser acompanhado pelo Gráfico 2. Para o ano de 2001, segue-se uma estabilização dessa tendência refletida pelo total de casos previstos, 10.565 novos casos esperados.

Esse aumento da expectativa da incidência explica-se, em parte, pela melhora substancial no diagnóstico de casos, o que produz uma notificação mais fidedigna da doença; e, em parte por um inerente aumento à exposição dos fatores de risco ao câncer.

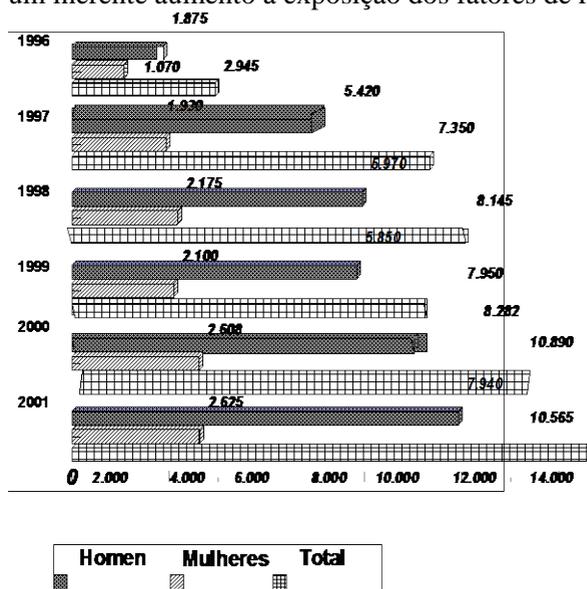


Gráfico 2. Incidência esperada do câncer de boca no período 1996-2001, estratificado por sexo (INCA, 1996b; 1997; 1998; 1999b; 2000; 2001).

Para o ano de 2001, em termos nacionais, espera-se que o câncer de boca fique em sexto lugar, quanto à taxa de mortalidade, entre os homens, e em oitavo lugar, entre as mulheres, ficando à frente de outras formas de neoplasias malignas, como as de pâncreas e de bexiga. Para o Estado do Ceará, espera-se que o câncer de boca esteja em quinto lugar, quanto à incidência de casos, nos homens e

em sétimo, nas mulheres. Quando são consideradas as expectativas para a mortalidade, no Estado, estima-se que esta doença passe a configurar o sexto lugar, em ambos os sexos (INCA, 2001).

Em termos de mortalidade, os números esperados também crescem gradualmente, saindo de um patamar de 660 óbitos, em 1996, para 1.735, em 1997 (INCA, 1997; 1998; 1999b). Já a informação oficial prestada pelo Sistema Único de Saúde - SUS é de 3.977 óbitos, em 1996, considerando-se, no entanto, as formas de câncer de localização faringeana (MS, 2000). Os Estados com maiores taxas de frequência relativa de câncer de boca, entre os homens, são Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe, onde esta doença representa o segundo lugar entre as neoplasias malignas; nas mulheres, essa patologia é mais preocupante na Paraíba e no Rio Grande do Norte. Na capital deste último Estado, por exemplo, um estudo epidemiológico, de tendência temporal, durante o período de 1981 a 1995, revelou que, por conta dessa patologia de base, que pese o risco de morrer, nessa cidade, ter decrescido com o passar dos anos, as taxas para o câncer de boca e faringe assumiram um perfil ascendente, chegando a crescer mais de duas vezes nos homens e quase a duplicar nas mulheres (ALMEIDA; SOUZA; SILVA, 2000).

Epidemiologia do Câncer de Boca no Ceará

Esta neoplasia, no Ceará, pode ser considerada como uma das principais causas de mortalidade; a situação é tanto mais sentida nas áreas periféricas da capital ou no interior do Estado, apesar da confluência de pacientes para Fortaleza.

Em todo o Estado, o problema também toma características alarmantes, com a clara inexistência de políticas públicas de saúde que contemplem a coletividade, integralmente, e em todas as fases de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de boca. A reabilitação, quando necessária, após procedimentos cirúrgicos, geralmente é deixada em segundo plano, comprometendo-se, assim, a qualidade de vida do paciente operado.

Apesar das preocupações expostas, salienta-se que, no Ceará, seguindo a tendência nacional, não há prática de saúde que

contemple toda a complexidade do diagnóstico e do tratamento da doença e, principalmente, ações e serviços voltados para a educação em saúde bucal e geral, de forma a prevenir o câncer de boca. Não se pode esquecer do quanto seria economizado, em termos financeiros, temporais e emocionais, e quantas vidas seriam salvas, se o câncer de boca pudesse ser evitado, ou tratado a tempo, com possibilidade de êxito na cura.

Como pode ser avaliado pelo Gráfico 3, o câncer, como um todo, é uma das principais causas de morte no Ceará (INCA, 1999b). A sua origem bucal é uma das fontes mais comuns de mortalidade, no caso dos homens, embora, devido, provavelmente, às mudanças do tipo aumento do hábito de fumar, já represente também causa importante de morte entre as mulheres.

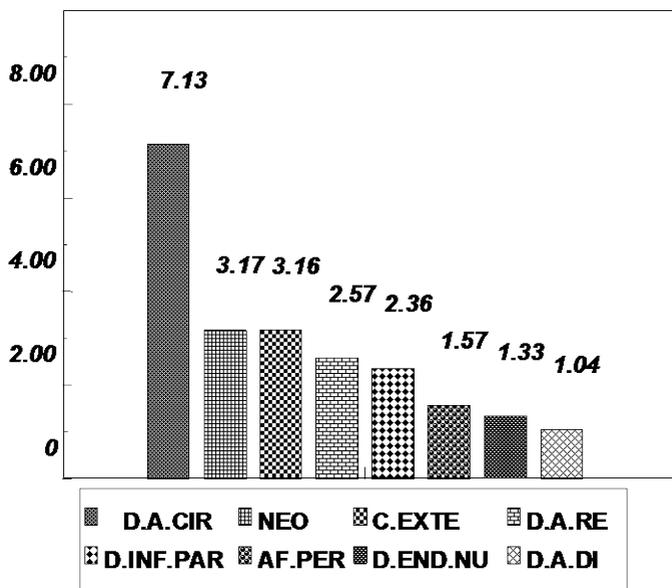


Gráfico 3. Mortalidade no estado do Ceará, em 1998 (MS/2000).

Neste Estado, o câncer de boca mata mais que outras neoplasias, comumente consideradas mais importantes, do ponto de vista epidemiológico, como a leucemia, linfomas e algumas formas de câncer, como pele, pâncreas, bexiga e ovário (MS, 2000). Essa

informação pode ser melhor acompanhada pelo Gráfico 4, que compara as formas de neoplasias malignas que mais mataram em 1998.

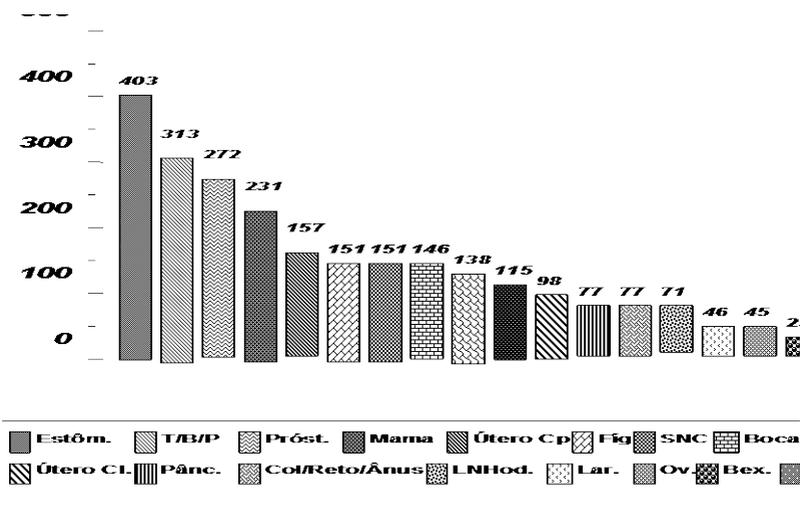


Gráfico 4. Mortalidade por várias formas de câncer no estado do Ceará, em 1998 (MS/2000).

No tocante à Fortaleza, e considerando-se os dados de anos potenciais de vida perdidos – APVP, tendo sido definida a idade limite de vida potencial em 65 anos, o câncer, como uma patologia isolada, sem considerar suas localizações, esteve entre as principais causas que ocasionaram maiores taxas de APVP, no período 1978-80 (SILVA, 1984). Está claro que a localização bucal também foi uma das grandes responsáveis por essas altas taxas encontradas.

Considerando números absolutos, o Ceará é o nono estado do país, e o terceiro no Nordeste, quanto às taxas de mortalidade por câncer de boca. A capital é, de longe, a localidade com maior número de casos, ocorre porém que pacientes com câncer de boca também são encontrados em outros municípios, com destaque, pela maior incidência dessa forma de neoplasia, no triênio 1996-1998: Aracati, Acopiara, Iguatu, Limoeiro do Norte, Maranguape, Morada Nova, Quixadá, Russas, Tabuleiro do Norte e Várzea Alegre (MS, 2000).

Como seria esperado e como pode ser observado pelos gráficos 5 e 6, os homens, na faixa etária a partir dos 50 anos, representam o grupo populacional mais atingido pelo câncer de boca, no Ceará. Há de se notar que a mortalidade é proporcional à idade e os números absolutos só decrescem a partir dos 80 anos, por uma outra razão: a menor quantidade de indivíduos nesse grupo etário.

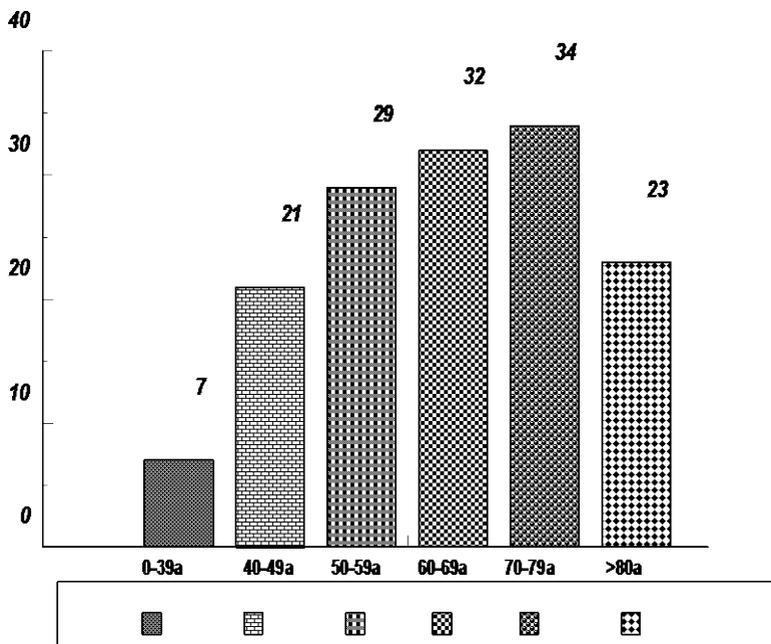


Gráfico 5. Mortalidade por câncer de boca, no Ceará, em 1998, segundo faixa etária (MS, 2000).

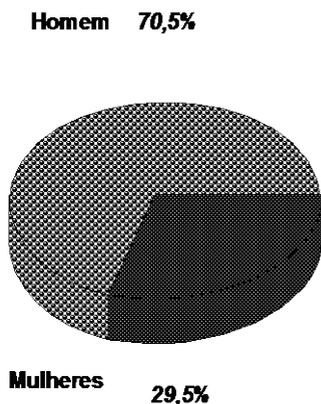


Gráfico 6. Mortalidade por câncer de boca, no Ceará, em 1998, segundo o sexo (MS, 2000).

Referências

ALMEIDA, Maria E. L. de; SOUZA, Elizabethe C. F. de; SILVA, Marcelo G. C. da. Mortalidade por câncer de boca e faringe em Natal/RN no período de 1981 a 1995. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.46, n.1, p.79-86, 2000.

ACS-AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts e figures. 1997. Disponível em <<http://www.cancer.org/97facts.html>> Acesso em: 17 maio 1997.

ANTONIADES, D.Z. Squamous cell carcinoma of the lips in a northern Greek population: evaluation of prognostic factors on 5-years survival rate. **Oral Oncology Eur. Journal Cancer**, v.31, n.5, p.333-9, 1995.

BERCHT, Solange M.B. **O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico**. Niterói, Universidade Federal Fluminense, 1994. 102f. (Tese de Doutorado).

BRUMINI, R. **Câncer no Brasil**: dados histopatológicos 1976-1980. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1982.

CARVALHO, Marcos. B. de História natural do câncer da cavidade oral. In: RAPOPORT, Abrão. **Câncer da boca**. São Paulo: Pancast, 1997. p.17-29.

CHINELLATO, Luiz E. M. et al. Programa de prevenção do câncer bucal no município de Bauru, através do auto-exame. **Revista da FOB.**, São Paulo, v.3, n.1, p.143-5, 1995.

GARRAFA, Volnei. Epidemiologia do câncer bucal. **Ars Cvrandi em Odontologia**, São Paulo, v.3, n.3, p.:6-24, 1976/1977.

HAYASSY, Armando. Câncer bucal no setor público de saúde. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v.55, n.3, p.173-5, 1998.

INCA-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer de boca. Brasil**: Ministério da Saúde, Coordenação de Programas de Controle de Câncer, 1992.

_____. **Câncer de boca**: manual de detecção de lesões suspeitas. 2a. ed. Brasil: Ministério da Saúde, Coordenação de Programas de Controle de Câncer, 1996a.

_____. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil/1996**. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação de Programas de Controle de Câncer, 1996b

_____. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil/1997**. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação de Programas de Controle de Câncer, 1997.

_____. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil/1998**. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação de Programas de Controle de Câncer, 1998.

_____. **Câncer de boca**. Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Coordenação de Programas de Controle de Câncer. 1999. Disponível em <[http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)> Acesso em: 20 jul. 1999a.

_____. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil/1999**. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. Disponível em: <[http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)> Acesso em: 20 jul. 1999b

_____. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil/2000**. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. Disponível em: <[http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)> Acesso em: 15 jun. 2000.

_____. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil/2001**. Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. Disponível em: <[http:// www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)> Acesso em: 10 abr 2001

MARIGO, Carlos. Câncer na América Latina: perspectivas sombrias. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.41, n.2, p.63-74, 1995.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Datasus. Brasil: Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 20 jul. 2000.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Notícias da OMS: reunião de Manila. **A Saúde do mundo**. Genebra: OMS, 1976.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – 10a. revisão, vol.1. Tradução: Centro Colaborador da OMS para a classificação de doenças em português. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1997.

PINTO, Vítor G. **Saúde bucal**: odontologia social e preventiva. 3a. ed. São Paulo: Santos, 1992.

ROBBINS, Stanley L.; COTRAN, Ramzi S.; KUMAR, Viney. **Patologia estrutural e funcional**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

ROSEMBERG, José. Por que os médicos continuam a fumar? **Revista de Medicina**, v.106, n.4, p.2-6, 1988.

SILVA, Marcelo G. C. Anos potenciais de vida perdidos segundo causas, em Fortaleza/Brasil, 1978-80. **Revista de Saúde Pública**, v.18, n.2, p.108-21, 1984.

SHAFER, William G.; HINE, Maynard K.; LEVY, Barnet M. **Tratado de patologia bucal**. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

SPIESSL, B. et al. Atlas TNM – **Guia ilustrado para a classificação TNM para tumores malignos**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 1993.

STERNWARD, Jan. **Todo o mundo contra o cancro**. A Saúde do mundo. Genebra: OMS, 1988

TELES, J. C. B. Assistência odontológica no país: perspectivas 1. **Cadernos de Saúde Pública**, v.1, n.2, p.253-62, 1985.

TOMMASI, Fernando; GARRAFA, Volnei. **Câncer bucal**. São Paulo: Medisa, 1980.

WILLIS, Rupert A. **The spread of tumors in the human body**. London: Butterworth & Co., 1952

CÁRIE DENTAL NA INFÂNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA¹

*Maria Cristina Germano Maia
Helena Alves de Carvalho Sampaio*

Introdução

A cárie dentária é uma doença infecto-contagiosa, multifatorial e crônica, que se apresenta como desmineralização e desintegração progressiva dos tecidos calcificados dos dentes, sob uma camada de bactérias, e é causada por ácidos formados pelos microorganismos, através da metabolização dos açúcares da dieta. Dessa forma, o processo carioso já está instalado bem antes que se possa visualizar o sintoma: a lesão cariosa, a cavitação (KOCH et al., 1995).

Levantamentos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, durante as últimas três décadas, demonstraram um declínio nos níveis de cáries, clinicamente detectáveis em crianças e adolescentes. No entanto, a cárie dentária continua sendo a doença mais comum na infância, afetando mais de 80% da população pediátrica, até a idade de dezessete anos (VARGAS et al., 1998).

Segundo DOWNER (1998) e ROBERTSON et al. (1999), historicamente a cárie dentária é a doença que mais tem preocupado os profissionais de saúde bucal, e, como tal se mantém até os dias de hoje. A doença e suas seqüelas são as maiores causas de perdas dentárias no Reino Unido, sendo a quinta doença mais cara de se tratar, superando, inclusive, todos os neoplasmas e doenças genito-urinárias.

No Brasil, a cárie, com características endêmicas, é o principal problema com que se defronta a Odontologia Social

¹ Texto baseado em: MAIA, M.C.G. *Com Açúcar, Com Afeto... e Higiene: cárie dentária, hábitos alimentares e práticas de higiene bucal de crianças menores de seis anos de idade atendidas na disciplina de Odontopediatria da Universidade Federal do Ceará*. 2001, 154 p. Dissertação (Mestrado) – Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2001.

(MACIEL et al., 1988). Segundo STELUTTO JÚNIOR (1993), 90% da população brasileira têm problemas de cáries e gengivas.

A Assembléia Mundial de Saúde, em 1979, reafirmou a resolução de Saúde para todos no ano 2000, instituída um ano antes, na Conferência Internacional de Atenção Primária em Saúde, na cidade de Alma-Ata, pelos que países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS) procuraram ajustar seus programas, visando ao cumprimento dessa meta. Assim, a Federação Dentária Internacional (FDI) determinou, como um dos indicadores globais de saúde bucal no ano 2000, *um índice CPOD médio* (criado por KLEIN; PALMER em 1937, baseado no número de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados) na idade de 12 anos, não maior que 3,0 (FDI, 1982).

Em 1990, a epidemiologia da cárie dentária, na Europa, foi objeto de discussão, pela primeira vez, durante um Simpósio da *European Organization for Caries Research*² (ORCA), sendo o tema revisto no Simpósio de 1995, o tema foi revisto. Dados deste segundo encontro mostraram um índice CPOD médio (aos 12 anos de idade) menor que 3,0 na maioria dos países, sendo menor que 2,0 no Norte Europeu. Apenas nove países tiveram índice maior que 3,0, mostrando que a implementação de programas preventivos foi bem sucedida na maioria dos países (MARTHALER et al., 1996).

Em contrapartida, levantamento bucal nacional realizado pelo Ministério da Saúde, em 1986, registrou um índice CPOD de 6,65 aos 12 anos de idade, considerado um dos mais altos do mundo (BRASIL, 1988; TOMITA et al., 1996). Segundo CORREIA; MCAULIFFE (1999), no Nordeste, esse índice comumente alcança valores de 7,5 a 8,0.

No entanto, em recente avaliação da situação brasileira, em relação às metas OMS-FDI, NARVAI (2000) observou que no último levantamento epidemiológico bucal nacional, de 1996, o índice CPOD médio, para a faixa etária de 12 anos, foi de 3,1, o que indica um declínio na prevalência da cárie dentária, entre escolares brasileiros, no período 1986 – 1996. O mesmo autor referiu, porém, que há uma incógnita em relação a um outro indicador global de saúde preconizado pela OMS-FDI: o de que “50% das crianças de 5

² Organização Européia para Pesquisa de Cárie Dentária.

anos deveriam estar livres de cárie, até o ano 2000” (FDI, 1982). Para NARVAI (2000), nada justifica a não inclusão da idade de 5 anos nos dois levantamentos realizados, anteriormente, quando as metas da OMS-FDI já haviam sido instituídas; esta omissão não permite, pois, realizar uma avaliação da situação nacional, referente a essa faixa etária, em particular, agora que se chegou ao ano 2000.

Observa-se que um grande número de crianças, bem pequenas, é levado aos serviços de saúde bucal, já apresentando inúmeras lesões cáries. Maior ainda é o número de mães e pais que nem sequer têm idéia de tratar-se de uma enfermidade, menos ainda de que seja transmissível e de que, por conta disso, deveriam se preocupar com a dentição decídua dos seus filhos.

Quantas vezes é relatado pelas mães ao profissional de saúde a frase: “meu filho nasceu com os dentes fracos” ou “meu filho tomou muitos antibióticos” ou “dentes de leite estragaram” e pela falta de critérios ou análise de cada caso esta premissa vai se consolidando de “gerações em gerações”, tornando-se fato aceitável e inexorável! (MARTINS et al., 1988, p.195).

Segundo GUEDES-PINTO (1988), grande parte da população relega a dentição decídua a planos secundários. O autor ressalta a falta de educação e consciência preventiva dos que buscam os recursos da saúde, somente quando objetivam a cura de problemas já instalados, muitas vezes em estágios avançados.

Entre os dias 18 – 19 de outubro de 1997, realizou-se na cidade de Maryland, Estados Unidos, *The Early Childhood Caries (ECC) Conference* (Conferência sobre a Cárie Precoce da Infância)³, oportunidade em que vários pesquisadores, de diversas partes do mundo, voltaram suas atenções para essa morbidade, resultando na publicação de uma série de artigos sobre o tema (TINANOFF, 1998; BOWEN, 1998; JOHSEN, 1998; DAVIES, 1998).

DAVIES (1998) sugeriu que se deveria abandonar o debate sobre o número e localização de lesões cáries, que constituem um problema na infância, e definir ECC como a

³ Tradução da autora. O termo *Cárie Dental Precoce* foi utilizado por FADEL & KOZLOWSKI JR. (2000) na tradução do inglês *Early Dental Caries*.

ocorrência de qualquer sinal de cárie em qualquer superfície dental, durante os três primeiros anos de vida, considerando-a um sério problema de saúde pública.

O presente trabalho, através da revisão de dados epidemiológicos nacionais e internacionais, acerca da cárie dentária em pré-escolares e sua etiologia, visa tecer considerações sobre como medidas preventivas podem ser aplicadas no combate a esse problema de grandes proporções, como essa, que aflige milhares de crianças, desde a mais tenra idade.

Cárie Dentária em Pré-Escolares: Epidemiologia

Embora, como já foi citado, a prevalência de cárie dentária, nos Estados Unidos e na maior parte da Europa, venha sofrendo um declínio, vários estudos demonstram que, em crianças pré-escolares, ela é um problema de saúde pública significativa, em diversos países. Isto deve-se, talvez, ao fato de que os programas de saúde bucal estejam, em sua grande maioria, direcionados a crianças escolares e objetivem, exclusivamente, a prevenção da cárie em dentes permanentes.

A odontologia, por tradição, tem se preocupado, de maneira preponderante, com o atendimento de crianças a partir do nascimento dos primeiros dentes permanentes. Dentre os muitos reflexos dessa reduzida prioridade conferida à dentição decídua, basta referir o medo ao consultório, a criação de hábitos ligados ao consumo intenso de açúcares, a elevada prevalência de cáries dentais desde a infância (PINTO, 2000, p. 106).

Os dentes decíduos deverão ser mantidos no arco, até a época certa de esfoliação por uma série de razões: 1. o dente decíduo é um guia para a erupção do permanente; 2. perdas precoces de decíduo podem gerar maus hábitos bucais, como interposição lingual ou más-oclusões, como mordida aberta anterior; 3. a criança necessita dos dentes para uma completa função mastigatória; 4. a falta de unidades dentárias pode levar a problemas logopédicos; 5.

problemas psicológicos já foram relatados em crianças que perderam seus dentes decíduos, fora da faixa etária esperada; 6. os dentes decíduos têm a função estética de manutenção da harmonia facial (TOLEDO, 1986; GUEDES-PINTO, 1988; KOCH et al., 1995; CORRÊA, 1998).

Desde os anos 50, diversos estudos de diferentes regiões do mundo, têm focalizado o problema da cárie dentária em crianças pré-escolares, como pode ser visto a seguir:

Dados Internacionais

Nos Estados Unidos, TOVERUD et al (1953) observaram que 5% das crianças já apresentavam cárie com um ano de idade; 10%, aos dois anos; 40%, aos três anos e 55%, aos quatro anos.

No mesmo país, HENNON et al (1969) realizaram um estudo em 915 crianças pré-escolares, verificando que 8,3% das crianças entre 18 a 23 meses de idade, apresentavam cáries, porcentagem esta que aumentou para 57,2% em crianças entre 36 e 39 meses.

Na Inglaterra, WINTER et al (1971), estudando 602 crianças, com idade variando entre 12 e 60 meses, encontraram uma prevalência de cárie de 25% em todo o grupo, sendo que 8% desses apresentavam cárie rampante.

Em um estudo avaliativo das mudanças, ao longo dos anos, em relação à experiência de cárie em crianças inglesas e galesas de cinco anos de idade, DOWNER (1992) observou um declínio no índice ceo-d⁴ médio, no período de 1973 a 1983, de 7,7% ao ano, enquanto no período de 1983 a 1990, esse declínio foi de apenas 0,9%. Além disso, em alguns locais do país, a experiência de cárie em crianças de cinco anos, mostrou um ligeiro aumento. O mesmo autor, em 1995, após avaliação do levantamento epidemiológico bucal do Reino Unido de 1993, reafirmou sua

⁴ O mesmo que índice ceo (dentes decíduos cariados, com extração indicada ou obturados), quando tomado por superfície dentária envolvida, é chamado de ceo-s (Pinto, 2000). Os três termos serão utilizados no texto conforme referido pelos autores.

preocupação com a faixa etária de cinco anos de idade, citando que essa parcela de crianças seria a determinante do padrão de cáries em crianças mais velhas e adolescentes, no futuro.

Na Islândia, HOLBROOK (1993), estudando 158 crianças pré-escolares na cidade de Reykjavik, inicialmente com quatro anos de idade e acompanhadas até os seis anos, observou um aumento no índice ceo médio, de 3,3 para 5,8, respectivamente, e acrescentou que crianças com índice ceo > 5 , aos quatro anos de idade, tinham uma predisposição significativamente maior de ter cáries aos seis anos, do que as que apresentaram um índice ceo < 5 , aos quatro anos.

Cerca de 50 - 70% das crianças pré-escolares, nos países nórdicos ainda são afetadas pelas cáries dentais (KOCH et. al., 1995). Na Suécia, um estudo de STECKSÉN-BLICKS & BORSSÉN (1999), demonstrou mudanças no índice ceo em crianças de quatro anos de idade, na cidade de Umea, no período de 1967-1997. Assim, em 1967, o índice ceo médio era de 7,8, caindo para 4,5 em 1971; em 1979 era 2,9, reduzido para 2,0, em 1980 e 1987; já em 1992, o índice era de 1,8, mas aumentou para 2,0, em 1997. O estudo apontou também a correlação do último aumento com o maior número de crianças imigrantes ou refugiadas e a elevação do consumo de açúcar, entre 1987 e 1997.

No mesmo país, WENDT et al (1999) verificaram que, a partir dos três anos de idade, a prevalência de cárie aumenta até a idade em que os dentes decíduos começam a esfoliar, mesmo em crianças que freqüentam o serviço dental, anualmente. Os autores também relataram diferenças de incremento entre grupos de crianças suecas e imigrantes. O aumento médio na prevalência de cárie, entre 3 e 6 anos, foi de 1,3 para nativos, e de 3,6 para imigrantes.

Na Jordânia, HATTAB et al (1999), estudando uma amostra de 424 crianças de creches públicas e privadas, entre 12 a 47 meses de idade (média de 33 meses) e um grupo adicional de 86 crianças, entre 48 a 54 meses, em relação à experiência de cárie, observaram que entre 12 e 23 meses, 13% das crianças já tinham, pelo menos, um dente cariado. A proporção aumentou, significativamente, com a idade, pelo que somente 48% das crianças, entre 48 a 54 meses, estavam livres de cárie. Os autores enfatizam

que os dados estariam abaixo da meta global da OMS-FDI, para o ano de 2000.

Na Austrália, um estudo de SEOW et al (1999), conduzido em crianças aborígenes de 1 a 3,5 anos de idade, demonstrou uma prevalência de cárie dentária de 39%. O índice ceo médio foi de $2,5 \pm 0,4$, número duas vezes maior do que o índice encontrado em crianças australianas, na faixa de três anos.

DAVIES (1998), afirma que vários estudos já estabeleceram sem dúvida alguma, que a ECC é bastante prevalente em populações de classe socioeconômica baixa, e é precisamente a mesma doença, quer ocorra na África, Ásia, Austrália, Europa, América Central, do Norte ou do Sul.

Dados Nacionais

No Brasil, CORREIA & MCAULIFFE (1999), relacionam período escolar à faixa etária entre 5 e 14 anos, e citam a cárie como uma morbidade característica desse intervalo. Já TOLEDO (1986), verificou que, aos três anos, 33% dos molares decíduos já estavam cariados, percentual que aumentou para 68%, aos seis anos. No entanto, o autor não apresentou dados sobre a epidemiologia em crianças com idade inferior a três anos.

Em 1993, MORITA et al. estudaram 2264 crianças de Londrina, entre 0 e 36 meses, observando 3,8% de prevalência de cárie em <12 meses, 24,3% entre 13 - 24 meses, e 45,9% entre 25 - 36 meses.

Em outro estudo, MEDEIROS et al (1998) realizaram uma investigação em 726 crianças de 6 a 36 meses de idade, de diversos grupos étnicos e classes sociais, no Rio de Janeiro, e encontraram uma prevalência de cárie de 1,56%, na faixa de 6 a 12 meses, e de 35%, na faixa de 25 a 36 meses.

Da mesma forma, MATTOS-GRANER et al (1998), investigando 142 crianças paulistas na faixa etária de 1 a 2,5 anos, diagnosticaram a presença de cárie em 16,9 % dessas, com um total de 188 lesões de cáries detectadas.

SAITO et al. (1999), estudando 154 crianças entre 18 e 48 meses, em Piracicaba – SP, encontraram uma prevalência de cárie de 60%, com um índice ceo-s médio de 3,4.

Em um estudo realizado com o intuito de verificar as reais necessidades de tratamento dentário em população de baixa renda, MARTINS et al (1999) avaliaram 72 fichas clínicas de crianças que buscaram tratamento, todos residentes em uma favela da zona metropolitana de Belo Horizonte, em que 38 dessas crianças (52,8%) tinham entre 3 e 5 anos de idade e 34 (47,2%) entre 6 e 9 anos. Entre as crianças do grupo de 3 a 5 anos, 94,7% já apresentavam lesões cariosas, no momento do exame.

CERQUEIRA et al (1999), pesquisando crianças de 0 a 36 meses, na cidade de Natal – RN, verificaram que o aumento da prevalência de cárie, entre o primeiro e o segundo ano de vida, era maior do que o incremento entre o segundo e terceiro ano, demonstrando a necessidade de aplicação de medidas preventivas por parte dos pais, logo após o nascimento.

Para GUEDES-PINTO (1988), o agudo desnível, no Brasil, entre o custo dos serviços odontológicos e a capacidade de pagamento das pessoas, é indiscutível, e, para solução do quadro em que se encontra a saúde bucal da população, não se pode deixar de caminhar rumo à socialização da Odontologia, baseada em prevenção.

Cárie Dental Precoce: Conhecer para Prevenir

As cáries dentárias são comumente descritas como um resultado do processo de exposição dos dentes a carboidratos fermentáveis e à placa bacteriana (KOCH et al, 1995).

BURNE (1998) afirma que o desenvolvimento das lesões de cárie corresponde a uma batalha em gangorra, entre as forças de desmineralização – remineralização (DES – RE). Quando o hospedeiro coloca o peso final, na forma de uma dieta rica em carboidratos, a balança pende em favor da acidificação, pelos microorganismos cariogênicos.

O equilíbrio dos eventos será determinado por um conjunto de fatores, tais como o conteúdo de componentes cariogênicos e elementos que protegem contra a cárie no alimento, padrões de ingestão alimentar, quantidade de placa, quantidade e qualidade da saliva, susceptibilidade da superfície dentária e concentração de flúor no ambiente (THEILADE & BIRKHED, 1988, p.119).

Segundo KARJALAINEN et al (1993), há uma correlação positiva entre uma alta frequência de ingestão de sacarose e o aumento da microflora da placa dental e salivar.

Para LOESCHE (1993), é preciso centralizar o aconselhamento dietético preventivo naqueles indivíduos que correm mais risco de uma infecção por microorganismos dieto-dependentes. Esta situação se aplica às crianças cujas mães são cárie-ativas e/ou possuem o hábito de consumir alimentos doces, com alguma frequência. E afirma que o uso de substitutos da sacarose em alimentos e guloseimas, é um meio prático e lógico de reduzir a incidência de cárie, sem alterar hábitos alimentares normais. Os substitutos da sacarose, menos acidogênicos, são os polióis, tais como sorbitol, manitol, malitol e xilitol, todos considerados menos cariogênicos que a sacarose, em modelos animais.

Conforme MOCHEL FILHO (1998), uma criança crescendo em um ambiente cercado por pessoas infectadas pela cárie dental, tendo um consumo alto e freqüente de sacarose, corre um risco maior de se tornar infectada.

Como o açúcar está presente no leite materno ou é adicionado às mamadeiras, se, desde o nascimento do primeiro dente, hábitos incorretos de dieta forem imputados à criança, como: aleitamento noturno, sem higienização das superfícies dentais; manutenção dessa prática, por longo tempo (> 2 anos de idade); e número de alimentações > 5, há uma grande chance desta criança vir a ter sua primeira experiência de cárie precocemente (MARTINS et al, 1998).

KING (1978) demonstrou uma relação positiva entre a frequência de ingestão de doces da mãe e da criança. Se as mães

consomem doces, seis ou mais vezes por dia, em 61% dos casos os bebês também ingerem doces, com a mesma freqüência.

Pelo exposto, a mãe, sendo responsável direta pela introdução de diferentes tipos de alimentos na dieta da criança, tem papel fundamental na determinação do grau de risco à cárie dentária de seu filho (MARTINS et al, 1998).

Segundo EKSTRAND et al (1988), a presença da placa bacteriana é o fator principal para o desenvolvimento da cárie dentária; enquanto isso a higienização correta, bem como a utilização de substâncias químicas auxiliares na supressão ou eliminação da microflora prejudicial ao esmalte, são as melhores formas de prevenção da doença.

Conforme KOCH et al (1995), atualmente cerca de 90% dos indivíduos, nos países ocidentais industrializados, escovam os seus dentes mais ou menos regularmente. WINSTON & BHASKAR (1998) complementam que diversos estudos clínicos confirma que o uso de dentifrício fluoretado reduz a incidência de cáries dentárias.

Na Inglaterra, GIBSON & WILLIAMS (1999) referiram que as melhorias nas condições de saúde oral, nos últimos trinta anos foram resultado do uso de pasta dental fluoretada, em associação a outros fatores sociais, ambientais e econômicos. Em que pese o fato, as maiores diferenças de prevalência de cárie dental que ainda persistem, são entre minorias étnicas de crianças pré-escolares.

Segundo PINTO (2000), não há dúvidas praticamente, dúvida de que a adição de flúor, nos dentifrícios deu uma importante contribuição para o declínio da cárie. Mais de 46% da variação observada no declínio anual de cárie na década de 70, em 14 países, foi explicada pela proporção de dentifrícios fluoretados.

Para DAVIES et al (1995), o aumento na incidência de cárie dentária em crianças de baixa renda, no Reino Unido, durante os anos 90, pode ter sido influenciado pela queda nas vendas de pasta dental de 19 milhões de litros em 1989, para 17 milhões de litros, em 1994.

Conforme KWON & GUEDES-PINTO (1988), é essencial lembrar que o importante é a perfeição da limpeza e não a freqüência da escovação. Entretanto, como hábito, tem-se preconizado que é

preciso escovar os dentes, após as refeições, e, principalmente, antes de deitar.

PINTO (2000) afirma que a placa, uma vez removida, torna a se formar de imediato, mas necessita de 24 a 48 horas para amadurecer. Assim, uma única escovação diária seria necessária para uma efetiva higienização. No entanto, o autor reafirma as conclusões da Conferência Internacional Sobre Pesquisas Biológicas em Doenças Periodontais (ILLINOIS/CHICAGO, 1977), no sentido de que uma cuidadosa escovação, duas vezes ao dia, é uma prática satisfatória.

De fato, GIBSON & WILLIAMS (1999) sugerem que escovação dentária regular (duas vezes ao dia), com creme dental fluoretado, pode ter um maior impacto na cárie do que a redução do consumo de alimentos doces.

Segundo ROSA & SANCHES (2000), é importante que a limpeza da cavidade bucal da criança se inicie entre 6 e 12 meses de idade, até porque isso ajuda a desenvolver o hábito da escovação.

BORGES & TOLEDO (1999) afirmam que a educação em saúde bucal e exames odontológicos, realizados ainda no primeiro ano de vida, constituem um excelente método para fazer com que a atenção dos pais seja direcionada para a futura saúde oral do seu filho; e que a atenção precoce, por sinal, tem início na educação da gestante, a qual, não raro mostra-se receptiva por estar em momento psicologicamente propício a adquirir novos conhecimentos e mudar padrões até então arraigados.

Para JOHSEN (1998), uma das prioridades em educação e estudos comportamentais, deveria centralizar-se no “desenvolvimento e avaliação de material educacional e programas para vários grupos raciais, étnicos e culturais, em como prevenir a ECC”.

Vem daí o pensamento de que, com a implantação de métodos motivacionais de conscientização para o problema da cárie precoce, com a introdução de hábitos de higiene bucal desde cedo e com a aceitação das recomendações dietéticas adequadas, possamos corroborar a afirmação de MARTINS et al. (1998) de “que não existem dentes fracos e sim, negligenciados”.

Referências

- BORGES, E.S. de M.T.; TOLEDO, O.A. de. **Prevalência de Cárie em Crianças de 0-5 Anos**: avaliação após 5 anos de um programa preventivo. *Rev. ABO Nacional*, v. 7, n. 5, p.298-303, 1999.
- BOWEN, W.H. *Response to Seow*: biological mechanisms of early childhood caries, **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 26, suppl. 1, p. 28-31, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Pública. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Brasil**, zona urbana, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- BURNE, R.A. Oral Streptococci...products of their enviroment. **J Dent Res.**, Washington, v.77, n.5, p. 445-452, 1995.
- CERQUEIRA, L.M.; ALVES, M. do S.C.F.; BÖNECKER, M.J.; PINHO, A.L. dos S. Estudo da Prevalência de Cárie e da Dieta em Crianças de 0 a 36 Meses na Cidade de Natal – RN. **J Bras Odontoped Odonto Bebe**, Curitiba, v. 2, n. 9, p. 351-356, 1999.
- CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos, 1998. 679 p.
- CORREIA, L.L., McAULIFFE, J.F. Saúde Materno Infantil. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**, 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 375-403.
- DAVIES, G.N. Early Childhood Caries – a synopsis. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 26, suppl. 1 , p. 106-116, 1998.
- DAVIES, R.M.; HOLLOWAY, P.I.; ELLWOOD, P. The Role of Fluoride Dentifricies in a National Strategy for the Oral Health of Children. **Br Dent J.**, London, v. 179, p. 84-87, 1995.
- DOWNER, M.C. The Changing Pattern of Dental Disease Over 50 Years. **Br Dent J.**, London, v. 185, n.1, p. 36-41, 1998.

EKSTRAND, J.; FEJERSKOV, O.; SILVERSTONE, L.M. **Fluoride in Dentistry**. Copenhagen: Munksgaard, 1988. 224 p.

FADEL, C. B.; KOZLOWSKI JR., V. A. Cárie Dental Precoce – uma estratégia mais ampla de prevenção. **J Bras Odontoped Odonto Bebe**, Curitiba, v.3, n.14, p.313-317, jul.-ago. 2000.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (FDI). Goals for Oral Health in the Year 2000. **Br Dent J.**, London, p. 21-22, Jan. 5, 1982.

GIBSON, S., WILLIAMS, S. Dental Caries in Pre-School Children: associations with social class, toothbrushing habit and consumption of sugars and sugar-containing foods. **Caries Res.**, Copenhagen, v. 33, n. 2, p. 101-113, 1999.

GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. vol. 1, São Paulo: Santos, 1988. 613 p.

HATTAB, F.N.; AL-OMARI, M.A.O.; ANGAMAR-MANSSON, B.; DAOUD, N. The Prevalence of Nursing Caries in One-to-four-year-old Children in Jordan. **J Dent Child.**, Chicago, v., p. 53-58. Jan./Feb. 1999.

HENNON, D.K., STOOKEY, G.K., MUHLER, J.C. Prevalence of Dental Caries in Preschool Children. **JADA**, Chicago, v. 79, p. 1405-1414, Dec. 1969.

HOLBROOCK, W.P. Dental Caries and Cariogenic factors in Pre-School Urban Icelandic Children. **Caries Res.**, Copenhagen, v. 27, p. 431-437, 1993.

JOHNSEN, D.C. Response to Horowitz: research issues in early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 26, suppl. 1, p. 82-83, 1998.

KARJALAINEN, S.; KARJALAINEN, M.; SÖDERLING, E. Effect of Sucrose Rinses on the Oral Microflora and on Salivary Sucrase Activity. **Caries Res.**, Copenhagen, v.27, p. 38-42. 1993.

KING, J.M. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v, 6, n. 2, p. 47-52, 1978.

KOCH, G.; MOODEÉR, T.; POUSEN, S.; RASMUSSEN, P. **Odontopediatria**: uma abordagem clínica. 2 .ed. São Paulo: Santos, 1995. 374 p.

KWON, H.S.; GUEDES-PINTO, A.C. Higiene Buco Dental em Crianças. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. vol. 1, São Paulo: Santos, 1988. Cap. 28, p. 583-613.

LOESCHE, W.J. **Cárie Dental**: uma infecção tratável. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1993. 346 p.

MACIEL, S.M.; CHEDID, R.R.; GUEDES-PINTO, A.C. Cárie Dentária. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. vol. 1, São Paulo: Santos, 1988. Cap. 21, p. 353-401.

MARTHALER, T.M., Changes in The Prevalence of Dental Caries: how much can be attributed to changes in Diet ? **Caries Res.**, Copenhagen, v.24 (suppl 1), p.3-15, 1990.

MARTHALER, T.M.; MULLANE, D.M.; VRBIC, V. The Prevalence of Dental Caries in Europe 1990 – 1995. **Caries Res.**, Copenhagen, v. 30, p. 237-255, 1996.

MARTINS, A.L.C.; FERNANDES, F.R.C.; CORRÊA, M.S.N.P.; GUERRERA, A.C. A Cárie Dentária. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos, 1998, Cap. 17, p.195-208.

MARTINS, M.D.; ARAÚJO, R.G.D.; VELOSO, N.F. Avaliação das Necessidades de Tratamento Odontológico de Crianças de Baixa Renda. **J Bras Odontoped Odonto Bebe.**, Rio de Janeiro, v. 2, n.6, p.132-136, 1999.

MARTINS, M.H.S. **Valor Nutritivo dos Alimentos Definido por Pesos Médios, Frações e Medidas Caseiras**. Recife: UPE, 1982. 109 p.

MATTOS-GRANER, R.O.; ZELANTE, F.; LINE, R.C.S.R.; MAYER, M.P.A. Association between Caries Prevalence and Clinical, Microbiological and Dietary Variables in 1.0 to 2.5 – Year – old Brazilian Children. **Caries Res.**, Copenhagen, v. 32, p. 319-323, 1998.

MEDEIROS, U.V., SOUZA, M.I.C., FONSECA, C.T. Prevalência de Cáries em Pacientes Bebês. **J Bras Odontoped Odonto Bebe**, Curitiba, v.1, n. 3, p. 23-25, 1998.

MOCHEL FILHO, J.R. Algumas Causas Comumente não Detectadas da Cárie Dental. **Rev ABO Nac.**, São Paulo, v.6, n.1, p.37-43, fev./mar. 1998.

MORITA, M.C.; WALTER, L.R.F.; GUILLAIN, M. Prévalence de la Carie Dentaire Chez des Enfants Brésiliens de 0 à 36 mois. **J Odont Stomat Pédiat**. v.3, n.1, p. 19-28, mar. 1993.

NARVAI, P.C. O Brasil e as Metas OMS-2000. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, v. 7, n. 6, p. 374-377, dez. -1999/ jan.-2000.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000. 541 p.

ROBERTSON, A.; BRUNNER, E.; SHEIHAM, A. Food is a Political Issue. In: MARMOT, M ; WILKINSON, R.G. **Social Determinants of Health**. New York: Oxford University Press, 1999. Cap. 9, p. 179-210.

ROSA, O.P.S.; SANCHES, F.A.C. Transmissibilidade de Estreptocococs Mutans de Mãe para Filho e Prevenção. **Rev Dental Press de Biologia Oral**, v. 1, n.1, p.37 – 50. Jan./fev./mar./abr. 2000.

SAITO, S.K.; DECCICO, H.M.U.; SANTOS, M.N. Efeito da Prática de Alimentação Infantil e de Fatores Associados Sobre a Ocorrência de Cárie Dental em Pré-escolares de 18 a 48 meses. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 05-11, jan./mar. 1999.

SEOW, W.K.; AMARATUNGE, A.; SIM,R.; WAN, A. Prevalence of Caries in Urban Australian Aborigines Aged 1 – 3.5 years. **Pediatr Dent.**, Chicago, v. 21, n. 2, p. 91-96, Mar./Apr. 1999.

STECKSÉN-BLICKS, C., BORSSÉN, E. Dental Caries, Sugar-eating Habits and Toothbrushing in Groups of 4-year-old Children 1967 – 1997 in the City of Umea, Sweden. **Caries Res**, Copenhagen, v.33, n. 6, p. 409-414, 1999.

STELLUTO JUNIOR, A. Sobram Dentistas, mas o Brasil tem 25

milhões de Desdentados. **Rev ABO Nac.** São Paulo, v. 1, n. 1, p.19-20, jul./set.1993.

THEILADE, E., BIRKHED, D. Dieta e Cárie. In: THYLSTRUP, A., FEJERKOV, O. **Tratado de Cariologia.** Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1988, p. 1117-1154.

TINANOFF, N. Introduction to the Early Childhood Caries Conference: initial description and current understanding. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 26, suppl. 1, p. 5-7, 1998.

TOLEDO, O. A. de. **Odontopediatria:** fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Panamericana, 1986. 243 p.

TOMITA, N.E., BIJELLA, V.T., LOPES, E.S., FRANCO, L.J.. Prevalência de Cárie Dentária em Crianças da Faixa Etária de 0 a 6 anos Matriculadas em Creches: importância dos fatores socioeconômicos. **Rev Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 413-20. 1996.

TOVERUD, G.; FINN, S.B.; COX, G.I.; BODECKER, C.F.; SHAW, J.H. **Survey of the Literature of Dental Caries.** Washington D.C.: National Academy of Sciences – National Research Council, 1953. [Publication 225].

VARGAS, C.M., CRALL, J.J., SCHNEIDER, D.A. Sociodemographic Distribution of Pediatric Dental Caries: NHANES III, 1988 – 1994. **JADA**, Chicago, v. 129, p.1229-1238, Sept. 1998.

WINSTON, A.E., BHASKAR, S.N. Caries Prevention in the 21st Century. **JADA**, Chicago, v.129, p.1579-1587, Nov. 1998.

WINTER, G.B.; RULE, D.C.; MAILER, G.P.; JAMES, P.M.C.; GORDON, P.H. The Prevalence of Dental Caries in Pre-school Children Aged 1 to 4 Years. **Br Dent J**, London, v. 130, p. 434-436, 1971.

WENDT, L.K., HALLONSTEN, A.L., KOCH, G. Oral Health in Pre-school Children Living in Sweden. Part III – a longitudinal study: risk analyses based on caries prevalence at 3 years of age in immigrant status. **Swed Dent J**, Stockholm, v. 23, n. 1, 17-25, 1999.

PARTE V
DIVERSIDADES

O PROCESSO SELETIVO PARA A RESIDÊNCIA MÉDICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ NO ANO 2000

*Rita Erotildes Maranhão Mariano
Marcelo Gurgel Carlos da Silva*

Introdução

A questão dos recursos humanos, no Brasil, tem sido objeto de discussão, há muitas décadas. Na realidade, a história das políticas de saúde sempre esteve atrelada à necessidade de melhorar, tanto quantitativa como qualitativamente, os recursos humanos encarregados das ações de saúde (SANTANA & GIRARDI, 1993; SCHRAIBER & PEDUZZI, 1993).

Todavia, os avanços alcançados com a Constituição de 1988, ao assegurar "a saúde como direito do cidadão e dever do Estado", estipulando como princípios fundamentais, o atendimento integral, a hierarquização, a universalidade, a resolutividade das ações de saúde e a participação popular nos serviços, requerem um perfil de recursos humanos capacitado para atender às exigências desse novo modelo assistencial (PIERANTONI & MACHADO, 1993).

De acordo com SCHRAIBER & PEDUZZI (1993), o movimento de reformas sanitárias atribui uma relevância especial aos recursos humanos, e entendem que a sua capacitação, com características de "novo ator", é fundamental para enfrentar os novos desafios advindos da reforma, colocando-o numa posição de agente de transformação. E afirmam: "[...] espera-se que os recursos humanos, por sua importância como componente das práticas, atuem através de sua transformação, como "agente de mudança" da própria prática".

Há, então, um incremento das propostas de formação dos recursos humanos em saúde, para atender às necessidades dos serviços. Essas propostas vinham sendo objeto de análise em vários encontros, inclusive por ocasião da VIII Conferência Nacional de

Saúde, configurando-se, a partir da Constituição, como uma das quatro questões fundamentais para a implementação do SUS, além da descentralização, do financiamento e do controle social (BRASIL, 1988; BÓGUS *et al.*, 1995; TEIXEIRA *et al.*, 1996; ALMEIDA, 1996; GARRAFA, 1996; TEIXEIRA & PAIM, 1996; BRASIL, 2000).

Entretanto, segundo as considerações de SANTANA & GIRARDI (1993), o que se observava era “uma completa inadequação entre as disponibilidades quantitativas e qualitativas dos recursos humanos e os objetivos e metas preconizados para o Sistema Único de Saúde – SUS”.

Quanto à essa perspectiva de capacitação, na busca de adequação dos recursos humanos às novas exigências dos serviços de saúde, GARRAFA (1996) é categórico ao afirmar que:

“No momento em que o SUS configurou-se como um compromisso constitucional irreversível, todo setor responsável pela formação de recursos humanos em saúde deveria ter sofrido uma imediata e profunda transformação no sentido de melhor enfrentar (e vencer) os desafios que lhes foram colocados.”

No entanto, a própria Constituição já estabelecia em seu artigo 200, inciso III, ser competência do SUS, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988; SANTANA & GIRARDI, 1993; ALMEIDA, 1996; AMARAL, 1996), tendo se observado, porém, ao longo dos anos, que essas disposições não foram cumpridas, apesar, inclusive, de serem objeto de reivindicação nos diversos momentos de definição das políticas para o setor saúde (ALMEIDA, 1996).

Para vários autores, a questão da organização dos recursos humanos passa pela elaboração e implementação de algumas medidas inovadoras, sendo necessário “negociar novas bases legais e administrativas para a regulação profissional, educacional e das relações de trabalho para a saúde” (SANTANA & GIRARDI, 1993), consubstanciadas em: garantia de sua contratação formal, que assegure os seus direitos como trabalhador; cumprimento do que estabelece a legislação, quanto à responsabilidade do setor saúde, na formação dos recursos humanos, e nesse caso, participando da

definição de criação de cursos e instalação de escolas universitárias; modernização dos processos gerenciais e o estabelecimento de compromissos com os profissionais que assegurem a oferta adequada dos serviços de saúde à população (NOGUEIRA, 1985; SANTANA, 1993; SANTANA & GIRARDI, 1993; BÓGUS *et al.*, 1995; NOGUEIRA, 1996; MEDICI & GIRARDI, 1996).

Além disso, outras reflexões precisam ser feitas, principalmente quanto à qualidade do sistema educacional de formação de nível superior, em razão da situação de crise em que se encontram esses aparelhos formadores de recursos humanos para o setor saúde, e, também, quanto à repercussão que essa conjuntura tem sobre a oferta dos serviços à população, principalmente o profissional médico.

Vale aqui uma breve reflexão sobre a ênfase dada aos profissionais médicos neste estudo, que, por sinal, é corroborada em pesquisas realizadas por BLOCH, em 1985, e, posteriormente, por SCHRAIBER & PEDUZZI, em 1993, ambas constatando que na grande maioria da produção científica sobre recursos humanos, o profissional médico aparece como “eixo do sistema de saúde, refletindo sua posição historicamente hegemônica no cenário da saúde”, e, portanto, sujeito principal das diversas proposições de melhorias do setor. Essa assertiva é confirmada por SCHRAIBER & NEMES (1996), que justificam sua escolha pelo estudo voltado para a categoria médica, afirmando que: “[...] a prática médica é a fundadora da técnica científica moderna e o núcleo original, do qual outros trabalhos derivam, constituindo-se, por isso, prática dominante e hegemônica no conjunto das ações em saúde”.

No processo de formação desse profissional, a Residência Médica é atualmente parte integrante da Educação Médica, configurando-se como a interface entre as instituições de ensino formadoras do profissional médico e os serviços de saúde, nos quais serão inseridos posteriormente. Representa o ingresso do profissional no mercado de trabalho, visto que alguns dos direitos trabalhistas são observados, e, para muitos, configura-se como o primeiro emprego de suas vidas profissionais (MARSIGLIA, 1995; MACHADO *et al.*, 1997; FEUERWERKER, 1998).

Oriunda de uma política de saúde voltada para atendimento individual e fragmentado, a Educação Médica, no Brasil, tem deixado lacunas, pelo que a Residência Médica surge como alternativa para complementar a formação profissional. Considerada como uma forma de treinamento em serviço, a Residência Médica proporciona uma diversidade de experiências práticas, configurando-se como “*a porta de entrada*” do recém-formado no exercício profissional (MARSIGLIA, 1995; MACHADO *et al.*, 1997; FEUERWERKER, 1998).

Estima-se que 70% dos médicos que se formam, em todo Brasil, têm acesso a um programa de Residência Médica, que geralmente dura dois anos, a não ser em algumas especialidades, que exigem, como pré-requisito, a residência em uma especialidade básica, antes de passarem para uma outra de um nível de complexidade maior (MACHADO *et al.*, 1997; FEUERWERKER, 1998).

Embora seja vinculada ao Ministério de Educação e Cultura – MEC, a Residência Médica não é parte da Universidade, sendo da responsabilidade dos serviços de saúde e das instituições que oferecem o programa (MACHADO *et al.*, 1997; FEUERWERKER, 1998).

No Ceará, os maiores programas de Residência Médica encontram-se na rede pública estadual do Sistema Único de Saúde – SUS-CE, sob a responsabilidade da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA/CE, e estão administrativamente vinculados à Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE, sendo coordenados pelo Centro de Coordenação de Residência Médica – CERME. (SILVA, 1997; SILVA *et al.*, 2000)

Anualmente são ofertadas vagas nos 6 (seis) hospitais da rede pública estadual: Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Geral Cesar Cals, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital de Cardiologia de Messejana, Hospital de Saúde Mental de Messejana e Hospital São José de Doenças Infecciosas, além da ESP-CE, que assume, diretamente, o Programa de Residência em Medicina Geral e Comunitária, este com o currículo adaptado para Medicina de Família e direcionado para o Programa de Saúde da Família – PSF. (SILVA, 1997; SILVA *et al.*, 2000)

No entanto, mesmo diante das informações aqui apresentadas, persistem algumas indagações: O profissional de saúde está tendo uma formação profissional adequada às necessidades dos serviços de saúde nos quais serão inseridos? Qual é o perfil do profissional formado na graduação, e o que busca a Residência Médica? A Residência Médica como treinamento em serviço, atende às expectativas de cobrir as lacunas deixadas pela formação profissional? O processo seletivo para a Residência Médica consegue aferir essas lacunas de formação?

A necessidade de responder a esses questionamentos que envolvem conhecer o perfil e aferir os conhecimentos em Saúde Pública dos profissionais que se inscreveram no processo seletivo para os Programas de Residência Médica oferecidos por esses hospitais, para o ano 2000, extensiva à própria avaliação do processo seletivo a que se submeteram, no intuito de identificar a sua validade como instrumento de identificação das necessidades de aprimoramento das lacunas de conhecimento oriundas da graduação, constituíram-se os principais motivos que impulsionaram a realização desse trabalho.

Objetiva-se, portanto, avaliar o processo seletivo da Residência Médica no Estado do Ceará, observando as características e o desempenho dos candidatos para ingresso no Programa, no ano 2000, com ênfase nos procedimentos de aferição de conhecimentos e de títulos.

Espera-se, com este estudo, contribuir para o aprimoramento do processo seletivo para ingresso no programa de Residência Médica, no Estado do Ceará, bem como proceder uma discussão em torno das reais perspectivas do programa de Residência Médica, como agente capacitador de recursos humanos em saúde, no caso o profissional médico.

Material e Métodos

Buscou-se adotar os métodos de pesquisa (qualitativo e/ou quantitativo) mais adequados aos objetivos propostos, além da

utilização de técnicas e instrumentos coerentes com o tipo de dados e informações coletados.

A população deste estudo constituiu-se de 381 candidatos ao processo seletivo para a Residência Médica do SUS, no Estado do Ceará, para ingresso no ano 2000.

As 20 (vinte) questões de Medicina Preventiva e Social (MS), constantes da prova básica geral e especialidades com acesso direto, compuseram o subconjunto do material de estudo, as quais foram analisadas quanto à validade, confiabilidade e grau de dificuldade, utilizando os critérios observados na literatura para esse tipo de análise.

Outros documentos também foram analisados, tais como a legislação que regulamenta a Residência Médica, tanto no âmbito nacional como estadual.

Um questionário com 20 (vinte) perguntas fechadas foi elaborado, partindo-se de um modelo utilizado anteriormente e que já é parte integrante dos formulários que o candidato preenche no ato de inscrição. O referido questionário objetivava conseguir apreender todas as informações possíveis referente à situação sócio-econômica e educacional dos pretendentes e futuros residentes.

As fichas de inscrição possibilitaram complementar os dados obtidos, com informações sobre sexo, idade, naturalidade, estado civil, Universidade ou Instituição de Ensino Superior de origem e ano de formatura.

Dados adicionais foram obtidos através do edital do processo seletivo, da análise padronizada do curriculum vitae e dos resultados finais divulgados publicamente.

Para a análise dos dados constantes nesse trabalho foram classificados os programas de Residência Médica, ofertados aos candidatos, nas seguintes áreas:

- **Grandes Áreas Básicas (GB): Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Geral e Comunitária e Pediatria.**
- **Outras Básicas (OB): Anestesiologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria, Radiologia e Traumatologia e Ortopedia.**

- ***Especialidades (ES):***
- ***Cirúrgicas (CI): Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Plástica, Transplante Renal e Urologia.***
- ***Clínicas (CL): Cardiologia, Pneumologia e Terapia Intensiva.***
- ***Pediátricas (PE): Hematologia Pediátrica e Neonatologia (R-3)***
- ***Específicas (SP): Cardiologia (R-3), Cirurgia Pediátrica, Endoscopia, Ginecologia (R-3) e Pneumologia (R-3).***

De acordo com o resultado final do processo seletivo fez-se a classificação dos candidatos, que foram divididos em:

A – Aprovado;

C – Classificável;

F – Faltou - candidatos que faltaram a prova escrita e

R – Reprovado - onde foram incluídos os candidatos que não atingiram a pontuação necessária na prova escrita.

Resultados

O resultado da análise de todo o material coletado nesta pesquisa, como as fichas de inscrição dos candidatos, o edital do processo seletivo, a análise padronizada do “currículum vitae”, a prova aplicada aos candidatos, o questionário preenchido no momento da inscrição, os resultados finais divulgados publicamente, em confronto com a bibliografia que trata do tema, possibilitou a apresentação dos seguintes resultados:

1) A análise do currículo, procedida no processo seletivo, é bastante abrangente e busca identificar o desempenho dos profissionais nas suas atividades curriculares e sua inserção nas atividades acadêmicas, premiando aqueles que tiveram melhor atuação, no decorrer de sua vida universitária. Dada à sua característica de poder identificar, inclusive, jovens talentos, deveria, portanto, ser estruturada de forma a servir de base para um processo de iniciação e estímulo à produção científica, entre os profissionais;

2) A modalidade de teste escolhida para esse tipo de seleção, ou seja, o teste de múltipla escolha, está, realmente, em consonância com os objetivos do processo seletivo, que lida com grande quantidade de candidatos e portanto requer um método ágil na sua execução;

3) A elaboração das questões do teste de múltipla escolha, obedece a um processo bem estruturado, inclusive com a capacitação dos profissionais que são incumbidos do desempenho dessa tarefa. No entanto, como ficou claro, não é uma tarefa fácil e demanda muito tempo para sua execução, sendo, exatamente, a falta de tempo, o motivo maior da presença de quesitos mal elaborados.

4) Ainda com relação à elaboração das provas, observou-se que várias questões necessitam de uma cuidadosa e detalhada revisão, e conseqüente reformulação, de modo a adequar tanto os enunciados quanto os distratores às suas reais finalidades, voltadas para auxiliar na difícil tarefa de selecionar os melhores candidatos ou os candidatos mais preparados. Seria interessante que essa revisão acontecesse bem antes de iniciar os preparativos para um novo processo seletivo;

5) Quanto ao perfil dos candidatos aos Programas de Residência Médica do SUS/CE para o ano 2000, os dados mostram que são médicos jovens, em que mais de 80% têm menos de 30 anos, portanto recém-egressos do curso de medicina. A sua maioria, ou seja, mais de 60% ainda é constituída de solteiros e, apesar da tendência da medicina ser uma profissão feminina, nesse processo prevaleceu o sexo masculino, com mais de 60% dos inscritos.

6) Em relação aos aspectos econômicos, nota-se que grande parte, em torno de 40% desses profissionais, continua morando com os pais e irmãos, sendo que mais de 60% possuem casa própria e acima de 80% já dirigem seu próprio carro e que pertencem à uma seleta classe social, visto que mais da metade dos candidatos percebia renda mensal superior a 10 salários mínimos fazendo parte, portanto, dos 3,7% mais ricos do Estado do Ceará. Como fator contributivo, os pais de grande parte dos candidatos, cerca de 70%, tinham segundo grau completo ou curso superior.

7) Confirmando os dados para o Nordeste, a grande maioria é oriunda das escolas particulares, sendo mais de 60% do primeiro

grau e acima de 80% do segundo grau. Em torno de 80%, esses candidatos freqüentaram curso preparatório com vistas à participação do exame vestibular. Portanto, além de serem melhor preparados pelas escolas em que estudaram, ainda possuíam condições financeiras suficientes para um curso de reforço, capaz de fazê-lo galgar a universidade. A grande maioria, 82,2%, concluiu o curso de medicina na Universidade Federal do Ceará;

8) As oportunidades de ingresso em um curso universitário, principalmente de Medicina, são restritas a uma minoria de privilegiados que detêm o poder econômico, sendo que para os menos favorecidos essas chances quase não existem. Mesmo após o ingresso na universidade e o conseqüente nivelamento proporcionado durante os anos de graduação, praticamente essas diferenças não são dirimidas. Atribui-se a isso, provavelmente, o fato de que as oportunidades continuam a ser diferenciadas, mesmo após o ingresso na faculdade, principalmente no que se refere ao acesso aos onerosos livros didáticos e aos outros materiais utilizados. Os estudantes, cujos pais têm melhor condição financeira, podem dispor dos livros imediatamente após serem solicitados pelos professores, ao passo que aqueles menos abastados, têm como principal opção os livros da biblioteca, usualmente desatualizados, e que nem sempre estão disponíveis nos momentos mais necessários.

9) O processo seletivo que anualmente é desenvolvido pelo Centro de Coordenação da Residência Médica, apesar de se mostrar adequado para os objetivos a que se propõe, ou seja, de selecionar os candidatos para o preenchimento das vagas aos Programas de Residência Médica, disponibilizadas pelos hospitais da rede estadual, poderia, no entanto, fazer parte de um processo mais articulado e melhor estruturado em que os resultados obtidos fossem também utilizados para promover uma maior capacitação dos profissionais envolvidos e suprir as possíveis carências deixadas pela graduação, dando real sentido à sua concepção, buscando, inclusive, uma maior articulação entre as universidades e os serviços que prestam esses programas.

Referências

ALMEIDA, M. J. de. Ordenação pelo SUS da formação de recursos humanos em saúde: contribuição da Rede UNIIDA para a regulamentação do inciso III, artigo 200 da Constituição Federal. *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 34-35, jul/1996.

AMARAL, J. L. do, Recursos humanos para o SUS: opção pela articulação entre os profissionais de saúde, docente e discente, usuários e gestores, a CINAEM, os projetos UNI, os Conselhos de Saúde, a sociedade civil. *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, p. 56-59, jul/1996.

BLOCH, C. Os profissionais de saúde: ampliando o campo de estudo, , In: NUNES, E. D. (Org.). *As Ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, p. 307-319, 1985.

BÓGUS, C. M.; WESTPHAL, M. F.; FERNANDES, E. M.; POSSA, S. A Reforma sanitária e os recursos humanos dos serviços locais de saúde: o caso de Vargem Grande Paulista, *Educación médica y salud*, OPAS/OMS, v. 29, n. 1, p. 20-31, enero/marzo, 1995.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde - Série cadernos técnicos, 32p, junho, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998, 190p.

GARRAFA, V. Saúde x educação ou saúde + educação. *Divulgação em saúde para debate*, n. 12, editorial, jul/1996.

MACHADO, M. H. et al. Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 244p, 1997.

MARSIGLIA, R. G. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil, São Paulo: Hucitec, 1995, 118p.

MEDICI, A. C.; GIRARDI, S. N. Emprego, remuneração de pessoal e produtividade em saúde: um balanço da literatura recente. *Divulgação em saúde para debate*, n. 14, p. 38-43, ago/1996.

NOGUEIRA, R. P. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. *Divulgação em saúde para debate*, n. 14, p. 18-22, ago/1996.

NOGUEIRA, R. P. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema, In: NUNES, E. D. (Org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*, Brasília: OPAS, p. 391-408, 1985.

PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. Profissões de saúde: a formação em questão. *Cadernos RH Saúde – II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde: textos apresentados*, v.1, n.3, Brasília: M.S./CGDRH-SUS., p. 23-34, novembro, 1993.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. *Cadernos RH Saúde – II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde: textos apresentados*, v.1, n.3, Brasília: M.S./CGDRH-SUS, p.51-62, novembro, 1993.

SANTANA, J. P. de; GIRARDI, S. N. Recursos humanos em saúde: reptos atuais, *Educación médica y salud*. OPAS/OMS, v. 27, n. 3, p. 341-399, julio/septiembre, 1993.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde, São Paulo. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n.19, p.106-121, 1996.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil, *Educación médica y salud*. OPAS/OMS, v. 27, n. 3, p. 295-313, julio/septiembre, 1993.

SILVA, J. D. M. Análise das características e do desempenho dos candidatos ao processo seletivo à residência médica do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará para ingresso em 1997. Fortaleza: IOCE/SEAD, 1997, 68p.

SILVA, J. D. M.; SILVA, L. F. G.; SILVA, M. G. C. Características educacionais dos candidatos ao processo seletivo à Residência Médica do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará para

ingresso em 1997. Ceará Médico, n. 1, v. 9, Fortaleza/Ceará, jan/jun, 2000.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. Divulgação em saúde para debate, n. 12, p. 19-23, jul/1996.

TEIXEIRA, M.; MACHADO, M. H.; MOYSES, N.; VIRGINIA, S. R. Trabalho e gestão em saúde: algumas considerações no contexto do SUS, In: Costa, N. do .; Ribeiro, J. M. (Orgs.) Políticas de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90, Rio de Janeiro: Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENPS/FIOCRUZ, 196p., 1996.

EXPERIÊNCIAS DE MULHERES PORTADORAS DE PAPILOMAVÍRUS HUMANA – HPV: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO

*Francisca Márcia Mourão Pereira
Maria Salete Bessa Jorge*

A papilomavírus humana – HPV, ou condiloma ou ainda verruga anogenital, é uma doença de transmissão sexual, considerada epidêmica pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cuja relação com o câncer genital vem preocupando os estudiosos (PASSOS et al., 1989; ALMEIDA FILHO et al., 1989; GISPERT, 1990; JACYNTHO; MELO, 1991; DÔRES et al., 1991; NAUD et al., 1992; BECKER et al., 1994).

Conhecidas popularmente como crista de galo ou cavalo de crista, as verrugas anogenitais atingem o pico de incidência por volta dos 25 anos, sendo raras em crianças e idosas. Como fatores de risco são citados: multiplicidade de parceiros sexuais, gestação, tabagismo, uso de contraceptivos orais, iniciação sexual precoce, imunossupressão e vaginites (DERCHAIM et al., 1995; NAUD et al., 1992).

A mulher encontra-se em maior grau de vulnerabilidade, não apenas biológica, mas também devido a fatores sócio-econômicos, culturais e educacionais, como: desconhecimento do corpo, dependência afetiva e econômica, desinformação, baixa escolaridade, baixa remuneração, baixa auto-estima, violência doméstica e falta de diálogo com o parceiro. Situações comuns com que se defrontam os profissionais nos relatos das mulheres atendidas nos serviços públicos de saúde (VILLELA, 1996).

A abordagem etnográfica utilizada neste estudo, nos permite compreender e descrever as experiências de mulheres portadoras de HPV, adequando-se à natureza da pesquisa.

Optou-se pela Teoria Relacional do Significado de Spradley (1979, 1980) porque privilegia o papel da cultura nas concepções que as pessoas têm sobre a vida, suas crenças, símbolos,

mitos e todo o conhecimento que foi construído, culturalmente, ao longo dos anos e do qual tem-se participado.

O estudo foi realizado em um Centro de Saúde da rede pública estadual, referência em DST, e teve como informantes mulheres com parceiro fixo e único, há, pelo menos, um ano, em tratamento de HPV no referido Centro de Saúde, residentes em Fortaleza - CE.

Para obtenção das informações foram realizado sessões de observação direta no ambulatório de DST e sala de espera, entrevistas com roteiro e visitas domiciliares. De posse das primeiras informações, foram sendo identificados os domínios culturais (categorias de significado). De um total de 15 domínios, cinco foram aprofundados cinco na etapa de análise taxonômica, por permitir maior densidade as informações.

Descrição e Análise dos Domínios

Os tipos de reação à descoberta da doença caracterizam-se por medo, incerteza, preocupação, vergonha, raiva ou negação da doença. Estes sentimentos podem ocorrer, concomitantemente, com maior ou menor intensidade.

O medo de não ficar curada é evidenciado não somente na fase diagnóstica, mas durante o tratamento, nos casos em que o progresso é lento:

“Eu fiquei com medo de nunca mais ficar boa”.

Este medo é reforçado pelas outras mulheres, na sala de espera: “disseram lá fora que quem vem para essa sala, nunca mais deixa de vir”.

O medo da AIDS, por ser uma doença de alta morbidade e letalidade, a mais divulgada das DST, atualmente, povoa o imaginário da mulher portadora de HPV. A própria semelhança entre as siglas dos vírus causadores (HIV e HVP), além da grande ênfase dada à prevenção da AIDS, são responsáveis pela confusão:

“Quando eu vim fazer prevenção, a doutora disse que eu tinha (HPV)... fiquei desesperadinha com medo que fosse AIDS”.

Quando informadas que alguns tipos de HPV têm implicações na gênese do câncer do colo uterino, o medo é um sentimento dominante. O fantasma do câncer, simbolizando uma força destruidora, uma punição divina, uma doença invasiva e silenciosa (HELMAN, 1994), amedronta, mais ainda, quando há casos na história familiar, como fica evidente na fala desta informante:

“Fiquei com medo que fosse câncer. Minha mãe morreu de câncer, é um sofrimento muito grande”.

Ser portadora de HPV é também conviver com a dúvida, a incerteza que gera muita ansiedade. Perguntas que ficam sem respostas concretas, porque nem sempre há respostas concretas, como:

“Quando eu vou ficar boa? Quando eu pequei? De quem ele pegou?”

Quanto à evolução da doença, não é possível dar um prognóstico exato. É dito que o tratamento dura, no mínimo, seis meses, mas há um tempo limite fixado. A insegurança é um sentimento comum:

“Eu não sei como vai ficar isso, se vou ficar boa mesmo, se não volta mais[...].”

A época da contaminação é outro fator gerador de insegurança:

“Eu até hoje estou por saber se ele pegou antes, ou depois da gente casar”.

“Ele diz que não tem ninguém [...] será que pode ter sido de dezoito anos atrás?”

Por trás dessa dúvida, verifica-se a necessidade de proteção, diante de um enfrentamento:

“Quando eu paro pra pensar, eu me pergunto como terá sido [...] mas eu não fico só pensando não, só às vezes, não adianta [...]”;

As mulheres que tiveram parceiros anteriores aos maridos, são alvos de suspeita por parte destes, e elas próprias sentem-se

inseguras quanto às pessoas que as contaminaram, ou se elas próprias contaminaram os atuais maridos:

"Eu tive outro antes dele, mas faz tempo. Pode ser de três anos atrás?"

Pensar no futuro do relacionamento provoca insegurança, visto que a doença tende a desestabilizar, mesmo o que era considerado sólido. O que era frágil sofre, em alguns casos, uma ruptura, provocando sofrimento:

"Meu relacionamento não é mais como antes, eu ainda estou muito magoada".

As enfermeiras do Programa de DST tentam ajudar, oferecem apoio e orientação, mas deixando a decisão para os casais. Não omitem ou distorcem informações e, quando percebem que a situação requer um atendimento mais voltado para a área psicoterapêutica, fazem encaminhamento ao psicólogo e/ou psiquiatra.

A preocupação da mulher com o tratamento revela-se logo que a mesma se vê diante do diagnóstico, e está muito ligada à possibilidade de cura e de sofrimento físico:

"Isso aí, se deixar, tem que fazer cirurgia? Cresce desse jeito? Dói muito! Da próxima vez vai doer menos?"

A reação do parceiro é motivo para preocupação, porque o sucesso do tratamento depende, em grande parte, de colaboração dele. A mulher está habituada a silenciar sobre questões sexuais, e, no momento da descoberta da doença, é imprescindível o diálogo, o questionamento da conduta sexual. Requer uma mudança de comportamento:

"Vai ser difícil ele usar camisinha, ele não gosta".

Essa mudança pressupõe um acordo entre os parceiros, acordo que traz à tona jogo de culpa, insinuações, até mesmo violência.

Nas visitas domiciliares que foram feitas, constatou-se a preocupação da mulher em não ser identificada como portadora de HPV. O temor do julgamento dos outros, parentes e vizinhos, a

vergonha por se sentir exposta, impelia-a a “não contar para ninguém”. Havia, também, a preocupação com o tipo de atendimento que receberia no Centro de Saúde, ao ser identificada como portadora de uma DST:

"Fiquei preocupada, com medo que pensassem que eu era prostituta, com medo que me tratassem mal".

Vê-se aqui, como é forte o estigma das DST associado a outra situação estigmatizante, a das profissionais do sexo. “Doença do mundo”, não é coisa de mulher casada. O mundo da mulher casada é o lar. Que julgamento vão fazer dela, com uma doença dessas?

Expor a ferida, é correr o risco de que comecem a mexer muito nela, aumentando a dor. Não falar, é preservar-se dos comentários, das críticas, das opiniões.

Atitudes de negação ocorrem como uma tentativa de autoproteção, frente a uma situação ameaçadora:

"Para mim, eu não tenho nada. A doutora disse que isso pode até virar câncer, né? Eu não acredito nisso não".

A negação, quando não trabalhada adequadamente pode ter sérias conseqüências, como a negligência com respeito do tratamento e a progressão da doença. Mais adiante, neste aspecto será aprofundado.

Sentir raiva do parceiro, quando descobre que está contaminada, é um sentimento relatado com freqüência. Ao conhecer que o HPV é uma doença de transmissão sexual, a mulher, que quase sempre desconfia da fidelidade do marido, vê sua suspeita ser confirmado:

"Fiquei com raiva dele. Homem não presta, é tudo assim".

A raiva é também expressa através da rejeição. Para a mulher o marido, nessa fase da descoberta, faz lembrar a doença, a infidelidade, o sofrimento, a desilusão:

"Abusei meu marido, perdi a confiança. Ele não podia nem se encostar em mim, que eu dizia: sai daqui."

Passei bem um mês com abuso dele, com nojo! Fiquei revoltada com ele, com raiva!"

Para o leitor, estas falas podem trazer embutidos sentimentos de muita revolta. Entretanto, na observação de quem as ouviu, o tom de voz com que eram pronunciadas e a postura de quem as pronunciavam, não estavam coerentes com a raiva que diziam sentir, mas revelavam um sentimento de acomodação diante, do inevitável.

Observou-se que ademais, os tipos de reação ao tratamento oscilam entre a persistência e a vontade de desistir. Esta surge com frequência, e é claramente manifestada: "A aplicação doía muito [...] às vezes eu pensava em desistir".

A aplicação de ACTA é sentida como uma experiência muito dolorosa: "Já estou preparada para a sessão de tortura", disse uma informante, ao se dirigir à sala de aplicação. As dores, o tratamento prolongado, a demora para ser atendida, as dificuldades próprias de quem trabalha e/ou tem afazeres domésticos, a recusa do parceiro de se tratar, são responsáveis pelo desânimo e a conseqüente vontade de desistir. Mas o desejo de ver-se curada, e o receio de que as verrugas venham a se tornar uma doença de maior gravidade, impulsionam a mulher a persistir. O apoio da equipe de saúde e das companheiras que se encontram em um estágio mais avançado do tratamento, também estimulam sua confiança e perseverança:

Partilhar as dificuldades, o desânimo, a insatisfação e os progressos do tratamento, cria uma relação de companheirismo e ajuda mútua. Na sala de espera, uma fica com as crianças da outra, enquanto esta entra para a aplicação, gerando tranquilidade, segurança recíproca. Algumas vezes as auxiliares de enfermagem fazem este papel. A solidariedade ocupa seu espaço, em meio às atribulações.

As conseqüências de viver com HPV têm todo um significado compartilhado pelas informantes deste estudo. Primeiramente, significa ter que abrir mão de sua rotina de vida, para comparecer, sistematicamente, ao Centro de Saúde onde irá fazer aplicações, que, em alguns casos são realizadas até três vezes por semana, (na maioria das vezes, é apenas uma). Se foi imaginado o tamanho das filas que são, por sinal, uma característica marcante das

unidades de saúde pública, isso já é suficiente para que se tenha uma idéia do tamanho do sacrifício. Mesmo os retornos sendo agendados, é preciso chegar, no mínimo, uma hora antes da distribuição das fichas, para assegurar o atendimento. Há de se lembrar que algumas mulheres trabalham fora de casa, são assalariadas, têm patrões e um horário a cumprir. Como justificar tantas ausências aos patrões? Difícil falar com eles, acerca de uma questão em que sua intimidade fica exposta:

"Minha vida mudou muito. Tenho que sair do trabalho pra poder vir. Nas minhas folgas, como hoje, eu tô aqui, morta de cansada".

Todas as informantes são donas de casa, as que têm trabalho remunerado, nos dias de folga, põem os serviços domésticos em dia. O tratamento lhes rouba o tempo para essas atividades, deixando-as ainda mais sobrecarregadas. As que possuem filhos pequenos, muitas vezes precisam levá-las consigo, ou procurar alguém que cuide deles, enquanto estão no Centro de Saúde:

Além do sacrifício pessoal, os próprios filhos são privados de sua rotina. Quando essa informante iniciou o tratamento sua filha era um bebê de três meses, ainda em fase de amamentação. No período em que a equipe retirou-se de campo, ela estava em período de avaliação, indo mensalmente ao Centro de Saúde, após um ano de tratamento. A filha, que antes esperava quieta no colo, agora com um ano e três meses, corria pelos corredores e a deixava exausta e ansiosa, temendo ser chamada e não estar a postos:

Agora que ela tá maior, eu saio com ela de casa cedinho. Mas na última vez, que ela estava danando tanto, que eu tive que ir deixa-la na casa da minha tia, para poder entrar para aplicação. Quando voltei, já tinha passado a minha vez, minha ficha era a 5.

Usar preservativo em todas as relações, faz parte da vida da portadora de HPV. Como não é ela quem determina o uso, mas o marido, o "ter que usar" gera conflitos e, em alguns casos, observa-se que a recomendação é negligenciada. O preservativo feminino ainda não é distribuído no ambulatório de DST, é pouco divulgado e o custo mais elevado do que o masculino.

Há todo um trabalho feito pelas enfermeiras, no sentido de mostrar a importância do preservativo no tratamento, e ainda como

medida preventiva de DST/AIDS. Ocorre, porém, que usá-lo não faz parte da rotina conjugal dos casais; caso contrário, não haveriam contraído HPV, ou dificilmente iriam contraí-la. Passar a usar o preservativo é sentido como algo desagradável, e além de ser um obstáculo contra o qual não há, realmente, sem alternativa.

Vale ressaltar que a mulher, mesmo que também considere o preservativo um incômodo, sabendo que ele é necessário para obtenção da cura, encara-o como uma condição que precisa ser aceita. Quanto ao homem, segundo relato da informante, não é fácil convencê-lo. De qualquer modo, ter que usar preservativo interfere na vivência da sexualidade do casal:

Por vezes observou-se que o relacionamento era baseado na confiança mútua, donde saber que houve infidelidade, ter provocado uma mudança na relação, em que a desconfiança for estabelecido: "antes da gente casar, eu disse para ele: espero que você nunca me traia, depois do que aconteceu não vou mais confiar nele".

A decepção com o comportamento do marido, leva a mulher a generalizar a infidelidade por parte de todos os homens. Aliás, há uma tendência na cultura patriarcal a considerá-la um atributo masculino "natural". Pode-se assim, dizer que contrair o HPV, ratifica essa crença no imaginário da mulher:

A redução da atividade sexual é outra "conseqüência de viver com HPV". Embora a mulher afirme que diminuir a freqüência das relações sexuais é mais difícil para o homem, ela sente seu casamento ameaçado, quando deixa de atendê-lo em suas demandas de sexo. Essa diminuição de freqüência, ocorre em razão do sofrimento físico causado pelas lesões, mais ainda pela queimadura provocada pela aplicação de ACTA, por recomendação do médico e/ou da enfermeira, e pelo motivo menos tolerado pelo homem, que é o de ordem afetiva: a mágoa, a decepção, o constrangimento:

Os atributos do relacionamento conjugal são, basicamente, a vitimização da mulher e a superioridade masculina. O discurso feminino é o da vítima que sofre as conseqüências do comportamento do marido, o culpado, e incorpora o papel que, de alguma forma, também lhe aufere ganhos. Há um pedido de socorro

na construção do processo de vitimização, que envolve acomodação, dependência e transferência de responsabilidade:

O homem é visto como privilegiado, o superior responsável pelas decisões. Até mesmo com relação à doença, a melhor parte fica para ele: é o que se recupera primeiro, e o que menos sofre nesse processo.

Considerações Finais

A mulher é dependente do marido, tanto emocional, quanto financeiramente. Se quer trabalhar, precisa do consentimento dele, e, quando consegue o emprego o que ganha nem sempre é suficiente para sustentar os filhos:

A violência física e sexual é a face mais cruel do processo de vitimização da mulher, e o ponto que a deixa mais fragilizada e sem condições de enfrentamento. Observou-se que as cenas de violência acontecem, principalmente, quando o marido se encontra alcoolizado. A violência sexual ocorre quando a mulher é forçada a ter relações sexuais, e ela, muitas vezes, cede por temer a violência física. Também se constituem atos de violência sexual, a recusa do uso do preservativo, quando este é fundamental para a saúde, e o desrespeito para com os sentimentos da mulher:

Transferir a responsabilidade pela doença e por sua própria vida, para outrem, é um dos aspectos do “ser vítima”. É por causa do marido, que ela está doente; é por causa dele, que ela não trabalha; é ele quem a faz sofrer; é por causa dos filhos, que ela mantém o casamento. Na verdade a mulher, não construiu ainda seu processo de subjetivação, uma vez que só existe em função do outro:

A dominação masculina, historicamente construída, está presente no cotidiano das mulheres acometidas por HPV, e as estratégias de superação nas poucas vezes em que são usadas, esbarram em obstáculos, sendo a acomodação o único caminho visualizado. Acomodar-se, significa evitar conflitos, agressões verbais e físicas, a garantia de um teto e de alimentação, e a satisfação de necessidades afetivas, como a de “pertencer” a alguém. Essa mulher, apesar das conquistas fundamentais do seu sexo, ainda

pauta sua vida na dependência do homem com quem formou uma família.

Os tipos de reação à cura iminente, caracterizam-se pelas dúvidas, esperança e uma sensação de alívio. As dúvidas se referem à sua própria cura, e à cura do parceiro. Elas ocorrem associadas a um sentimento de decepção, devido ocasionalmente, à ausência de sintomas perceptíveis ou a recidivas:

Mesmo vivendo momentos de incerteza, com muita intensidade, a esperança também está presente na vida da portadora de HPV:

Como parte de um estudo mais amplo, teve-se o cuidado de não comprometer a visão do todo, ao elaborar este capítulo.

A pretensão maior foi a de contribuir para que as experiências de mulheres portadoras de HPV, sua visão de mundo e estilo de vida, indicassem aos que trabalham na área da saúde da mulher, caminhos para um atendimento mais voltado às suas reais necessidades, respeitando seus valores culturais.

A inferência que se faz, de tudo isso, é que, a despeito das conquistas obtidas pelos movimentos de mulheres, as informantes deste estudo ainda se encontram em situações de desfavorável desigualdade, com relação aos seus parceiros. A falta de diálogo, a sexualidade fundamentada no silêncio e no desconhecimento, acentuam essa desigualdade, culturalmente aceita.

Referências

- ALMEIDA FILHO, et al. Papilomavírus humano. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 1, n. 2, p.61-63, 1989.
- BECKER, T. et al. Sexually transmitted disease and other risk factors for cervical dysplasia among southwestern Hispanic and non – Hispanic white women. *Jornal da Associação Médica Americana*, v. 271, n. 15, p.1181-1188, 1994.

DERCHAIM, S. F. M. et al. Fatores de risco para condiloma do colo uterino em mulheres adolescentes sexualmente ativas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 41, n. 2, p.130-134, 1995.

DÔRES, G. B. et al. Tratamento da infecção do colo uterino por papilomavírus humano com interferon gel. *Revista Paulista de Medicina*, v. 109, n. 4, p.179-183, 1991.

GISPERT, M. F. Papilomavírus: clínica, diagnóstico clínico e tratamento. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 2, n. 1, p.23-32, 1990.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

JACYNTHO, C. e MELO, L. A. de S. Condiloma genital: relação com a carcinogênese. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, v. 65, n. 4, p.325-327, 1991.

NAUD, P. S. V. et al. Correlação entre citologia, colposcopia, histologia e tiragem viral em lesões precursoras de câncer de cérvix uterina na infecção pelo papilomavírus humano (HPV). *FEMINA*, v. 20, n. 9, p.785-788, 1995.

SPRADLEY, J. P. *Participant observation*. Orlando, Holt, Rinehard, Winston, 1979.

_____. *The Ethnographic interview*. Orlando, Holt, Rinehart, Winston, 1979.

VILLELA, W. *Oficinas de sexo mais seguro para mulheres: abordagens metodológicas e de avaliação*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Prevenção da AIDS (NEPAIDS), 1996.

METÁFORAS DE AMOR, DECEPÇÃO E DESCOBERTA – INICIAÇÃO SEXUAL EM ADOLESCENTES FEMININAS

*Lihana Maria Catunda Bomfim
Maria Helena de Paula Frota
Zulmira Áurea Cruz Bomfim*

Introdução

De acordo com estimativa da Organização das Nações Unidas, a entrada do século XXI contaria com mais de um bilhão de adolescentes no mundo. Para a América Latina, foram previstos 100 milhões de jovens entre 15 e 24 anos, no ano 2000 (BASTOS, 1992).

O século XX, considerado o século da adolescência, destaca-se através da preocupação nacional, e parte dos órgãos oficiais, a partir de 1990, com a criação do Prosad (Programa de Saúde do Adolescente), do Ministério da Saúde. O referido programa, ao ser implantado, “teve como princípio básico a atenção integral com a abordagem multiprofissional ao adolescente, através do sistema hierarquizado, capaz de garantir a referência e contra-referência nos diferentes níveis de complexidade da assistência” (MS,1993).

A grande produção de trabalhos e pesquisas relativos à adolescência, oferece formas diversas de elaboração da construção de como o seu conceito chega através de influências histórico-sócio-culturais. É uma demonstração de que há cuidados dispensados à adolescência tanto pelo meio acadêmico-científico, quanto pelas instituições e pela sociedade, em geral.

A idade de experiência da primeira relação sexual em adolescentes vem diminuído historicamente. Chama atenção a forma como 23,4% da população brasileira vem se comportando, sexualmente, principalmente pelo fato de sua precocidade não se encontrar vinculada à instituição matrimonial.

Assim, o exercício da sexualidade de adolescentes atrai investigações, em especial por se encontrar relacionada com

problemas relativos à gravidez precoce, que vem aumentando a cada dia, DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis), problemas e complicações durante o parto, dentre outros.

Ao que parece, a adolescência ganha destaque no cenário social, não por questões próprias e inerentes ao ser do adolescente, implicando, assim, a sua construção como sujeito e ator da sua história, objetivando buscar respostas coerentes com sua realidade social.

A ênfase, no entanto, é dada aos problemas que incomodam e que, de acordo com o olhar da investigação, constituem conseqüência da forma como a sociedade também contempla e encaminha questões relativas e emergentes de seus adolescentes.

Segundo BRAGANTE (1995), a geração do ficar inaugura uma forma diferente no campo das relações sócio-afetivas. O ficar pode ser entendido como uma expressão de emoções, que varia de um simples carinho, até uma relação sexual. O desejo do adolescente é difuso e está em todo lugar. É na adolescência que ocorre uma nova forma de pensar: enquanto criança, o raciocínio se dá de forma concreta; já o adolescente começa a adquirir a capacidade de abstração do pensamento. Nesse mesmo período, o sujeito atinge a fase genital do desenvolvimento psicosssexual.

De acordo com estimativa do IBGE, cerca de 8300 meninas menores de 15 anos são mães, a cada ano, no País, o que representa 20% do total de nascimentos (Revista Isto É, 1994).

Os índices de gravidez na adolescência, têm crescido em proporções alarmantes. Em menos de 10 anos, cinco vezes mais meninas de menos de 15 anos deram à luz (Revista Veja, 1995).

Dados apresentados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da presidente do Comitê de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, Stela Santana, entre os anos de 1976 a 1994, o índice de gravidez entre adolescentes brasileiras, (15-19 anos) subiu assustadoramente. Em algumas regiões brasileiras, como no Nordeste, os adolescentes representam 25% da população do total de 11 mil adolescentes que simplesmente pularam uma fase da vida para engrossar a lista das estatísticas de gravidez precoce. SANTANA apresenta outro dado estatístico, ao

afirmar que complicações na gravidez e no parto (puerpério) constituem a sexta causa de morte no Brasil (Diário do Nordeste, 1996).

Segundo VITIELLO (1997), a ocorrência da primeira relação sexual é apontada, na maioria das pesquisas para a faixa de 15-17 anos, considerada a de maior intensidade do fato. Segundo o mesmo autor, as adolescentes que não se iniciam nesta faixa etária, geralmente, começarão sua iniciação entre os 17-20 anos. Nos EEUU, 75% das mulheres já mantêm vida sexual ativa, aos 19 anos, em sua maioria, representando relações pré-conjugais.

Entende-se que, ao se tentar estudar questões que envolvem a adolescência, é mister fazer referências ao contexto em que os jovens se encontram. Há, na realidade, grande variação de situações vivenciadas entre os adolescentes, que faz cada um adolecer de forma diferente.

Sabe-se que a forma como cada jovem vivencia questões relativas ao exercício de sua sexualidade, está diretamente relacionada aos fatores psicológicos, sociais, econômicos e culturais, em que a grande maioria desta população (pobre e indigente) se encontra. É por se acreditar neste tornar-se adolescente, que se procura achar caminhos que levem a adolescente a vivenciar sua sexualidade, de forma mais segura.

A partir de dificuldades trazidas pelas próprias adolescentes, somadas à inquietação movida pela prática profissional encontrada na área da saúde, passou-se a perguntar: quem são essas adolescentes que procuram o IPCC? O que pensam e sentem acerca dessa passagem de desenvolvimento da vida? Qual o lugar da sexualidade, dos sentimentos afetivos na vida dessas adolescentes? De que forma é possível trabalhar questões que permeiam o exercício de sua sexualidade? E, finalmente, a pergunta fundamental da pesquisa: O que significou para essas adolescentes iniciar a vida sexual? E, complementando: O que pensou, qual a significação da sua primeira vez, como essa experiência se apresenta representada em seu cotidiano?

Enfatizando todas estas questões, dentre várias outras pertencentes ao universo da adolescente, elegeu-se, como objeto de

problematização, sua sexualidade, destacando, como foco central de investigação, a iniciação sexual em adolescentes femininas.

Este estudo buscou identificar, a partir das próprias adolescentes, como é representada a iniciação sexual; procurou, também, conhecer como vem sendo vivenciada a iniciação sexual pelas adolescentes e, ainda identificar aspectos sócio-afetivos referentes à sexualidade na adolescência.

Partiu-se da tentativa de compreender algumas questões acerca da construção da adolescência, na modernidade. Nesse sentido, buscou-se responder a algumas das inúmeras dúvidas que permearam todo o processo de construção da pesquisa, principalmente no tocante à sexualidade das adolescentes pesquisadas.

O eixo teórico utilizado como suporte da investigação, é baseado na Teoria das Representações Sociais (TRS), sob a óptica construtivista ou moscoviana, proveniente da Psicologia Social Francesa, tendo como seus principais teóricos Moscovici, Jodelet e Doise. De acordo com BONFIM (1997), os referidos autores apresentam questionamentos sobre as concepções teóricas que separam o aspecto individual do coletivo bem como a dualidade entre o psiquismo e o social. Para eles, estas dimensões se encontram interdependentes, embora interligadas.

Acredita-se que o enfoque teórico das representações sociais possibilitou compreender, através do estudo simbólico da realidade da vida cotidiana destas adolescentes, como elaboraram certos conteúdos relacionados à sua sexualidade, transformando-os em sistemas de pensamento que, provavelmente, sustentaram sua iniciação sexual.

Trajectoria Metodológica

Campo de Investigação

A pesquisa ocorreu no IPCC (Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará), órgão ligado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. A referida instituição é um serviço de referência do Estado, no tocante a atendimentos de atenção preventiva quanto ao câncer ginecológico, de mama, boca e pele.

✓ Os Sujeitos do Estudo

Sabe-se da controvérsia relativa às questões levantadas por profissionais das mais variadas áreas do conhecimento humano (advogados, médicos, psicólogos, psicanalistas, sociólogos etc), quanto à definição da faixa etária relativa ao início e término da adolescência. A pesquisa baseou-se nos critérios do PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente) que se apóia, por sinal, nas diretrizes da OMS (Organização Mundial de Saúde), o seu desenvolvimento se justifica por duas razões: trabalhar em uma Instituição da área de saúde, e por se encontrar-se engajada na política de saúde do Prosad.

Ao que se entende, a adolescência encontra-se definida a partir da faixa etária de 10 aos 19 anos. Os sujeitos da pesquisa não foram escolhidos de forma aleatória, mas de acordo com os seguintes critérios: adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 10 a 19 anos, e com atendimento no IPCC, por algum motivo, e que já tivessem iniciado vida sexual.

As questões trazidas pelas adolescentes, na maioria das vezes, vinham em forma de problemas, e, quase sempre, referiam-se a gravidez não planejada, desejo de praticar aborto, reincidência de aborto provocado, DST's, uso incorreto na prática de contraceptivo, dúvidas relacionadas com questões da sexualidade, do corpo feminino, conflitos de ordem afetivo-emocionais (questões com a busca de identidade) e problemas sociofamiliares, dentre outros.

Observou-se, através do trabalho realizado no IPCC, e mediante acompanhamento do que ocorre também em âmbito nacional, que o número de adolescentes grávidas de forma não planejada, não diminuiu apesar da ação do PROSAD. O número de

DST's, nessa população, é preocupante. Enfim, passou-se a questionar o tipo de prática junto às adolescentes, com o objetivo de tentar contribuir para a compreensão da realidade a ser investigada.

Fizeram parte do universo da investigação 20 adolescentes pertencentes a famílias em situação de pobreza, considerando-se critérios do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), que indicam, para essa categoria, rendimento mensal familiar per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

Método de Coleta de Dados

✓ Instrumentos Utilizados

Buscando compreender o significado da iniciação sexual em adolescentes femininas, escolheu-se, como opção metodológica, os métodos de pesquisa qualitativa. Foi através desse referencial que se pensou e se construiu a realidade dessa investigação. Assim sendo, acredita-se na subjetividade de cada sujeito, como também num certo grau de envolvimento do pesquisador na relação com os sujeitos da pesquisa no sentido de propiciar a dinâmica investigativa.

A pesquisa ocorreu a partir de quatro etapas interdependentes e consideradas processuais. Num primeiro momento, a pesquisadora se dirigiu à sala de enfermagem onde já se havia informado e sensibilizado a enfermeira quanto à natureza e objetivos da pesquisa.

Após a apresentação, informou-se às adolescentes na sala de espera, sobre a pesquisa e principalmente acerca da participação de quem fosse eleita a fim de contribuir com as informações, já que se estava buscando como profissionais formas mais adequadas e satisfatórias no tocante ao trabalho com adolescentes.

O segundo momento da investigação voltou-se para a identificação da amostra, através de um questionário contendo 11 perguntas entre abertas e fechadas, a fim de levantar dados relacionados à situação socioeconômica das adolescentes em estudo. O objetivo fundamental desta etapa era conhecer melhor o contexto

socioeconômico-familiar das referidas adolescentes bem como confirmar a caracterização da clientela pesquisada.

Constatou-se que as 20 adolescentes entrevistadas tinham idade variando de 15 a 19 anos. Na sua grande maioria solteiras, apenas quatro vivendo em situação de união estável e uma casada. Quase a totalidade se diz católica, com apenas duas afirmando serem evangélicas. A escolaridade é baixa, haja vista que onze não completaram o ensino fundamental; com exceção de uma, sete não concluíram o ensino médio e apenas uma o concluiu. Contudo, catorze ainda continuam estudando e todas em colégios públicos.

Prioritariamente, estas adolescentes moram com suas famílias: treze moram com a família, uma com o companheiro e uma com o marido, duas com amigas, duas no próprio local de trabalho pois são domésticas e apenas uma mora sozinha. Quase todas moram na periferia da cidade de Fortaleza.

As famílias dessas adolescentes são mantidas principalmente pelos pais, parentes, companheiros e marido. Cada família é formada em média por cinco pessoas e a renda familiar predominante é de um salário mínimo. As profissões dos mantenedores da família, portanto, são todas de baixa remuneração: pequeno comerciante, mecânico, vendedor autônomo, serviços gerais, marceneiro, eletricista, costureiras e domésticas. Apenas uma afirmou ser secretária.

Até a data da identificação da amostra (nos meses de julho e agosto de 1998), treze dessas adolescentes estavam desenvolvendo atividades remuneradas, sendo que tal remuneração se apresentava abaixo do salário mínimo e apenas uma (secretária) informou que recebe quatro salários mínimos. O tipo de atividade remunerada diz respeito a profissões tais como domésticas, costureiras, serviços gerais e secretária. As demais são estudantes, desempregadas ou apenas dedicadas aos trabalhos domésticos.

No terceiro momento, utilizou-se a entrevista semi-estruturada com consulta preliminar à adolescente se poderia utilizar-se o gravador a fim de facilitar o trabalho. Nesta etapa, as perguntas se voltaram para questões relacionadas a afetividade, percepção e cognição das adolescentes, sempre tentando articulá-las às questões

que dizem respeito à sexualidade a partir dos campos da subjetividade e da objetividade do conhecimento humano.

Ficou-se atenta aos seus gestos, facilidades e dificuldades em compreender e responder às perguntas, expressões de comunicação e formas de manifestar o pensamento.

O objetivo principal deste momento foi a tentativa de aproximação do mundo íntimo dessas adolescentes, em especial no tocante à questões que dizem respeito à sua sexualidade, de pedaços da sua história de vida através de suas falas.

Considerou-se que, gradativamente, esse conhecimento acerca do universo adolescente foi se aproximando mais e caminhando na direção de um certo relaxamento e descontração por parte das referidas adolescentes em relação à entrevistadora, e também desta em relação às adolescentes, de acordo com o planejamento em direção à etapa fundamental da pesquisa.

O quarto momento referiu-se à elaboração, por parte das adolescentes, da resposta fundamental da investigação cujo recorte se fez a partir do que envolve a sexualidade feminina: o que significou para você sua primeira “transa” (gíria que significa relação sexual)? Explicou-se que significar era falar, dizer alguma coisa sobre esse acontecimento, esse fato em sua vida. Foi-lhes solicitado para tentarem responder da melhor forma, da maneira como consideravam mais fácil, pintando, desenhando, escrevendo ou falando.

A fim de facilitar a maneira de expressão das adolescentes, colocou-se à disposição delas material de desenho, colagem e pintura, tais como, tintas, lápis-de-cor, pincéis, revistas, tesouras, cartolinas etc, como mais uma forma de comunicação.

Nove das vinte adolescentes utilizaram-se desses materiais como modo de simbolizar sua experiência sexual. Acrescenta-se que não se objetivou com isso trabalhar questões projetivas no tocante à sexualidade, mas estabelecer estratégias a fim de propiciar suporte para a emergência do discurso, da fala dos sujeitos em estudo. A partir dos desenhos e colagens, pediu-se que fosse falado o que quiseram apresentar com aquela construção.

Ao se tentar investigar questões relativas à sexualidade das adolescentes a partir do recorte da iniciação sexual, cujo sentido está relacionado com sua primeira experiência sexual, com sua primeira

vez. Considerou-se esse momento como especial na passagem adolescente principalmente na forma como ele foi representado no campo da construção da sexualidade entre o psicológico e o social.

Análise dos Dados

Entende-se que uma das formas de se investigar questões especialmente relativas à sexualidade humana é ouvir dos próprios sujeitos que constituem o objeto do trabalho aquilo que eles dizem acerca de questões eleitas do campo investigado. Partiu-se para a atividade de campo, consciente de que se lidaria com questões delicadas, já que a sexualidade de adolescentes se encontra também no campo de algo especialmente íntimo, privado e muitas vezes na ordem do velado, do sagrado.

Com essa compreensão, utilizou-se a análise de conteúdo de acordo com BARDIN (1976), através do levantamento das unidades de significação contidas nas falas, nos discursos obtidos através das vinte entrevistas realizadas com as adolescentes. Em seguida, processou-se à categorização e contagem das frequências. A análise da pesquisa é qualitativa utilizando-se a quantificação dos dados com o objetivo de reforçar a discussão dos resultados. A partir dos discursos, considerou-se na contagem das frequências, mais de uma resposta para uma mesma entrevistada.

Discussão dos Resultados

Como uma forma de se tentar objetivar a realidade dos dados obtidos através das entrevistas e também facilitar a discussão dos resultados, realizou-se divisão (didático-prática) de questões que trataram de adolescência, sexualidade, afetividade e iniciação sexual. O entendimento interpretativo dos dados não considera essa separação, ou seja, origina-se de uma visão de totalidade em que todas as questões da investigação estão relacionadas entre si e buscam considerar a sexualidade na adolescência.

Pensando a Adolescência

De acordo com os resultados obtidos dos discursos das adolescentes realizados através da análise de conteúdo, observou-se o aparecimento de alguns núcleos de significação.

Os sentimentos em relação à adolescência são percebidos e aceitos pela maioria das entrevistadas já que catorze delas (70%) se reconhecem no lugar e no papel de adolescentes, no entanto, cinco (25%) sinalizaram um certo grau de estranhamento quanto ao fato de se sentirem adolescentes, não se situando nesse lugar devido à variedade de motivos que a vida de cada adolescente se apresenta no contexto psicológico-social, onde ocorre a adolescência, exigindo delas, muitas vezes, outras formas de comportamento. Apenas uma (5%), apresentou sinais de ambigüidade quanto ao fato de dizer que nem todas às vezes se sente adolescente.

As entrevistadas cujas respostas foram negativas fizeram referência ao fato de que, desde muito cedo (criança ainda), precisaram começar a trabalhar para ajudar sua família; ao fato de já se sentirem responsáveis e independentes por elas mesmas. Uma adolescente associou ao fato de não poder viver a sua própria vida com liberdade pois já tem um companheiro.

A adolescência é pensada a partir de alguns conceitos que geraram as categorias seguintes: - Fase (25%); Liberdade (18,75%); Maturidade (18,75%) Responsabilidade (15,62%); Imaturidade (15,62%); Juventude (6,25%).

Com relação às mudanças que ocorrem na adolescência, relacionadas ao corpo e à mente (forma de pensar), essas são percebidas da seguinte forma: dezessete adolescentes (85%) responderam haver notado que algumas coisas mudaram e estavam mudando em relação a elas mesmas. Três delas (15%) falaram que não perceberam mudança nenhuma.

Sabe-se que as mudanças físicas e fisiológicas e também as que se referem à mente (psicossociais) estão relacionadas com o fenômeno da puberdade e com o ambiente familiar e cultural do sujeito adolescente.

A partir destes eixos, o adolescente deverá ir processando e elaborando no sentido de ir assimilando as transformações que são inexoráveis nesta época de seu desenvolvimento. São os lutos, elaborações de perdas do corpo e da identidade infantis.

Ao se remeter ao tipo de mudanças percebidas, treze adolescentes (65%) falaram que perceberam mudanças no corpo e nos sentimentos, três adolescentes (15%) afirmaram mudança em relação aos sentimentos, três adolescentes (15%) falaram que não perceberam nenhuma mudança. uma das entrevistadas (5%) percebeu mudança só no corpo.

Observa-se em relação aos sentimentos a troca do objeto de amor (pais por namorado), uma das características fundamentais na passagem da adolescência, fato este considerado como um dos lutos que os adolescentes terão que processar e elaborar neste momento.

Quando se perguntou acerca das pessoas mais admiradas por elas, objetivou-se conhecer um pouco sobre os modelos seguidos, dos ídolos desejados, queridos. Pensou-se, também, conhecer o universo de referência no tocante à identificação com as figuras apontadas por elas, que passa pela troca dos modelos parentais considerada como perda que o adolescente terá que processar na sua passagem.

Assim, as adolescentes remeteram-se às seguintes categorias:

Família como modelo admirado (63,6%); Artistas de TV (15%); Amigas (12,1%); Namorado (6%); Não admiravam ninguém (3%).

Para ERIKSON (1976) os adolescentes são movidos por necessidade de associação de papéis e suas habilidades com modelos ocupacionais da época.

Dessa forma, procuram assemelhar-se às pessoas admiradas, como também imitá-las. Daí estarem sempre prontos a instituir ídolos e ideais de forma duradoura como guardiães de uma identidade final.

Sabe-se que através da identificação com ídolo os adolescentes chegam a encontrar a si mesmos e descobrem seu papel na busca de saberem o que são e mesmo o que desejam ser.

Procurou-se saber quem as adolescentes consideravam seus amigos. Sabe-se da forte influência que o grupo de iguais mantém sobre seus membros, chegando a ditar normas e padrões de comportamento. As confidências, os segredos são compartilhados

através desse vínculo que o adolescente sente como necessidade, pois, através desse outro com quem divide sua história, também lhe serve como confirmação da sua identidade.

Nesse sentido, apareceram as seguintes respostas: Amigos de infância, colégio e vizinhos (47,8%); Família (47,8%); Não possuem amigo (4,4%).

Quando se aborda acerca de amizade, a família aparece na mesma proporção da categoria amigos.

Procurou-se saber o que essas adolescentes faziam com seu tempo livre (quando não estavam realizando atividades domésticas, educacionais, profissionais etc). O objetivo era conhecer as atividades de lazer preferidas por elas, para saber como essas adolescentes ocupavam esse tempo, durante o qual, longe das obrigações e afazeres, podiam com liberdade escolher o que fazer. Buscou-se também ouvir delas um pouco dos desejos, sonhos e fantasias em relação à programação desse tempo livre. Obteve-se as seguintes respostas:

Passear (52%); Ficar em casa (33,3%); Conversar com as amigas (6,2%); Viajar (6,2%); Praticar esportes (2%).

O passeio, opção da maioria das adolescentes, inclui encontrar com o grupo de amigas, visitá-las em suas casas, ir à praia, cinema, festinhas, enfim, tudo aquilo que para elas se relacionou com diversão fora de suas casas.

A questão da não escolha ou preferência pela prática de esporte tão freqüentemente requerida e até mesmo exigida no meio social com melhores condições econômicas apareceu apenas no discurso de uma adolescente.

Aqui, cabe se questionar se na realidade o esporte ainda não passou a ser um valor nesse grupo social apesar dos apelos da mídia (trabalhar o corpo, o físico, a estética) ou mecanismos outros de ordem subjetiva entraram na defesa da não escolha da categoria esporte no mundo dessas adolescentes.

Observou-se através de todo o conteúdo trazido nos discursos uma tentativa, um certo esforço, de querer traduzir, principalmente através da linguagem falada, o que se passava com elas, com suas vidas e seus sentimentos.

De acordo com os discursos das investigadas, as representações que apareceram acerca da adolescência parecem traduzir-se em uma série de categorias já mencionadas, que refletem o próprio estado de como vêm sendo sentida, pensada e vivida a adolescência para cada uma a partir de seus componentes subjetivos (experiência pessoal) e objetivos da realidade social.

Percebeu-se que o cotidiano desse grupo investigado pareceu refletir uma dinâmica apontada por alguns autores (já citados), que trataram a adolescência como esse momento especial e singular de desenvolvimento da vida humana em que o ser passa por transformações entendidas como mutações e verdadeira metamorfose de ordem bio-psicossocial, principalmente por momentos de querer dar conta de si (buscando conhecer-se) e momentos questionadores acerca do seu mundo.

Esse momento de confusão intensa, tal como é vivido a partir da passagem adolescente, entendida como transição entre o mundo infantil e o adulto, pode ser pensado como algo relacionado à ordem patológica aos olhos daqueles que não compreendam esse processo provocador de fenômenos na espécie humana.

A crise de identificação a que muitos autores se referem ao tratar a adolescência parece expor parte dos conflitos relativos a questionamentos dos papéis anteriormente exercidos e principalmente de busca da nova identidade no sentido de garantir suas novas funções.

Partindo dessa linha de raciocínio, autores tais como ABERASTURY (1992) e KNOBEL (1992) apresentaram modelos explicativos através dos chamados lutos da adolescência e da síndrome normal da adolescência, respectivamente, como uma forma de refletir a situação do adolescente frente ao seu desenvolvimento.

Buscando-se articular os processos psicológicos aos de ordem sócio-cultural, encontrou-se suporte em ERIKSON (1976), o qual diz que crescimento pessoal e mudança social não podem ser separados assim como não se pode separar a crise de identidade na vida individual das crises contemporâneas no processo histórico por acharem-se interrelacionadas e também por ajudarem a definir-se reciprocamente.

Falando de Sexualidade e Afetividade

No âmbito dos objetivos desta pesquisa parte-se do conhecimento de que toda a investigação fundamenta-se no estudo da sexualidade do grupo de adolescentes e de que a visão acerca da sexualidade baseia-se no sentido de que é parte constituinte e estruturante do ser humano estando de forma presente em sua vida do nascimento à morte.

As questões que tratam inicialmente da sexualidade visaram a conhecer de que maneira, a partir de que e/ou quem as adolescentes foram construindo noções, conceitos acerca da ordem sexual.

Buscou-se investigar através de que canais de comunicação a representação sobre o sexual foi aparecendo (influência sociocultural) para, a partir desse conhecimento, se tentar compreender como foi sendo elaborada essa representação na realidade do cotidiano dessas adolescentes e assim ganhar significância no contexto da sua subjetivação.

BERGER & LUCKMANN (1995) apresentam a vida cotidiana a partir de uma realidade interpretada pelos homens, que de forma subjetiva, lhe dotam sentido na medida em que forma um mundo coerente. Acrescentam que o mundo da vida cotidiana tem origem no pensamento e na ação dos homens comuns que lhe confirmam como real. A realidade da vida cotidiana me é apresentada como um mundo intersubjetivo, e participo dele juntamente com outros homens. Dessa forma, minha existência na vida cotidiana encontra-se continuamente em interação e comunicação com os outros.

Perguntou-se às adolescentes se elas haviam recebido algum tipo de informação sobre sexo. Explicou-se, antes de se fazer a pergunta, que a informação pode ser recebida através de qualquer canal de comunicação e não necessariamente quando solicitada.

Assim, a informação pode chegar-lhes através das mais variadas formas. Dezenove adolescentes (95%) responderam que sim e uma adolescente (5%) respondeu que não. Atribuiu-se a resposta negativa ao fato de a entrevistada pertencer a um culto evangélico (Assembléia de Deus).

Ao se indagar através de que (quem) elas receberam a informação sobre sexo, os resultados obtidos foram: revistas que tratam sobre sexo (37,2%); Televisão (23,2%); Amigos (13,9%); Jornais (11,6%); Livros (6,9%); Folhetos educativos (2,3%); Mãe (2,3%); Sem informação (2,3%).

Percebeu-se, então, a forte influência que o discurso midiático exerce sobre a forma de comportamento e os modelos a serem seguidos pelas adolescentes. Há uma preocupação político-comercial-ideológica por parte dos canais de comunicação de conquistar cada dia mais o público adolescente. O sexo é apresentado a serviço da publicidade no que tange à venda de mercadoria tais como automóveis, refrigerantes, produtos de beleza, bebidas alcoólicas, cigarro etc.

Não se registra a sua utilização no sentido de prevenção, orientação, educação dos adolescentes quanto a questões que eles enfrentam no seu cotidiano, relacionadas à sexualidade, tais como, iniciação sexual, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis etc. A ênfase adotada pela mídia é quase sempre erotizada e os temas sexuais são usados como estratégia para aumentar as vendas dos produtos anunciados. “A televisão e outros meios de comunicação de massa podem ser considerados fontes alternativas de (des) educação sexual”. (PINTO, 1995, 249)

Ao serem indagadas sobre se haviam recebido algum tipo de orientação acerca de sexo, treze adolescentes (65%) responderam que sim e sete adolescentes (35%) disseram que não. Orientação foi entendida e explicada às entrevistadas como algum conhecimento que se procura aprender e entender através de alguém que saiba orientar.

Isto vem demonstrar a grande diferença entre as adolescentes que se informam sobre o sexo (95%) e as que buscam na realidade um certo aprofundamento através da orientação (65%) fato este que precisa ser exposto pela adolescente, deixando de lado a timidez, para tratar de assunto relativo às questões sexuais. Enquanto, isso, na informação, a adolescente não precisa se expor já que pode fazê-lo sozinha e de forma reservada.

Em relação à forma como essa orientação se deu, ou seja, através de quem, as adolescentes fizeram as seguintes referências:

Profissionais (43,4%); Família (13%); Amigos (8,6%); Namorado (4,3%); Sem orientação (30,4%).

Ao serem indagadas onde receberam esse tipo de orientação, as adolescentes responderam:

Colégio (43,4%); Instituições de saúde (17,3%); Em casa (8,6%); Sem orientação (30,4%).

Observou-se que alguns colégios públicos vêm se preocupando em orientar os alunos quanto a questões relativas à sua sexualidade, já que as adolescentes da pesquisa que estudam freqüentam a escola pública.

PINTO (1995) refere-se aos programas de educação sexual nas escolas como inadequados e obsoletos, principalmente para atingir os adolescentes e diz que raramente os referidos programas escolares são abrangentes e satisfatórios e estão de acordo com os interesses, necessidades e curiosidade dos adolescentes. Acrescenta que apenas cerca de 10 a 20% dos programas apresentam conteúdo aproveitável. Ele atribui este fato à formação pessoal do professor e ao seu interesse e não aos programas, já que geralmente dizem respeito a aulas elementares, formais e de base preconceituosa de apresentação anatômico-fisiológica do aparelho reprodutor.

O interessante é que se perceba que as informações às adolescentes sobre anticoncepção, fisiologia, DST's, etc são importantes mas não suficientes no sentido de que, mesmo tendo esse conhecimento, as adolescentes engravidam e têm DST's.

Esses fatos provam que a sexualidade humana deve considerar não somente questões biológicas mas também aspectos afetivos e sócio-histórico-culturais na construção da sexualidade.

Perguntou-se às adolescentes se elas consideravam esse assunto (sexualidade) importante. As vinte adolescentes (100%) responderam que sim. Percebeu-se haver grande interesse e valorização por parte dessas adolescentes quando o assunto é sobre sexualidade.

Quando se perguntou por que elas consideravam o assunto sexualidade importante, 42,8% apontaram a aprendizagem como finalidade. Percebeu-se a necessidade de querer saber, ter conhecimento de como lidar com a ordem sexual que faz parte de suas vidas.

As adolescentes (38%) apontaram a prevenção e cuidados de saúde relacionados com o exercício da sexualidade, tais como, gravidez e DST's. Nesse sentido, uma das adolescente apresenta também como preocupação a responsabilidade pelo que pode ocorrer consigo e com o outro da relação quando da possível falta de prevenção:

“Por causa de prevenção de gravidez indesejável e doenças (A7 – 16 anos)”.

“Quando se tem relação que é com a pessoa que se gosta, temos que fazer as coisas direito prá não nos prejudicar nem prejudicar ao outro em relação à doença ou coisa que possam nos atrapalhar”. (A16 – 19 anos)

Três falas (14,2%) referiram-se à orientação, dentre essas uma coloca a questão da gravidez como realidade ocorrida em sua vida e expressa a falta de orientação e de preparação diante desse fenômeno na adolescência: “Se alguém tivesse me orientado, me ensinado, hoje, eu não teria um filho”. (A8 – 18 anos)

Indagadas sobre com quem conversam a respeito de sexo, obteve-se as categorias:

Amigas (50%); Namorado (20,8%); Família (16,6%); Ninguém (8,3%) Professor (4,1%).

A família apareceu em terceiro lugar, antecedida das categorias amigas e namorado, o que leva a se pensar que questões dessa natureza ainda são pouco faladas, comentadas, e parece ainda da ordem do velado na vida familiar. Com o grupo de amigas e na conversa com o namorado, parece propício o ambiente em que essas adolescentes podem conversar sobre sexo longe de uma certa repressão.

Acredita-se que as adolescentes sentem medo de ser repreendidas pelos pais e professores ao tratar de assuntos relativos a sexo, preferindo geralmente conversar com amigas (os) por sentirem-se mais à vontade. No entanto, essa amiga pode estar mal informada ou se encontrar no mesmo nível de desinformação e cheia de dúvidas.

Estudos realizados nos EUA, em 1981, citados por PINTO (1995), revelaram que as fontes de informação sobre sexo mais

importantes eram: em primeiro lugar, os companheiros(as) e parceiros(as) sexuais e, em segundo, os próprios pais. Dessa maneira, os adolescentes reciclam entre si informações de que dispõem de várias formas, corretas, incompletas ou distorcidas e os parceiros (as) sexuais “transformam-se em mestres, educadores e transmissores de um suposto saber sexual que, na realidade não têm” (Ídem, p. 251). Há um revezamento no papel que ocupam de educadores sexuais dos colegas menos informados.

De acordo com o autor citado, conclusões sobre pesquisas realizadas nos EUA e Europa sobre o assunto podem “com razoável margem de segurança, ser extrapoladas para o nosso meio” (p.252).

No seu terceiro ensaio sobre a Teoria da Sexualidade, no qual tratou das transformações da puberdade, FREUD (1905, p.103) diz que “com a chegada da puberdade, operam-se mudanças destinadas a dar à vida sexual infantil sua forma final norma”¹.

De acordo com ROCHEBLAVE-SPENLÉ (1975), a partir de conceitos geralmente adotados, a sexualidade da menina é vivida diferentemente da do menino. A menina a vive de forma global de modo a lhe empenhar toda sua personalidade. No plano físico, isso já ocorre à medida que todo o corpo da mulher está erotizado. Com relação ao homem, o prazer está centrado nos órgãos sexuais.

A literatura é sem dúvida um dos meios utilizados para expressão da ordem afetiva, dos sentimentos e emoções humanos. Machado de Assis (1983), em **Dom Casmurro**, retratou com profundo romantismo e delicadeza o momento desse despertar para o amor sensual através da personagem Bentinho que se descobre enamorado pela encantadora vizinha Capitu.

Com o objetivo de perceber e conhecer como esse despertar no campo afetivo e sensual ocorreu na vida das adolescentes, passou-se a estimulá-las a falar sobre questões relacionadas ao dar-se conta da construção desta ordem afetiva em suas vidas.

Perguntou-se às adolescentes se sabiam o que era ficar. Dezesete (85%) responderam que sabiam e três (15%) responderam não saber.

De acordo com as respostas, quanto ao conceito do ficar pôde-se confirmar as afirmações de VITIELLO (1997) e de Tiba

(1994) ao se referirem à instituição do ficar como uma forma sócio-afetivo-sexual utilizada pelos adolescentes.

O conceito de ficar relacionado a algo passageiro (56,5%); o ficar aparece como descompromisso (21,7%); a idéia de ficar relacionada a contato, troca de carícias (13%) apenas duas falas (8,6%) das três que responderam a pergunta anterior de forma negativa continuaram apontando que não sabiam o que era ficar.

A resposta da adolescente que falou não saber o que era ficar e na pergunta seguinte acabou definindo o “ficar” é um exemplo característico de ambigüidade que se atribui ao choque de geração. Sua resposta à pergunta foi: “Dizem que ficar é beijar. Já a minha mãe fala que ficar antigamente era ficar com uma pessoa, ter relação com ela. Aí, eu me confundo nisso. Prá mim ficar com uma pessoa é beijar, abraçar, trocar carinho”. (A9 – 16 anos)

Evidenciou-se, então, a ambigüidade em relação à resposta desta adolescente com a marca da confusão originada pelo choque de geração em relação à época da sua mãe com o momento atual vivido pela entrevistada.

Quando indagadas se já “ficaram” com alguém, dezessete adolescentes (85%) responderam que sim e três (15%) que não ficaram.

Perguntou-se acerca do conceito de namoro. As adolescentes (44,8%) dizem que é algo que requer uma forma de compromisso assumido pelos dois e levado a sério. Para (24,1%) das entrevistadas namorar é um tipo de responsabilidade veiculada à questão do respeito pelo outro e da participação na vida do outro. O conceito de namorar também está associado a algo duradouro (13,7%).

Alguns discursos fizeram referência à preocupação com o tempo cronológico do relacionamento. Um desses aponta como seqüência e/ou conseqüência da relação prolongada (namoro) a relação sexual. Outras respostas mostraram a exclusividade como fator que pode vir a definir o tipo de relação a dois que associam ao namoro.

O namoro como conceito de interação (6,8%) se encontra associado à forma da relação, com o aparecimento das palavras diálogo e conversa, onde expressam a necessidade de troca afetiva.

Quanto à idade com que começaram a namorar, catorze adolescentes (70%) começaram a namorar entre 10 e 14 anos de idade; cinco adolescentes (25%) iniciaram entre 15 e 19 anos e apenas uma (5%) respondeu que ainda não havia namorado.

Como se pôde constatar, as adolescentes estudadas começaram a namorar a partir dos 10 anos, havendo uma concentração maior no início desta relação na faixa etária de 10 aos 14 anos (70%).

Investigadas acerca da imaginação (pensamentos) e fantasia ligadas às questões de sua sexualidade, treze adolescentes (65%) responderam que pensam, fantasiam sobre o assunto; seis adolescentes (30%) falaram que não e uma adolescente(5%) respondeu mais ou menos.

Sabe-se que a adolescência tem como uma de suas características a genitalização, acrescentando-se a esse fator todos os estímulos provocados pelo meio social através da erotização que leva a grande maioria das adolescentes a pensar e fantasiar acerca de sua sexualidade, precocemente.

De acordo com BIRMAN (1998), a sexualidade é inscrita primeiramente na fantasia. A fantasia constitui a matéria-prima da sexualidade sem a qual esta não existiria.

Ao considerar as fantasias sexuais dos adolescentes, Hass (1979) concluiu que seu conteúdo reflete de forma variada as necessidades físicas e psicológicas relacionadas com a expressão sexual. Assim, as fantasias eróticas podem ser utilizadas como forma de rever fatos do passado considerados agradáveis ou encenar outros que não acontecerão de acordo com seu conhecimento.

DOLTO (1990), ao referir-se a questões da sexualidade dos adolescentes, acrescenta que os jovens nesse momento considerado difícil em que se sentem embaraçados na realidade dos adultos, em que não sentem confiança em si, utilizam-se da vida imaginária como apoio. Através da masturbação, entram num falso impulso de sexualidade. Assim, passam a exercitar em si a zona genital que se manifesta, lhes propiciando “força e coragem”.

A masturbação neste período de vida é considerada comum a ambos os sexos. Segundo OUTEIRAL (1994), a atividade masturbatória (auto-erótica) é considerada por profissionais como

forma de expressão do narcisismo e da onipotência da adolescência considerada normal.

Conversando sobre Iniciação Sexual

Conforme CHAUI (1984), a história da sexualidade humana apresenta-se ao longo do processo sócio-histórico-cultural como regida por normas e leis que permitem determinadas práticas e reprimem outras. A tradição cristã tem sua marca nesse processo pela forma com que, ao longo do seu surgimento e expansão, foi influenciando as práticas sexuais segundo sua época e ideologia.

A sexualidade na adolescência constitui-se, segundo OUTEIRAL (1994), num dos tópicos relevantes e difíceis que envolve o adolescente, seus pais e a sociedade como um todo, particularmente influenciada pela cultura ocidental, considerada herdeira da tradição judaico-cristã, e do culto da “culpa” e do “pecado”.

Na adolescência, ocorre o despertar da paixão, do enamoramento, da atração sexual e da primeira experiência amorosa. Assim, a identidade sexual que tem origem no nascimento adquire sua estrutura. Esse acontecimento é visto como estruturante no desenvolvimento da vida do adolescente.

Partindo disto, procurou-se indagar às entrevistadas sobre o que era iniciação sexual na adolescência. Identificou-se a categoria descoberta do corpo, do prazer e de sensações através de 30% dos discursos das adolescentes. Esse descobrir-se apontando para algo ligado à ordem do sexual, sensual e do erótico. Percebeu-se também referência ao outro da relação, fazendo parte e contribuindo no processo desta descoberta.

Um discurso aponta além da questão da busca do prazer, também a pressão e a influência do grupo de amigas na passagem da iniciação sexual. “Uma coisa que a gente faz porque está em busca de prazer e outra por impulso das amigas que elas dizem que só a gente é virgem, essas coisas”. (A8 18 anos)

ROCHEBLAVE-SPENLÉ (1975), ao tratar das atividades sexuais na adolescência, faz referências as suas motivações entre as quais cita o medo de não ser normal, atribuindo a sua ocorrência ora

ao temor de ser impotente ou frígida, ora ao medo de tendência “anormais” ora à convicção no sentido de que há uma determinada idade em que é “preciso” ter relações sexuais, fazendo com que os jovens passem ao ato.

Algumas respostas (25%) das entrevistadas fizeram associação da iniciação sexual com a categoria começo fazendo referência à relação sexual.

A categoria marco no sentido de acontecimento apareceu nas falas das entrevistadas (20%). Ao falarem da iniciação sexual na adolescência, percebeu-se que há uma certa necessidade de elas se colocarem na resposta (relação com o vivido). Isto foi atribuído ao fato de se encontrarem inseridas nesse contexto e também por já terem iniciado a vida sexual.

Carinho (10%) apareceu nas respostas, como algo importante e que faz parte da iniciação sexual. Uma resposta aponta a auto-manipulação do corpo e também do envolvimento do outro no processo de descoberta da iniciação sexual.

“Ser acariciada por outra pessoa, descobrir você mesma suas partes e outra pessoa também”. (A19 – 16 anos)

Somente um discurso (5%) fez referência à entrega na iniciação sexual como consequência de gostar de alguém. Essa entrega parece relacionar-se com uma forte demonstração de afeto investido na relação. Uma fala indicou não saber responder à pergunta. Uma resposta fez referência à dificuldade de compreensão sobre o assunto iniciação sexual na adolescência.

Perguntou-se o que era a iniciação sexual para elas. Observou-se que algumas categorias se repetiram em relação à pergunta anterior (o que era iniciação sexual na adolescência) mas a maneira de falar mudou. Explicando melhor, é como se nessa pergunta elas se colocassem mais, tentando aproximar o vivido para se comunicar através da linguagem.

Chama-se atenção para o aparecimento de duas categorias (experiência e responsabilidade) que surgiram somente quando a pergunta se voltou para ela mesma (adolescente) no caso, através do pronome você. Então, é que se nota toda uma diferença na forma de elaboração das respostas.

A categoria começo, início da vida sexual (30%) é apontada nos discursos. A resposta carinho, que na pergunta anterior apareceu em 10% das respostas, nesta, eleva-se para 25%. Uma das adolescentes descreveu todo o contexto necessário para ocorrência da iniciação sexual, apontando o carinho como o início. Outra chamou atenção da associação do carinho com respeito, consideração e confiança.

A categoria descoberta do corpo e do prazer apareceu através de 25% dos discursos. Uma adolescente falou na descoberta de si mesma a partir de sua iniciação sexual, que aponta para uma característica especial de descoberta para além da descoberta do corpo e do prazer, não deixando, portanto, de ser um outro tipo de descoberta de prazer.

De acordo com as entrevistadas, a categoria experiência (10%) foi revelada através dos discursos. Estes se remetem à iniciação sexual como algo que faz parte da experiência de vida. Dizendo de outro jeito, pareceu clara a idéia de que a iniciação sexual aponta para algo pertinente à experiência de vida do ser humano. A palavra responsabilidade (5%) apareceu através de um discurso. Referindo-se à responsabilidade no sentido de suas implicações de cuidado e principalmente no campo da reciprocidade afetiva. Chamou atenção para o próprio desejo, através da vontade de querer o outro e não somente na maneira de satisfazer o outro da relação: “É uma responsabilidade muito grande, precisa de muito cuidado. Saber entender um ao outro. Para se ter uma relação sexual, tem que estar afim, tem que querer pois sem vontade não vai adiantar nada pois você vai só satisfazer ao outro e não a si mesmo”. (A3 – 15 anos).

Apenas uma adolescente respondeu não saber falar sobre o assunto.

Quando questionadas sobre o que achavam do sexo, 45,8% das adolescentes o consideraram a partir do conceito de algo bom, legal. Para algumas adolescentes esta questão parece estar desvinculada da noção de pecado. Uma delas fez referência ao fato do desencontro entre o prazer desejado e/ou esperado.

A idéia de que sexo deve ocorrer quando há vínculo com sentimento, gosto e emoção pelo outro, apontando para um certo

grau de envolvimento afetivo, se encontra muito presente nas falas (25%) através da categoria sentimento. Uma adolescente apresenta o fato da dúvida com relação aos sentimentos pelo outro apontando para experiência insatisfatória no campo do afeto.

Ao falar sobre sexo, as adolescentes fizeram relação com questões ligadas à categoria responsabilidade (12,5%). Os discursos enfatizaram e incluíram a preocupação com determinados cuidados ao se remeter a assuntos sexuais. A categoria que relacionou sexo como normal (12,5%) pareceu apontar para algo que faz parte da vida humana.

O sexo visto a partir de uma necessidade associado a algo complicado foi referido em um discurso. Parece apresentar a necessidade sexual como constituinte da vida do ser humano, da ordem de sentir prazer ao mesmo tempo em que seu exercício esbarra com as possíveis conseqüências relacionadas à atividade sexual, indicando os riscos da vida sexual.

Quanto à existência de um momento adequado (ideal, certo) para acontecer a primeira “transa”, dezessete adolescentes (85%) responderam que sim e três (15%) responderam que não.

Constatou-se a importância deste momento certo para muitas delas quando responderam questões relativas ao significado da sua primeira “transa”. Esse tempo certo pode ser normalizado e adotado pelo grupo do qual a adolescente faz parte e sofre influências.

A primeira “transa” ocorreu a partir das seguintes faixas de idade: onze adolescentes (55%) tiveram sua primeira transa na faixa etária entre 13 e 15 anos e nove adolescentes (45%) tiveram entre 16 e 18 anos de idade.

Assim sendo, observou-se um dado novo apresentado pelo grupo investigado, maior freqüência na faixa de 13 a 15 anos, considerando o fato de que muitas pesquisas apontam para a faixa etária de 15 a 17 anos como o período mais comum para a ocorrência da primeira relação sexual nas meninas.

VITIELLO (1997) apresentou esse dado, no entanto, não contextualizou o universo onde essas pesquisas foram realizadas nem quem foram essas adolescentes, o que provavelmente pode alterar os resultados.

SERVA apud OUTEIRAL, (1994) citou pesquisa realizada pela Universidade Johns Hopkins, dos Estados Unidos, denominada **Saúde reprodutiva do adulto jovem**, realizada entre 1987 e 1989, onde revela que a idade média da primeira relação sexual no Brasil para as mulheres é de 17anos e 15 anos para os homens. A pesquisa foi realizada em Recife, Salvador, Rio de Janeiro São Paulo e Curitiba.

Com relação à pessoa com quem “transaram” pela primeira vez, o namorado apareceu com predominância na maioria das respostas através de dezesseis adolescentes (80%); depois apareceu a indicação do amigo nas falas de três delas (15%) e apenas uma adolescente (5%) apontou a figura do noivo.

Quando falaram acerca do sentimento de prazer na primeira “transa”, catorze adolescentes (70%) responderam que não sentiram prazer e seis (30%) responderam que sim. Não se explicou nessa pergunta a dimensão da palavra prazer. Acredita-se que, de acordo com as respostas, o prazer de que falaram as adolescentes referiu-se ao orgasmo.

Algumas delas acrescentaram que desconheciam o prazer na época da ocorrência da primeira “transa”, não sabiam do que se tratava, nem o que era prazer sexual. Somente algum tempo após a primeira vez é que foram descobrindo esse prazer e uma das adolescentes relatou que até aquela data, ainda não o havia sentido.

A partir de alguns relatos que dizem respeito ao prazer na primeira “transa”, pôde-se pensar que as adolescentes cujas respostas foram negativas apresentaram questões relacionadas com a representação da permissão social.

Quanto à utilização de bebidas, drogas, no sentido de estimulá-las, encorajá-las na passagem ao ato sexual, dezenove adolescentes (95%) responderam que não fizeram uso e uma (5%) fez referência a esse emprego.

O lugar de ocorrência da primeira “transa” foi apontado como a residência dele por doze adolescentes (60%), o que reforça resultados de outras pesquisas que, de acordo com VITIELLO (1997), se referem à casa dele como o lugar menos vigiado e policiado pela família. Essa realidade se remete às questões de

gênero, onde a casa da menina é geralmente mais policiada pelos pais dela enquanto a do menino é mais liberada, menos vigiada.

Cinco adolescentes (25%) afirmaram ter sido no motel, o que vem demonstrar que essa escolha pode estar relacionada à condição do acesso e situação econômica; duas adolescentes (10%) falaram que havia sido no carro e apenas uma (5%) respondeu ter ocorrido na sua residência.

A preocupação com a utilização de algum método contraceptivo antes e/ou durante a primeira “transa” se deu da seguinte forma: doze adolescentes (60%) responderam que não utilizaram nenhum método e oito (40%) afirmaram que sim, o que demonstra a existência do pensamento mágico quanto às questões relativas aos cuidados consigo, no exercício da sexualidade, somado às pressões exercidas pelo meio sociofamiliar que reforçam a idéia de que para algumas adolescentes, nada lhes pode acontecer. O que parece não se perceberem enquanto sujeitos participantes e responsáveis por tudo que possa ocorrer ao seu corpo e pela gravidez.

O método contraceptivo utilizado por oito adolescentes (40%) foi a camisinha (camisa-de-vênus).

A pergunta seguinte tratou da questão fundante acerca da sexualidade das adolescentes e cujo recorte move todo o trabalho relativo à iniciação sexual: o significado da primeira “transa” para elas.

Ao se tentar identificar representações sociais acerca da iniciação sexual em adolescentes do sexo feminino, partiu-se da análise de conteúdo utilizando o discurso, a linguagem na sua forma de comunicação em um grupo de 20 adolescentes. Dessa forma, buscou-se ouvir das próprias adolescentes como as estas significaram sua primeira “transa”, como tinha sido para elas sua iniciação sexual.

O olhar teve como base a Teoria das Representações Sociais, partindo da compreensão de que a forma como se elaboram representações encontra-se na interface de fatores psicológicos e sociais. Acredita-se que o indivíduo vai construindo sua forma de simbolizar, de dar significados às suas experiências através de influências múltiplas, relativas a aspectos individuais e sociais que

transitam e se interpenetram na construção de formas de representar o mundo.

Assim, o ser humano é produtor e produto de representações, na medida em que ele é sujeito da sua forma de significar a realidade e também sofre modificações no seu jeito de significá-la a partir de outras influências de ordem cultural e social.

Entende-se que uma das formas de se tentar investigar questões especialmente relativas à sexualidade humana é ouvindo dos sujeitos que constituem o objeto de trabalho aquilo que eles dizem acerca de questões eleitas no campo pesquisado.

De acordo com os resultados obtidos, o que apareceu como forma de se identificar as representações acerca da iniciação sexual em adolescentes femininas se encontrou a partir das seguintes categorias agrupadas:

- Sentimentos de satisfação (45,7%) associados a primeira “transa”
- Sentimentos de insatisfação (37,1%)
- Descoberta (17,1%).

De acordo com os discursos apresentados pelas adolescentes, a primeira “transa” foi um acontecimento marcante para todas.

A representação se deu através de sentimentos de satisfação simbolizados pelas palavras: amor, gostar, prazer, especial, carinho, atração, entrega, diálogo, liberdade, alegria, felicidade e realização de expectativas atendidas, que apareceram através da imagem representativa de amor.

A primeira “transa” foi também representada pelo grupo investigado através de sentimentos de insatisfação, de expectativas não alcançadas, insegurança, medo, ansiedade, culpa, arrependimento, que emergiram através da imagem representativa de decepção.

Algumas adolescentes representaram sua primeira relação sexual através da emoção e sensação de despertar, do sentir-se mulher, curiosidade, experiência, fazendo aparecer a imagem representativa de descoberta.

De acordo com os discurso, com as falas das adolescentes, foram observados conteúdos cheios de emoção pelo que conseguiram dizer, naquilo em que a lembrança lhes remeteu, como também no que ainda não conseguiram falar, significar e simbolizar.

Muitas vezes, o discurso foi construído de ambigüidades, na tentativa de querer se dizer através dele, pois, pela característica da ordem simbólica tudo o que é humano é provido de sentido.

Entende-se que falar de sexualidade é falar de desejo e do sujeito que deseja atravessado pela linguagem. Neste particular, deparou-se com questões relativas à subjetividade humana, realidade insofismável no processo de estruturação do sujeito.

As representações se apresentaram através do dito, do falado, da tentativa do sujeito simbolizar, pensar, interpretar sua realidade, seu cotidiano. Assim, as representações contêm conteúdos subjetivos que são apresentados através dos sujeitos que já pertencem à determinada sociedade e cultura.

Portanto, as representações são construídas através da objetividade e da subjetividade no processo do conhecimento humano. No entanto, essa construção não se dá de forma fragmentada mas contínua, no sentido processual entre o ser psicológico e o ser social.

Dessa forma é que se sentiu necessidade de se situar os sujeitos da pesquisa. Os discursos procedem de adolescentes femininas em situação de pobreza cuja passagem adolescente, acredita-se, ocorrer com mais dificuldade, em relação a outros estratos sociais.

O gênero e a situação econômica das adolescentes influenciaram na estruturação dessa adolescência refletida no discurso, na forma de representação da sexualidade, do significado que a iniciação sexual se constituiu, gerando o simbólico e fazendo emergir representações.

As adolescentes investigadas, de acordo com dados apresentados, estão vivendo a chamada “crise normal” da adolescência em que estão buscando construir outra identidade (já que não se sentem mais crianças), que começa pelo eterno questionamento do quem sou eu, enfrentando algumas dificuldades

no campo sexual relativas à sua afetividade na construção da sexualidade.

A sexualidade da adolescente vem sendo construída através de influências histórico-sociais que atravessam séculos e chegam ao final do século XX segundo os ditames das sociedades ocidentais.

Nesse sentido, se depara, ainda, com questões de gênero, como também da construção do feminino, que têm importância fundamental na subjetivação da sexualidade feminina.

Assim, os sujeitos trazem a partir da forma de significar sua realidade, influência do passado, das representações pré-existentes, repassadas acerca da sexualidade feminina, muito embora se perceba a marca da diferença, do novo, no que diz respeito à maneira como a chamada geração teen vem encaminhando e processando suas questões acerca da sexualidade.

Assim, a forma de representar a sexualidade vai se processando e se modificando de acordo com as influências psicossócio-culturais. A sexualidade constitui-se através da construção do sujeito no seu contexto histórico-cultural.

Na investigação, as adolescentes que associaram sua primeira "transa" a sentimentos de satisfação falaram desse momento como algo especial vivido com alguém, por quem se encontravam afetivamente envolvidas. A expressão de envolvimento afetivo se liga à noção de romance, que se remete à idéia do amor romântico, cujo aparecimento se dá a partir do final do século XVIII. Seus ideais se encontram inseridos nos laços entre a liberdade e a auto-realização (GIDDENS, 1993).

Percebeu-se que, apesar da distância secular, está-se diante de idealizações e necessidades amorosas que parecem se evidenciar na forma de representação em relação ao objeto de amor (desejo) no campo da sexualidade. Isto vem demonstrar que as representações se apresentam de forma a significar a realidade imperativa na ordem das expectativas e necessidades humanas socialmente construídas.

Fez-se interessante observar que a forma como cada cultura e grupos sociais apresentam suas representações no campo da sexualidade contém elementos que lhes são peculiares e imprimem seu traço, sua marca, o elemento novo da sua representação.

“O amor rompe com a sexualidade, embora a abarque, a ‘virtude’ começa a assumir um novo sentido para ambos os sexos, não mais significando apenas inocência, mas qualidades de caráter que distinguem a outra pessoa como especial”.
(GIDDENS, 1993, p.51).

Dessa forma, o amor romântico considera a intimidade. Essa escolha da pessoa especial pode ser identificada através de questões em que se perguntou com quem ocorreu a primeira “transa” e a grande maioria das adolescentes (dezesesseis) respondeu com o namorado, e uma com o noivo, já que para elas a definição de namoro está relacionada principalmente com o compromisso e a responsabilidade.

Não possuir um envolvimento romântico parece enfraquecer e tornar irrelevante a expressão sexual. Parece haver uma associação psicológica nas meninas, relacionando amor e sexo. Dar expressão à sexualidade fora do contexto de um envolvimento romântico se apresenta como uma dificuldade para as meninas, nem sempre enfrentada pelos meninos.

De acordo com VITIELLO (1997), as jovens são auto-afirmadas pela sua capacidade de seduzir, de atrair um homem até que este deseje ter relações com ela.

Assim, para grande parte das meninas, sua primeira “transa” parece veículo a expressão de amor e afeto no que o outro signifique para ela. No campo da sexualidade, importa muito o lugar onde o escolhido é colocado, em torno do qual é realizada uma série de investimentos libidinais. Assim, a expressão de amor aponta para relações romanticamente envolventes.

Essa representação parece atender a desejos de auto-realização. Dessa forma, a representação pré-existente, antes da passagem pela experiência, da forma como foi elaborada, pareceu ganhar mais força através da realidade vivida por essas adolescentes.

Assim, a ligação entre afeto e envolvimento romântico na primeira “transa” aponta para sua concretização através da imagem representativa de amor.

As adolescentes põem em relevância o sexo como uma forma de comunicação de amor, carinho, intimidade e afeto e não

como simples maneira de atendimento a necessidades de liberação relacionadas à ordem física.

“Foi muito especial, foi planejada, feita com muito carinho, diálogo, perguntas, etc. Ter perdido minha virgindade não foi nem é o fim do mundo pois aconteceu com uma pessoa que eu gosto que sabe me entender e está sempre perto quando preciso tirando dúvidas”. (A3 – 15 anos).

Para as adolescentes, sexo e romance devem caminhar numa mesma direção, juntos, através da construção do amor romântico que pode ser eterno, o aparecimento da verdade desse amor através da representação da sua fertilidade (o filho) , como prova do amor maior que os une e como consequência do trânsito pela sexualidade:

“Foi muito bom porque foi com quem eu amo de verdade e ainda estou com ele e desse amor nasceu uma menina”. (A 5 – 19 anos).

Percebeu-se a premeditação relativa à adequação de questões ligadas ao espaço-tempo, contribuindo de forma satisfatória na realização do desejo.

Foi na hora certa pois me senti preparada. Gostei. Foi como eu esperava, parecia algo ensaiado. Foi com a pessoa certa, na hora certa e no lugar certo. O mais importante disso tudo é que eu tinha certeza de que tanto ele me amava como eu também o amava. Resumindo: foi muito especial (A 7 – 16 anos).

Observou-se a evidência do romance desencadeado pela construção paulatina da intimidade, cujo objetivo se dá através da entrega de si ao outro (ser amado).

Foi uma maravilha a gente se entendia muito bem, havia diálogo, carinho, passei a gostar a amá-lo de verdade, me entreguei toda prá ele. [...] Foi ótima, foi com quem eu amava e sentia atração. Foi maravilhosa, do jeito que eu queria , com carinho e afeto (A 11 – 18 anos).

O sexo apareceu como uma das formas de demonstração do amor sentido pelo outro e a presença da importância do carinho, da afeição.

“Foi muito importante, [...] Foi com quem eu amava ele foi carinhoso”. (A13 – 19 anos)

“ Fui porque quis mesmo sabendo que não era o momento mas eu concordei porque gosto dele”. (A14 –19 anos)

O discurso expressou também a certeza do verdadeiro encontro amoroso, a trilha do caminho rumo à desejada felicidade, alegria e paixão de viver.

“Porque encontrei o amor verdadeiro, a felicidade, a alegria que senti”. (A 20 – 16 anos)

Os sentimentos de insatisfação gerados a partir da significação da primeira “transa” foram representados pela decepção através dos discursos das adolescentes, que se traduziu no medo, ansiedade, nervosismo, de algo ruim, forçado, insegurança, rebeldia, arrependimento, culpa, dependência dos pais, dor física, sentir nojo, ter sido usada, sensação de estranheza, dar prova de amor e expectativas não atendidas.

Percebeu-se que para muitas adolescentes havia uma idealização com referência a esse momento de suas vidas, marcado por expectativas geradas na construção da sua sexualidade, que dizem respeito principalmente à preocupação de sentirem-se amadas, queridas, aceitas e desejadas.

Supõe-se que a representação da decepção apareceu através do (des)encontro entre o idealizado e o vivido para algumas adolescentes desse grupo, ao se depararem com a realidade que se apresentou de forma diferente daquilo que imaginaram, fantasiaram, que se constituía na sua forma de simbolizar e representar a primeira “transa”, a partir de conteúdos individuais e construídos socialmente através de influências externas. O que pode provocar outra forma de representar a realidade imperativa do cotidiano.

Através de sentimentos de desencanto, a figura de decepção emerge nos discursos e falas como forma de representação da primeira “transa”.

Na busca do prazer, o tropeço na dor, e essa dor que deverá se somar às outras, fruto de dificuldades da travessia, da passagem da adolescência à realidade adulta.

Há a necessidade em todos esses casos específicos dessas questões serem trabalhadas para que o processo da sexualidade não venha a trazer conseqüências indesejadas no campo principalmente de expressão da afetividade.

Percebeu-se a presença do ocultamento da iniciação sexual para a família, dando origem a sentimentos de tristeza, causadores de decepção à figura parental, a chantagem sendo utilizada como uma forma de jogo do poder masculino. A marca da forte emoção que a primeira vez remeteu:

“A primeira vez não foi bom, foi chato, ele me obrigando me chantageando, chorei bastante .Quando a família descobriu foi triste prá mim. Ele inventou coisas prá minha mãe prá se livrar. Minha primeira vez foi horrível eu não gosto nem de lembrar que eu choro. Minhas outras vezes eu já gosto”. (A 2 – 16 anos).

A iniciação sexual como momento de experiência, de dificuldade emocional para os dois, a associação com a dor física e alusão à preocupação com o bem-estar, conforto do outro, apontando para sentimentos de cumplicidade:

“Houve nervosismo tanto meu quanto dele. Eu estava com medo, ele preocupado com a melhor maneira prá eu não sentir dor”. (A 3 – 15 anos).

Constatou-se a sensação de estranhamento em relação a si, de que algo novo, diferente, aconteceu, e o conflito de participá-lo aos pais, aparecendo através do pesado drama de consciência:

“Coisa muito marcante quando acontece a primeira relação você se sente estranha tem aquela coisa de falar para os pais, dizer o que aconteceu, se sente com a consciência pesada”. (A4 – 16 anos).

No discurso, apareceu a figura do “príncipe encantado”, fantasiado e secularmente representado no imaginário feminino, e a sanção para a iniciação sexual através do casamento:

“Não foi como eu desejava ou seja como todas as adolescentes sonham que é ter sua primeira vez com seu príncipe encantado ou depois do casamento. Não me arrependo pois depois da primeira vez tive momentos “. (A6 – 18 anos)

A demonstração do amor atravessado pela prova de amor e suas conseqüências:

“Apesar de achar que não existe idade certa prá praticar o ato sexual, não estava preparada prá iniciar minha relação sexual. Apesar de adorar meu namorado não era o momento. Ele queria muito como prova de amor fiz amor com ele. Depois minha vida tornou-se um caos. Mudei muito, não gostei, passei a ter nojo dele. Perdi a confiança nele, descobri que ele tinha me usado. Nunca mais fui a mesma depois. Queria ter uma vida normal talvez um outro namorado pois ele foi o único” .(A 18 – 18 anos)

A iniciação sexual também apareceu representada através do discurso de situações “forçadas”, fazendo emergir o do poder do outro na relação amorosa:

“Foi ruim, não foi porque eu quis foi forçado (A12 – 18 anos)”.

Observou-se a necessidade da existência de outros fatores de aproximação (atração), além do envolvimento da amizade:

“Foi com um amigo, uma pessoa que não tinha muito a ver, não fui forçada mas não foi o que deseje”. (A 17 – 18 anos)

A representação da primeira “transa”, para algumas adolescentes, se encontrou associada à autopercepção de descoberta através do despertar de uma realidade que se desvela, mudando a forma de pensar sobre si mesma , sobre os outros e sobre o mundo ao seu redor.

A sensação que passou, através dos discursos, é como se tudo ganhasse um novo colorido, o que resultou na forma de redimensionar, a partir desse acontecimento, a realidade em sua

volta, construindo no campo do simbólico outras formas de representação de afeto, via sexualidade.

Através da descoberta, apareceram sentimentos que deram sensação de desabrochar, de outro nascimento. É como se descortinasse um novo mundo, uma nova realidade. E a partir desse acontecimento, apareceram outras formas de relação consigo, com os outros e com o mundo, tudo isso gerando sentimentos de segurança afetiva, trilhando rumo à passagem adulta.

Dessa forma, pôde-se pensar que, para algumas adolescentes, a sexualidade se fez revelar através da sua representação mais complexa e mais sublime, pois, ao atingir seu objetivo, transcende-o em favor de outros na busca de uma gratificação mais plena.

“O despertar de uma nova mulher com muito mais afeto pelas coisas sobre o amor do próximo”. (A1 – 19 anos)

“Eu me senti leve com o dom de me sentir como uma pessoa que consegue chegar ao último degrau mais sensível para uma mulher pois a partir desse momento eu tinha entrado para a fila das mulheres formadas e muito mais feliz pois me entreguei a quem eu amo e até hoje é uma satisfação conviver com ele”. (A16 – 19 anos).

O discurso expressando também as expectativas geradas em relação às transformações corporais, seu descobrimento passando por sensação de curiosidade que se apresentou em descompasso com os sentimentos de ambigüidade, característicos da adolescência. A origem da marca de certa repressão que apareceu no trato da sexualidade, apontando como uma forma de descobrir, através da própria experiência, outros caminhos.

Esperava uma paixão que toda adolescente sente assim que percebe seu corpo mudar e acha que está pronta para namorar e um pouco mais tarde se entregar a alguém. Pela minha idade (13 anos) me sentia muito confusa porém curiosa talvez tenha sido por isso que eu não esperei um alguém especial como desejei. É bom quando você tem liberdade e

orientação quando se fala de sexo pois há melhores chances de esperar pela hora certa (A13 – 19 anos)

Considerações Finais

A pesquisa aponta, através do discurso das próprias adolescentes, a forma como pensam, significam e exprimem sentido a algumas questões relativas à sexualidade na adolescência, onde se buscou fundamentalmente investigar o significado da primeira relação sexual em adolescentes femininas.

A investigação não objetivou situar diferenças comportamentais a partir da iniciação sexual entre adolescentes femininas pertencentes a classes sociais diferentes. Acrescenta-se que há na literatura carência de estudos sistematizados e científicos sobre esse assunto.

No entanto, acredita-se haver influência de determinantes psicossocio-econômicos na constituição da história de vida do sujeito que procura dar sentido e apresentar representações a partir dessa realidade vivida no seu cotidiano. Isto, supostamente, pode vir causar algumas diferenças no âmbito do campo representativo do sujeito humano.

A partir da análise de conteúdo dos discursos, pôde-se dizer que o significado da ocorrência da iniciação sexual nesse grupo estava relacionado a fatores de ordem afetiva ligados aos sentimentos e emoções das adolescentes.

Esta realidade pode levar a pensar que, em se tratando de sexualidade feminina na adolescência, questões ligadas à afetividade devem ser privilegiadas em detrimento do discurso racional, biologistas, que pressupõe uma ordem linear entre causa-efeito comumente utilizado por programas governamentais que funcionam como forma de manipulação e controle do exercício da sexualidade. No entanto, a sexualidade escapa a essa ordem.

A ideologia da lógica racional no campo da sexualidade deve ser repensada, utilizando-se para isso os próprios dados estatísticos que mostram que o efeito de trabalhos através dessa óptica de referencial é quase estéril: a incidência de gravidez na

adolescência é considerada alta como também a ocorrência de DST's e aborto o são.

Dessa forma, o exercício da sexualidade na adolescência precisa ser tratado a partir de questões que envolvam o prazer e suas conseqüências (possíveis riscos de se lidar com o que é gostoso). Segundo TIBA (1994), os adolescentes se interessam mais no prazer do que em questões de reprodução. Para eles, o desejo é a novidade concreta e não a possibilidade de ter filhos.

A forma como as adolescentes vêm se iniciando sexualmente cada vez mais cedo, e principalmente sua atividade sexual fora da instituição do casamento, parece ser o fato provocador de incômodo social. Sabe-se que a moral social, apesar das mudanças ocorridas no trato da sexualidade, aprova somente a sexualidade através da sanção do casamento monogâmico.

O exercício da sexualidade na adolescência, principalmente por parte da mulher, desafia, portanto, o instituído, provocando uma “desordem amorosa” e um “descontrole social”. Para sanar esse “desequilíbrio”, o Estado lança mão de programas e políticas, fazendo uso de um poder disciplinador, que canaliza a sexualidade para os padrões aceitos socialmente (CARVALHO et. al., 1996).

O amor, a decepção e a descoberta como figuras representativas da iniciação sexual que emergem na pesquisa realizada através dos discursos das adolescentes investigadas, fazem com que se reflita acerca da magnitude que se coloca como questão no contexto da crise da adolescência, na realidade, crise estruturada pelos conflitos internos (de ordem pessoal e familiar) e externos (provocados pelo meio sociocultural).

Esses conflitos procuram forma de expressão na ordem do simbólico através do qual possam dar significação à realidade que os demanda na ausência dos ritos de passagem ou na sua quase inexistência nas sociedades ocidentais modernas.

Partindo-se dessa falência no campo do simbólico, uma das saídas, é o se por à prova, é a passagem ao ato. Assim, parte das dificuldades dos adolescentes se transformam à luz do olhar dos adultos e da sociedade, em problemas que são nascidos dessa necessidade de quer se dizer, de querer se conhecer que passam

inevitavelmente por uma crise identificadora, marcada pela busca do quem sou eu ou eu quero saber quem sou.

Segundo os autores pesquisados, principalmente, ERICKSON (1976), ABERASTURY (1992), KNOBEL (1992), DOLTO (1990) dentre outros, a adolescência se apresenta como esse momento difícil marcado por algo chamado de crise, mutação, transformação, que se processa de maneira especial, por se constituir de forma estruturante no desenvolvimento do sujeito humano.

Dentre todas as questões que o adolescente, nesse momento de considerada turbulência, deverá processar, há uma que se constitui fundamental – trata-se da estruturação da identidade.

No processo da passagem, o adolescente se dá conta da sua mudança nas manifestações genitais. A sexualidade exige demandas cujos aspectos afetivo-emocionais encontram-se com a crise de identidade por também fazer parte da adolescência.

A partir do universo investigado, pode-se apontar a iniciação sexual como uma das formas de representação da crise adolescente, já que a identidade sexual é parte de expressão da crise, fazendo gerar representações acerca de questões relativas à sexualidade adolescente.

A iniciação sexual pode ser uma forma de o adolescente comunicar a crise, a crise falando através da sexualidade, de sua comunicação utilizada na busca de identificação dessas adolescentes.

Dizendo de outro jeito, essas adolescentes parecem ter buscado, através da identificação com o outro, via experiência amorosa, da necessidade afetivo-sexual, uma identidade para si mesmas.

A experiência amorosa constitui-se um marco na adolescência. A troca do objeto de amor (pais) por outro faz gerar no adolescente sentimentos de autonomia em relação às figuras parentais e de auto-afirmação em relação ao grupo ao qual pertence, conferindo-lhe sentimentos de construção, principalmente na ordem afetivo-emocional da sua estruturação de sujeito.

De acordo com esse olhar, a iniciação sexual aparece como uma das pontes que pode ligar o adolescente ao mundo adulto pelo desejo de querer passar para o outro lado, de querer ser adulto, de sair desse lugar nenhum, da passagem, da transição (não é mais

criança mas não é adulto ainda) e ganhar enfim o status de adulto. É como se perguntasse: o que me falta para sê-lo? o que me falta para sair dessa confusão (nem criança nem adulto).

A primeira experiência parece passar a ser, desse modo, para algumas adolescentes, esse divisor que separa a existência dos dois mundos (infantil e adulto). A iniciação sexual pode apontar para uma definição dessa travessia, da passagem para o outro lado (fase adulta).

O exercício da sexualidade parece tender para um certo “nivelamento” entre o mundo do adolescente e o mundo do adulto. A sexualidade é de certa forma utilizada pela adolescente para representar a sua maneira, o seu jeito de dizer, de comunicar aos pais e à sociedade que pode amar, que pode também sentir e dar prazer ao outro. É como se ela dissesse: olha, eu cresci!

Atenta-se para o fato de que o outro escolhido, cujo envolvimento afetivo é fundamental para essas adolescentes, tem como uma das funções o papel de provocar, no sentido de causar, de gerar representações a partir da maneira como cada adolescente significa esse momento em sua vida no campo da sua sexualidade.

As representações sociais encontradas acerca da iniciação sexual dessas adolescentes apontam também para a maneira como cada uma teve que processar e elaborar necessidades e conflitos que do mundo imaginário, da fantasia, do ideal, passaram a partir do ato em si, da sua primeira vez, desse contato com o outro da relação, a ganhar elaboração e uma outra forma de representação através da realidade do vivido.

Percebeu-se que, ao se investigar o significado da iniciação sexual das adolescentes através das representações sociais, os discursos também podem apontar para um campo de representação da crise de identidade sexual, aparecendo através da iniciação sexual, momento de construção da ordem afetivo-emocional do sujeito adolescente.

Tentou-se traduzir, através de análise e interpretação, o que se pensa que os dados dizem, sem no entanto, se ter a pretensão de se considerar acabado o assunto eleito.

Nesse sentido, se pensa estar contribuindo para que questões acerca da iniciação sexual sejam mais investigadas, pois o

objetivo maior dessa pesquisa tornou-se, no decorrer do seu desenvolvimento, em querer buscar respostas e não querer encontrar a resposta.

Referências

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ASSIS, Machado. **Dom Casmurro**. São Paulo: Moderna, 1983.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1976.

BASTOS, Álvaro da Cunha. **Adolescência feminina: aspectos psicossomáticos na ótica de um ginecologista**. São Paulo: Atheneu, 1992.

BERGER, P. L.; LUCKMAN, T. **A Construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1995.

BIRMAN, Joel. **Erotismo, desamparo e feminilidade – Uma leitura psicanalítica sobre a sexualidade**. In: LOYOLA, Maria Andréa (Org.). **A sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

BOMFIM, Z. A C. **Psicologia social: histórico, conceituação e correntes teóricas**. Nota de Aula. Mestrado de Saúde Pública – UECE, Fortaleza, 1997.

BRAGANTE, Luiz Amadeu. **Sexualidade**. In: COSTA, Moacir. **Amor e sexualidade – a resolução dos preconceitos**. São Paulo: Gente, 1995.

CARVALHO, A. J. Leitão et. Alli. **Sexualidade e adolescência. Discurso e prática nas instituições de saúde**. Fortaleza: Fundação Edson Queiroz, 1996.

CHAUÍ, Marilena. **Repressão sexual, essa nossa (des)conhecida**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CRIANÇAS e adolescentes -Indicadores Sociais- Família e Rendimento no Nordeste. **IBGE** v.3, set.1991.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei no 8069 de 11/07/1990 Ano CXXVIII, n. 135, de 16/07/1990.

DOLTO, Françoise. **A Causa dos adolescentes**. Tradução: Julieta Leite. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990

ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise**. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FREUD, Sigmund. Obras Completas. **Três ensaios sobre a sexualidade**, Rio de Janeiro: Imago, 1972, v. VII.

GIDDENS, Anthony. **A Transformação da intimidade**. São Paulo: UNESP, 1993.

HASS, Aaron. **Sexualidade na adolescência**. Tradução: Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

Índice de gravidez entre adolescentes aumenta 400%. II Congresso Brasileiro de Pediatria. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 5 maio. 1996.(2 cad. p.21).

KNOBEL, M. A Síndrome da Adolescência Feminina. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. Cpa. 2.

MAMÃES – CRIANÇA. **Veja**, São Paulo, 29 nov.1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília, 1993, VI.

OUTEIRAL, José O. **Adolescer**: estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

PINTO, Luiz Fernando M. **Televisão e educação sexual**. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, 1995, 71 (5): 248-254.

ROCHEBLAVE – SPENLÉ, Anne Marie. **O Adolescente e seu mundo**. Tradução de Olympia Salette Rodrigues. São Paulo: Duas Cidades, 1975.

TIBA, I. **Adolescência: o despertar do sexo**. São Paulo: Editora Gente, 199

VITIELLO, Nelson. **Sexualidade: quem educa o educador: um manual para jovens pais e educadores**. São Paulo: Iglu, 1997.

VITÓRIA, Gisele. Barriga de anjo. **Isto É**, São Paulo, 7 set. 1994.

PARTE VI

SAÚDE E TRABALHO

TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR – UMA VIAGEM NO TEMPO E NO ESPAÇO

*Andréa Silvia Walter de Aguiar
João Bosco Feitosa dos Santos*

Para podermos entender a saúde do trabalhador, há necessidade de recuperar conceitual e historicamente a categoria trabalho, compreendendo a sua evolução, por sua vez, relacionada diretamente ao desenvolvimento dos tipos de acidentes laborais. Acreditamos ser impossível estudar os acidentes de trabalho e as doenças profissionais sem entender sua produção social, assim como os aspectos que envolvem o sistema produtivo, as relações, formas, organizações e condições de trabalho.

Conforme ALBORNOZ (1994), SANTOS (2000), entre outros autores, bem como está registrado no Novo Dicionário Aurélio e no Moderno Dicionário da Língua Portuguesa - Michaelis, o verbo trabalhar advém do latim tripaliare que significa “martirizar com o tripalliu (instrumento de tortura)”. Anteriormente, este objeto era utilizado na agricultura, a fim de bater o trigo e o linho, sendo no período romano instituído como produtor de dor, sofrimento e martírio (RUIZ, 1999). Os significados do termo trabalhar foram adquirindo novas conotações, variando amplamente nos dias de hoje e compreendendo diversos entendimentos de acordo com área de estudo: Medicina, Fisiologia, Sociologia, Física, entre outros. Dentre estes conceitos lá encontrados, optamos por “aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim” (MICHAELIS, 1998), sendo os termos “faculdades humanas” traduzidos como intelecto humano. Assim, este conceito representa-nos a completude e complexidade do homem como uma unidade constituída de uma porção física e outra mental, intimamente interrelacionadas e indissociáveis, imbuídas da realização de algo, de forma sinérgica.

Segundo ALBORNOZ (1994), o que distingue o trabalho do ser humano dos outros animais é “consciência e intencionalidade” depositadas no processo de trabalho. Um destes fatores, a

intencionalidade, pode ser encontrado em alguns animais, porém de forma instintiva, não consciente. Enquanto isso a presença dos dois fatores produz uma característica humana - da consciência na execução e desta consciência em relação à presença do risco quando produtor de acidente. O trabalho ainda traz consigo uma conotação histórica, pois é "(...) reproduzido, reapropriado, reconstruído e aperfeiçoado a cada nova contemporaneidade" (RUIZ, 1999: 42).

Em verdade, o processo de trabalho vem se modificando ao longo dos séculos, passando de uma atividade de subsistência a uma atividade produtora de economia. Assim, ao longo da história, perceberam-se várias mudanças nas análises da organização e relação do trabalho, em que predominaram aquelas relacionadas à ordem econômica.

A sociedade em que vivemos é denominada por alguns de sociedade "pós-moderna", por outros, "complexa", "pós-industrial", etc. Para se falar desta sociedade pós-industrial, se faz necessário, antes de tudo, estudar algumas das características, já que ela é o espaço no qual o homem interage para atingir seus objetivos. Pode ser conceituada como uma sociedade que estabelece e amplia barreiras, adota novas culturas e rompe com sistemas. Por ser dinâmica em seu comportamento, o homem vive e se relaciona com esta sociedade (AMARILLA, 2001), intimamente relacionada ao desenvolvimento científico e tecnológico, sendo sua atual forma de produção e reprodução extremamente veloz. Entretanto, para podermos entender a denominação de uma sociedade pós-industrial, é mister retrocedermos no tempo e reaver a formação das chamadas sociedades pré-industrial e industrial.

Do início da formação das sociedades até o final do século XII e começo do século XIII, a sociedade era meramente rural, produtora e consumidora de bens rurais. Desde os primórdios da história, mais conhecimentos vêm sendo introduzidos, sobretudo em busca de invenções que satisfaçam às necessidades humanas, tendo como melhor exemplo a produção de máquinas. A aurora da tecnologia, enfim, chegava através das descobertas de implementos agrícolas, poupadores de mão-de-obra camponesa e o concomitante advento das fábricas nos centros urbanos europeus.

No final do século XVII e início do século XVIII, o epicentro da economia deixou a produção de bens rurais e passou para manufatura de bens industriais em grande escala: estava fundado o período industrial em razão de dois fatores: o primeiro foi à aplicação da ciência à produção, e o outro a expansão capitalista. O poder passou de proprietários rurais para senhores industriais. A sociedade industrial continuou consumindo os bens rurais de forma mais intensiva em virtude do aumento populacional, mas não absorveu a mão-de-obra camponesa. Este período chamou-se de Revolução Industrial. Aí onde podemos reconhecer dois de seus estádios:

Primeiro – a partir da invenção da máquina a vapor, considerando a revolução tecnológica do século XVIII;

Segundo – caracterizado no século XIX pela introdução da eletricidade nos processos de produção materiais mantidos até hoje.

A sociedade industrial durou somente duzentos anos, enquanto a pré-industrial durou sete mil anos, aproximadamente.

A partir da década de 1950, culminando no final dos anos 70, novas tecnologias e conhecimentos são adicionados aos anteriormente desenvolvidos. A Informática, a Robótica, a Biotecnologia, o laser são introduzidos de forma enfática na sociedade; provocando, assim, novo deslocamento de produção de bens – dos bens materiais/industriais para a produção de bens imateriais ou também chamados bens de serviços, assim como a produção de bens estéticos, de símbolos e valores. Nasce a sociedade pós-industrial (HARVEY, 1993). Este período também é retratado como a Terceira Onda (TOFFLER, 1991) ou Terceiro estágio da Revolução Industrial. Desta vez, o poder passou das mãos de proprietários de meios de produção material para as mãos de produtores de bens de serviço. Mais uma vez há o deslocamento do centro da economia, e nem operários nem executivos participam desta nova "ordem" no desenvolvimento da sociedade. A automação do processo produtivo caracteriza a substituição de operários e executivos por computadores e robôs. Mesmo assim, esta sociedade, continua consumindo bens industriais.

Entretanto, a passagem da sociedade industrial para a pós-industrial vem gerando conseqüências, tanto benéficas quanto

maléficas ao homem e à sociedade. Os avanços tecnológicos foram também responsáveis por melhorias na qualidade de vida dos seres humanos, quando relacionamos a longevidade (prevenção, métodos de diagnóstico e tratamento) traduzida em explosão exponencial da população. As novas tecnologias e formas organizacionais fizeram que os homens trabalhassem menos, contudo produzissem mais. Porém, com a tendência de substituição do homem pela máquina, deparamos uma quantidade enorme de indivíduos expulsos do mercado de trabalho. Este exército, composto de jovens, mulheres, crianças, idosos e deficientes físicos é atrelado a um aumento de outras pessoas que pressionam o mercado de trabalho, gerando um aumento da taxa de desemprego, seja pela queda na ocupação (formal ou informal), seja pela passagem da População Não Economicamente Ativa (PNEA) para População Economicamente Ativa (PEA); e ainda pelo crescimento demográfico, que desloca contingente populacional da População Não Ativa (menores de 10 anos) para população em idade ativa.

Enquanto a sociedade industrial valorizava o racionalismo e a produtividade, a sociedade pós-industrial aprecia a flexibilidade, a criatividade, assim como a estética, e também a subjetividade. Ela também é caracterizada pela desestruturação do tempo e do espaço (HARVEY, 1993; SANTOS, 1995) – a execução das atividades pode ser feita em qualquer lugar graças aos adventos tecnológicos, como telefones, fac-símile, “Internet” e correios eletrônicos. A sociedade industrial propiciou à sociedade pós-industrial um melhor bem-estar, entretanto, há forte característica discriminatória em relação às populações mundiais – distribuição de renda per capita (DE MASI, 1998). A sociedade pós-industrial pode também ser caracterizada como uma sociedade anômica, parafraseando Durkheim, no que diz respeito à divisão social do trabalho.

Observamos, então, que, dentre os fatores determinantes desta mudança processual, a aplicação da ciência foi marcadamente a mais importante para o “aumento de produção material” (ALBORNOZ, 1994). Assim, à medida que as forças produtivas se desenvolvem, o homem liberta-se cada vez mais da dependência das forças da natureza, aumenta o conhecimento sobre estas e a capacidade de modificá-las de acordo com as necessidades humanas.

Prosseguem, assim, os avanços da ciência, que vêm interferindo decisivamente no mundo do trabalho e que poderiam, a princípio, proporcionar ao homem melhor qualidade de vida, conforme observou Karl Marx (1818-1883), ao dizer que, transformando a natureza, o homem transforma a si mesmo. Resta, então, saber por quais transformações têm passado o trabalho e o trabalhador desde a instalação do sistema capitalista de produção, caracterizado pela busca incessante do lucro, pela transformação do trabalho em fator de produção e pela possibilidade de o trabalhador estar livre para negociar sua força de trabalho.

Desde os primeiros estudos sobre as relações capitalistas de produção, observam-se mudanças de caráter quantitativo e, principalmente, qualitativo.

Com o advento da Terceira Revolução Industrial, marcada pela “reestruturação produtiva”, pós anos 70, muitas mudanças vêm sendo introduzidas nas vidas dos indivíduos e suas relações. Essa inserção tem sido realizada de modo radical e quase simultaneamente, em todos os locais (Dwyer, 1994; Mendes & Dias, 1999).

Com a implantação da gerência científica do trabalho nas primeiras décadas no século XX, tendo Taylor (1874-1959) como principal expoente, e o advento da produção e consumo de massa, a partir das invenções provocada por Henry Ford (1863-1947) na produção industrial, o desenvolvimento do processo de produção coincide com a decomposição das atividades de trabalho em operações parciais realizadas pelos que produzem. Esta divisão do trabalho não está ligada diretamente a atributos anatômicos e/ou fisiológicos, mas deve ser entendida como um fenômeno socioeconômico, na medida em que está ligado à produtividade. A divisão do trabalho é racionalizada e organizada cientificamente, instituindo junto aos participantes do processo de produção uma hierarquia fundamental, em que aos executantes são confiadas tarefas que não conceberam e que, na maioria das vezes, apenas escolheram (Boudon & Bourricaud, 2000).

A partir de Taylor, houve aprofundamento e radicalização na ruptura entre trabalho intelectual (concepção) e material (execução), em que cada trabalhador passa a ser visto como um

agente que deve se especializar e padronizar seus gestos de forma coletiva. (RUIZ, 1999) Na escola científica, o processo produtivo deve ser “formal, hierarquizado, autoritário e racionalizado” (COHN, 1994: 68), a fim de garantir uma otimização e aumento da produção, em que a obediência do tempo-padrão e o estabelecimento de um melhor método de trabalho pelo estudo de tempos e movimentos são condições imprescindíveis para obtenção desta maximização do processo produtivo. Entretanto, este rompimento do ato da concepção com o da execução não passou despercebido pelos trabalhadores. Eles se conscientizaram da tendência em transformá-los em “meros autômatos”, passando a questionar os porquês de não lhes ser permitido pensar (BRAVERMAN, 1987). A organização científica produziu um “novo homem”, conforme observou Gramsci em uma crítica ao modo fordista de produzir.

Em verdade, a gerência científica instituída no final do século XIX e início do século XX modificou-se à medida que novas concepções tecnológicas eram incorporadas ao processo de trabalho. Ao mesmo tempo, novas teorias a respeito do trabalhador e sua inserção no local de trabalho e na sociedade foram introduzidas, como a Teoria Estruturalista, Teoria Comportamental e Abordagem Sócio-Técnica. Estas correntes teóricas conceberam o trabalhador como um indivíduo com necessidades básicas e psicossociais; em que o principal formulador – J. Elton Mayo, defendeu a necessidade psicológica do homem sentir-se como membro de um grupo social, resgatando a abordagem durkheimiana acerca do trabalho – constituinte de uma fonte de solidariedade e, portanto, de integração social. SELIGMANN-SILVA (1994) e ANTUNES (2000) reconhecem o papel fundante do trabalho na “(...) gênese e no fazer-se do ser social (ANTUNES, 2000: 168)”, dotando-o de uma dimensão teleológica própria.

Durante praticamente todo o século XX, o binômio taylorismo/fordismo dominou o sistema produtivo e seu respectivo processo do trabalho, baseando-se na produção em massa de mercadorias, estruturadas em uma produção homogeneizada e verticalizada. Entretanto, a partir do início da década de 1970, o capitalismo começou a mostrar o agravamento de suas crises, com queda de taxa de lucros, fusão entre empresas monopolistas e

oligopolistas, incremento acentuado das privatizações e crise do Estado do bem-estar social . E, neste contexto, a era da acumulação flexível e o toyotismo emergiram no Ocidente (ANTUNES, 2000).

A partir do término da 2ª Guerra Mundial, quando o Japão iniciou seu soerguimento político e econômico, uma nova forma de produção na indústria automotiva foi instituída – o toyotismo (ou onhnismo, de Ohno, engenheiro que o implantou) ou também conhecido como "modelo japonês". Este modelo não pode ser entendido como uma forma “substitutiva” do fordismo, entretanto um método opositor, em que o modelo de fábrica fordista era considerado uma fábrica “gorda”, enquanto o padrão de fábrica toyotista se qualificava como fábrica “mínima” – que é uma fábrica

(...)reduzida às suas funções, equipamentos e efetivos estritamente necessários para satisfazer a demanda diária ou semanal (...) primeiramente, e antes de tudo, a fábrica de pessoal mínimo (CORIAT, 1994: 33).

O toytosimo foi concebido para enfrentar situações de busca de ganho de produtividade na ausência de crescimento. Institui-se como uma nova forma de produzir e consumir, e mais uma vez, há o aparecimento de um "novo homem". Este pode ser caracterizado pela produção variada, diversificada, e, principalmente, voltada para demanda (just in time), com a mudança da relação homem/máquina, em que o trabalhador passa a ser polivalente – mais qualificado, podendo realizar várias tarefas simples, ou seja, “qualificado, participativo e multifuncional” (ANTUNES, 2000: 48). O trabalho passa a ser realizado em equipe, funcionando segundo o sistema de placas ou senhas de comando para reposição de peças (kanban) e de estoque mínimo. As empresas apresentam uma estrutura horizontalizada e, além da flexibilidade do aparato produtivo, é necessária a flexibilização da organização do trabalho (ANTUNES, 1999, 2000). Há nítida modificação nas relações e condições de trabalho, caracterizada, segundo CASTEL (1998), pela predominância da flexibilização do trabalho como uma nova questão social. Neste momento, encontramos a tríade: desestabilização dos estáveis, precariedade e exclusão social.

O Brasil vem passando por um processo de reestruturação produtiva desde o final da década de 1970 e extremamente acentuado

nos anos 1990. Caracterizou-se por avanço da modernização – tardia, porém acelerada; enfatizando a Informática, Robótica e racionalização organizacional, emergindo taxas de desempregos de forma acentuada, chamado de desemprego estrutural. Duas outras características que compõe a reestruturação produtiva brasileira são a redução dos níveis de emprego formal – sua flexibilização e desregulamentação, perdas de direitos trabalhistas, legalização de trabalhos temporários; e a redução significativa de importância do setor secundário com perda do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, de 40,6% em 1980 para 34,3% em 1990 (WÜNSCH FILHO, 1999).

A introdução de máquinas cada vez mais complexas, processos de automação, a Robótica, o ritmo acelerado do trabalho, o aumento das responsabilidades perante determinadas tarefas ou máquinas, a não-qualificação e, às vezes, as especializações exageradas têm comprometido seriamente as relações de trabalho e de produção capitalista, com severas implicações à saúde física e mental dos trabalhadores. Esta nova organização delata os reflexos sociais, econômicos e subjetivos do acidente de trabalho e suas repercussões para os trabalhadores e suas famílias como sendo incomensuráveis, considerando-se que o trabalho ainda constitui elemento fundante para a vida de homens e mulheres, para a construção destes como indivíduos e seres sociais. Assim sendo, os acidentes irão prejudicar e/ou impedir esse processo de construção do homem através do trabalho.

As repercussões do processo do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, tanto em âmbito físico quanto psíquico, foram fundamentais para o aparecimento e estabelecimento de uma nova disciplina voltada ao mundo do trabalho – a saúde do trabalhador.

No estudo do processo saúde-doença dos trabalhadores devem ser levados em conta condicionantes básicos, como condições gerais de vida, relações de trabalho, assim como o próprio processo de trabalho, de acordo com sua forma, organização e ambiente. É impossível estudar o adoecimento dos trabalhadores sem entender de forma precisa como se dá a produção social das doenças e suas implicações (PICALUGA, 1983; RIBEIRO, 1983).

Com a Revolução Industrial dos séculos XVIII e XIX, a Medicina do Trabalho foi instituída já que as jornadas de trabalho

extenuantes, a periculosidade das máquinas e a aglomeração humana em espaços pequenos e inadequados propiciavam o aparecimento e proliferação de doenças relacionadas ao trabalho. Porém, o médico de trabalho, além de detectar processos danosos à saúde dos trabalhadores, também era uma espécie de “braço direito” do empresário para recuperação do trabalhador.

A Medicina do Trabalho, centrada no médico e mantida até os dias atuais, é predominante na forma tradicional do modelo biomédico; ou seja, de uma relação unívoca e unicausal, em que cada doença, cada acidente apresenta único agente etiológico. Entretanto, as doenças de um modo geral e, especialmente, as relacionadas a atividades laborais não podem e não devem ser estudadas sob uma visão restrita e individual.

Para tal fim, a Saúde Ocupacional avança em uma nova proposta baseada na Higiene Industrial, na qual “um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença (...)” (GOMEZ-MINAYO, 1997: 96). Configuram-se, portanto, as bases da saúde ocupacional:

Os grupos de agentes de risco ocupacionais são classificados em: físicos, mecânicos, químicos, biológicos, ergonômicos (após Segunda Guerra Mundial). Mais recentemente, os riscos psicossociais são inseridos nesses grupos, dada crescente exposição do trabalhador a situações de tensão no trabalho (MACHADO & GOMES, 1999: 118-119).

Mas, da mesma forma que a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional é limitativa, já que se restringe às intervenções específicas sobre os riscos mais evidentes. Mais uma vez, há a descontextualização do processo saúde-doença do trabalhador.

A Medicina Social, baseando-se nestas novas fundamentações, resolve buscar a interdisciplinaridade para pesquisar, analisar, discutir e pôr em prática um novo conceito de saúde do trabalhador. Esta nova consideração procura superar a dicotomia e a contradição dos conceitos teóricos anteriormente expressos a respeito do acidente de trabalho, evidenciando a relação do processo saúde-doença com o de trabalho.

Este novo campo de estudo – saúde do trabalhador –, compreende um “corpo de práticas teóricas interdisciplinares – (...) –

e interinstitucionais (...)” (GOMEZ-MINAYO, 1997: 97), resultante dos conhecimentos acumulados da Saúde Coletiva atrelados aos avanços científicos da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, e da incorporação de referenciais das Ciências Sociais.

É por isso que MACHADO e GOMEZ (1990:121) consideram a Saúde do Trabalhador a disciplina

(...) na qual é incorporada a inserção social e a dinâmica do processo de trabalho no lugar do pressuposto da identificação de fatores de risco isolados no ambiente de trabalho.

A Saúde do Trabalhador, portanto, passa a adquirir sua conotação de movimento ao deparar-se com novas questões continuamente. Assim, ela se estabelece como uma área em permanente construção, reflexo da própria dinâmica dos atores sociais e de suas interações. (GOMEZ-MINAYO, 1997; LIMA, 1998)

Como a referência central para o estudo dos condicionantes do processo saúde-doença é o processo de trabalho, o campo da Saúde do Trabalhador coexiste com velhos e novos padrões de organização da força de trabalho – do taylorismo ao toyotismo, passando pelo neo-taylorismo e pós-fordismo, redundando em um manancial diferenciado de trabalhadores e multiplicidade de agravos à saúde. Entretanto, essa categoria, na maioria das vezes, é tratada de forma reducionista, quando o fator social é apenas um elemento dentre os fatores de risco, sem dar-lhe a devida importância.

A Saúde do Trabalhador amalgama várias outras disciplinas, tornando, pois, além de um campo interdisciplinar, um terreno multiprofissional. Neste âmbito,

(...)“o princípio da cooperação” substitui o “princípio da hierarquia” entre as ciências e os saberes, fortificando-se em seu campo comum e flexibilizando suas fronteiras, “estabelecendo interfaces entre seus diversos corpos conceituais/metodológicos e engendrando novas práticas que ensejam formas mais

abrangentes e totalizadoras de aproximar-se da realidade (GOMEZ-MINAYO, 1997: 99).

Observa-se a instituição de um sinergismo entre os diversos campos científicos, cujos resultados ultrapassam o somatório de seus enfoques isolados (GOMEZ-MINAYO, 1997; LANE, 1999). Desta forma, se estabelece a transdisciplinaridade, tipologia de Piaget – J. Morin – Bebau, em que há comunicação mais do que nos campos disciplinares, mas comunicação entre agentes de cada campo, mediando a circulação, não dos discursos, mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos, e, portanto, cada um dos campos dispõe um ponto de observação privilegiado em relação a cada faceta do complexo processo saúde – doença dos trabalhadores (ALMEIDA FILHO, 2000).

A Saúde do Trabalhador tem sua visão ampliada, quando estuda não somente os fenômenos que acometem o corpo físico do trabalhador mas, também, caminha pelo terreno das afecções mentais. Para estes últimos, os postulados da Psicopatologia do Trabalho e, mais recentemente, da Psicodinâmica do Trabalho foram instituídos, os quais objetivam o desvelamento na organização do trabalho das estratégias adaptativas intersubjetivas dos trabalhadores (LIMA, 1998).

A Psicopatologia do trabalho iniciou-se na França logo após a 2ª Guerra Mundial, a partir da contribuição da chamada “Psiquiatria social”. Esta teve como precursor Henry Ey, que procurou integrar e ultrapassar o orgânico na compreensão da estruturação da personalidade. Os trabalhos desse autor foram continuados por Paul Sivadon, que, apesar de seus esforços à compreensão do valor terapêutico do trabalho nos doentes mentais (ergoterapia), percorre o caminho que vai do trabalho, como fonte de crescimento e evolução do psiquismo humano, até as formas perversas de organização da atividade laboral que geram conflitos e possibilitam a emergência da doença mental.

Foi Sivadon quem primeiro cunhou a expressão “Psicopatologia do trabalho” em 1952. Louis Le Guillant, contemporâneo de Sivadon, foi outro expoente no estudo das patologias mentais relacionadas ao trabalho. Suas idéias eram divergentes, as quais propunham a Psicopatologia social, verificando

“(...) o papel do meio no surgimento e no desaparecimento de distúrbios mentais.” (LIMA, 1998: 05) Suas observações derivaram de estudos dos distúrbios mentais que afetavam especificamente operadores de certas profissões (telefonistas e mecanógrafos), assim como faxineiras e em menor escala os mecânicos da estrada de ferro (DEJOURS, 1994). Desta forma, como o trabalho faz parte da trajetória e realidade social do indivíduo, Dejours propôs que a doença mental no trabalho seria uma consequência. Com o tempo, novos conhecimentos de Psicologia Cognitiva, assim como de Psicofisiologia, foram incorporados, dando um novo direcionamento da Psicopatologia do Trabalho. Esse novo rumo é caracterizado pela realização de análises e diagnósticos de situações decorrentes das interações entre condições de trabalho, de um lado, e características e condutas do trabalhador do outro (SELLIGMANN-SILVA, 1994: 53).

Christophe Dejours, em 1968, iniciou uma série de investigações acerca das consequências mentais do trabalho, especificamente abordando sua relação com o sofrimento. O autor observa que muitas vezes não se consegue o equilíbrio entre as exigências organizacionais do trabalho e as condições fisiológicas e/ou psicológicas do trabalhador, fazendo que aflore o sofrimento deste conflito. Esse autor sugere a mudança para a expressão Psicodinâmica do Trabalho, já que observou entre os trabalhadores estratégias de defesa (individuais ou coletivas) para evitar o aparecimento da doença ou preservar, mesmo que de forma precária, a homeostase psíquica (LIMA, 1998). Então, a Psicodinâmica do Trabalho tem como objeto de estudo a análise do sofrimento mental a partir da percepção dos próprios trabalhadores; em que o sofrimento mental pode ser condutor de transtornos de identidade ou de criatividade (SELLIGMANN-SILVA, 1994). A dimensão dinâmica do sofrimento implica um estudo de luta do sujeito contra as forças que o empurram em direção à doença mental, e tais forças são ligadas à organização do trabalho. Desta forma, o conceito proposto por DEJOURS (1994) da Psicopatologia do Trabalho é a

análise dinâmica dos processo psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. 'Dinâmico' significa que a investigação toma como centro de gravidade os conflitos que surgem do encontro entre o sujeito, portador de uma história singular, preexistente a este encontro e uma situação de trabalho cujas características são, em grande parte, fixadas independentemente da vontade do sujeito (DEJOURS, 1994: 120).

A segunda fase da Psicopatologia do Trabalho traz consigo conceitos psicanalíticos, os quais também são objetos de discussões polêmicas.

No Brasil, a saúde dos trabalhadores também está sendo estudada no campo da Psicodinâmica do Trabalho, em que Edith Selligmann-Silva é considerada expoente nesta área. Seus trabalhos salientam a importância do estudo da identidade social, correlacionando os desgastes mentais e as situações de trabalho. São analisados diversos fatores laborais capazes de produzir tais alterações, e entre elas, a abstração dos perigos.

Considerando a concepção de saúde do trabalhador e sua evolução para os estudos da Psicodinâmica do Trabalho, há que ser ressaltado o fato de que tais categorias analíticas só foram possíveis a partir da existência do que a literatura considera evento traumático, notadamente pelo acidente de trabalho e as doenças profissionais.

Os eventos traumáticos são, portanto, os principais responsáveis pelos estudos das relações saúde e doença no âmbito dos vários processos produtivos que a história vem apresentando.

Referências

AMARILLA, P. **Alienação Filosófica**. Disponível em <[http:// www.ocorticofilosofico.hpg.com.br/text21.html](http://www.ocorticofilosofico.hpg.com.br/text21.html)> Acesso em 3 jan 2001.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho** 6ª ed., São Paulo: Brasiliense, 1994, 103 págs.

ALMEIDA FILHO, N. de. **A ciência da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**, 6ª ed., São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1999, 155 págs.

_____. **Os Sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2ª ed., São Paulo: Boitempo Editorial, 2000, 258 págs.

BOUDON, R & BOURRICAUD, F., **Dicionário crítico de Sociologia**, 2ª ed. São Paulo: Editora Ática, 2000, 653 págs.

BRAVERMAN, H. **Principais efeitos da gerência**. In: _____. Trabalho e capital monopolista. Degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987, Cap. 05, Págs. 112-23.

CASTEL, R. **As Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Tradução: Iraci D. Poleti. Petrópolis: Vozes, 1998, 611 págs.

COHN, A. & MARSIGLIA, R. G., **Processo e organização do trabalho**. In: ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M. & BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs). Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994; Cap. 04, págs.: 56-75

CORIAT, B. **Pensar pelo avesso**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1994.

COSTA, N. do R., **Acidentes de trabalho**, In: IBASE – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Saúde e trabalho no Brasil, 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1983. Págs.: 50-54.

DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. Tradução: Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5ª ed. ampliada. São Paulo: Cortez – Oboré, 1994. 168 págs.

DE MASI, D. 5º Congresso Mundial de Lazer. Conferência realizada em 30 de outubro de 1998, das 9h às 10h15 min "O Amanhecer do 3º Milênio: perspectivas para o trabalho e o tempo livre" (texto mimeografado).

DWYER, T., **Uma concepção sociológica dos acidentes de trabalho.** Rev. Bras. Saúde Ocupac, v.22, n. 81, p. 15-19. 1994.

HARVEY, D. **A Condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 1993.

LANE, S.T.M. **A psicologia social e uma nova concepção do homem para Psicologia.** In: LANE, S.T.M. & CODO, W. (Orgs) Psicologia social. O homem em movimento. 13ª ed., 2ª Reimpressão, São Paulo: Brasiliense, 1999, págs.: 10-19.

LIMA, M.E.A. **A Psicopatologia do Trabalho: origens e desenvolvimentos recentes na França.** Psicologia: ciência e profissão, 1998, 18(2), p.03-07.

MACHADO, J.M.H. & GOMEZ, C.A. **Acidentes de trabalho: concepções e dados.** In: MINAYO, M. C. (Org.) Os Muitos Brasis – Saúde e População na Década de 80.2ª ed., São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. p. 117-42.

MACHADO, J.M.H. & GOMEZ, C.A. **Acidentes de trabalho: concepções e dados.** In: MINAYO, M. C. (Org.) Os Muitos Brasis – Saúde e população na década de 80. 2ª ed.. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999, p. 117 – 142.

MARSHALL, G. **A Dictionary of Sociology.** Oxford, New York: Oxford University Press, 1997.

MENDES, R. & DIAS, E. C. **Saúde dos trabalhadores.** In: ROUQUAYROL, M. Z.& ALMEIDA FILHO, N. de Epidemiologia & Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999 Cap.18, p.431-56.

MICHAELIS: **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MINAYO-GOMEZ, C. & TEHDIM-COSTA, S. M. da F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e**

dilemas. Cad. Saúde Pública v.13 s.2 Rio de Janeiro, 1997, p.95-109.

PICALUGA, I. F., **Saúde e trabalho.** In: IBASE – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Saúde e trabalho no Brasil, 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1983. Págs.: 37-42.

_____. **Doenças profissionais.** In: I BASE – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Saúde e trabalho no Brasil, 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1983. Págs.: 43-9.

RIBEIRO, H. P. (Org.) **Doenças de maior prevalência.** In: _____. Políticas de saúde e assistência médica: um documento de análise. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Cap. 02, Págs.: 35-56, 1983.

RUIZ, E. M., **Trabalho, juventude e educação: (Re)pensando a interrelação escola – trabalho na produção da subjetividade.** In: SAMPAIO, J. J. C., RUIZ, E. M. & BORSOI, I. C. F. (Orgs). Trabalho, saúde e subjetividade. Fortaleza: Ed.: INESP / EDUECE, 1999. Págs.: 36-56.

_____. **Trabalho e Psicologia do trabalho ou como o "gorila amansado" conquistou a subjetividade** In: SAMPAIO, J. J. C., RUIZ, E. M. & BORSOI, I. C. F. (Orgs). Trabalho, saúde e subjetividade. Fortaleza: Ed.: INESP / EDUECE, 1999. Págs.: 85-101.

SANTOS, B. de S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade.** São Paulo: Cortez, 1995.

SANTOS, J.B.F. dos **O avesso da maldição do Gênesis: a saga de quem não tem trabalho.** São Paulo: Annablume; Fortaleza: Secretaria de Cultura e Desporto do Governo no Estado do Ceará, 2000, 317 págs.

SELLIGMAN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado.** Rio de Janeiro: UFRJ; São Paulo: Cortez, 1994, 322 págs.

_____. **Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário.** Cad. Saúde Pública v.13 s.2 Rio de Janeiro, p.110-125.

TOFFLER, A. A Terceira onda: morte no industrialismo e o nascimento de uma nova civilização. Rio de Janeiro: Record, 1991.

WÜNSCH FILHO, V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15 (1):41-61, jan-mar, 1999.

ACIDENTES DE TRABALHO – UMA CONSTRUÇÃO JURÍDICO-SOCIOLÓGICA

*Andréa Silvia Walter de Aguiar
João Bosco Feitosa dos Santos*

Acidentes e injúrias são considerados fenômenos de ampla complexidade, apresentando gêneses multifatoriais, multifacetadas e pluriformes, com raízes históricas, culturais, econômicas ou sociais. Em virtude desta amplitude de fatores que os compõem, faz-se necessário entendê-los sob vários aspectos, entre eles a compreensão das fundamentações conceituais e teóricas na pesquisa do acidente e injúrias (ANDERSSON, 1999; LAURENTI & MELLO JORGE, 1997; MELLO JORGE, 1997), em que é mister compreender as fundamentações conceituais e teóricas na pesquisa do acidente e injúrias.

ANDERSSON (1999) relata, em seus estudos sobre os acidentes, várias definições do termo, tomando-o como evento ou como processo de eventos. Entretanto, para efeito de entendimento, os termos acidentes e injúrias referem-se a fenômenos separados, contudo mutuamente interrelacionados como causa e efeito – exposição e resultado (Figura 1).

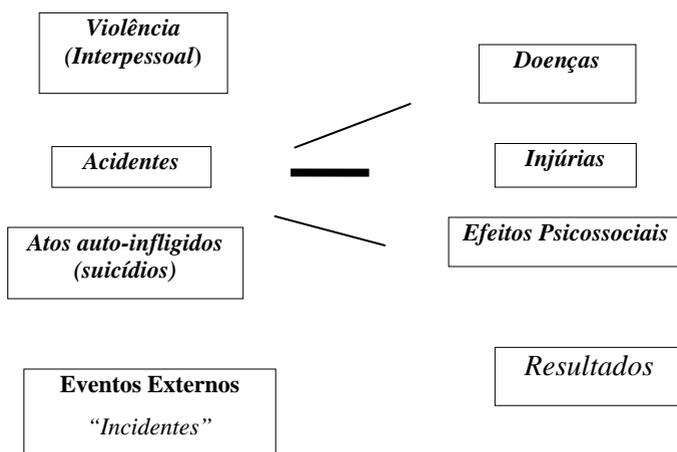
Eventos externos, também chamados de "incidentes", acometem os seres humanos, desde o início da Humanidade, provocando um efeito em suas porções física e/ou psíquica. Os incidentes podem ser divididos em violência interpessoal, atos auto-infligidos e acidentes. Nos dois primeiros, há uma tônica de intencionalidade, enquanto o último tem como característica a ausência da intenção. Destes incidentes, os acidentes estão mais presentes na vida cotidiana e são os mais propensos a acontecer.

Os efeitos provocados pelos acidentes podem ser refletidos nas formas de injúria – aqui entendida como uma lesão física; doença – distúrbio fisiopatológico desencadeado pelos acidentes, por exemplo, o desenvolvimento de câncer após exposição acidental de material radioativo, ou mesmo de infecção em decorrência de contato com instrumentais contaminados sem os devidos cuidados de

prevenção; e efeitos psicossociais – distúrbios psíquicos e psicológicos, traduzidos como Síndrome do Estresse Pós-Traumático, por exemplo.

Figura 1

Ampla perspectiva de causa e efeito



Fonte: ANDERSSON, 1999, p.18 Tradução livre.

Observamos na Figura 1 um complexo campo de fenômenos interrelacionados. Indivíduos acidentados podem apresentar, além da lesão corporal (injúria), doenças decorrentes deste acidente e distúrbios psicossociais. Este esquema esboçado por ANDERSSON (1999) demonstra que os eventos traumáticos externos e seus impactos são muito mais abrangentes do que somente a relação unidirecional: acidentes injúrias.

A multiplicidade de fatores que determinam a ocorrência dos acidentes nos faz atentar para a idéia de que este fenômeno é

genuinamente interdisciplinar, já que exige compreensão relacionada à tecnologia, Ciências do comportamento, Ciências Sociais, Medicina, Antropologia, Direito e Economia (ANDERSSON, 1996).

LAURENTI & MELLO JORGE (1997) destacam o fato de que as causas externas ou acidentes representam uma parcela importante da mortalidade em todos os países, e esta situação é basicamente demonstrada através de estudos estatísticos de mortalidade, fazendo que os quadros relativos às morbidades decorrentes destas causas “não naturais” ficassem representados na porção submersa de um iceberg de problemas relacionados à saúde. Esta metáfora utilizada por VERBRUGGE, em 1986, citada por LAFLAMME (1999), demonstra que a base e a porção submersa do iceberg representam o dia-a-dia de injúrias, e, em grande parte, as subnotificações ou não-notificações destas lesões, e que muitas estão mimetizadas em forma de doenças ou distúrbios psicossociais. Esta camuflagem também é encontrada nos indivíduos acidentados no mundo do trabalho, entretanto com a evolução no mundo do trabalho e suas novas formas organizacionais, houve um agravamento da situação, quando relacionados os acidentes de trabalho.

A evolução histórica do mundo do trabalho, desde a sociedade pré-industrial até os dias de hoje, traz consigo, de forma íntima, a evolução relacionada com os acidentes de trabalho, haja vista o fato de que, na Europa pré-industrial, o riscos de acidentes e as suas conseqüências eram tratados essencialmente na esfera privada. A execução do trabalho era feita nas oficinas domiciliares e os operários eram os conhecidos artesãos, que participavam do processo de trabalho desde a concepção da idéia até a comercialização do produto pronto, e, desta forma, também submetiam-se aos diversos riscos concernentes aos seus misteres.

Com o advento das primeiras revoluções industriais, o aumento substancial do contingente populacional de trabalhadores, elevou a possibilidade quantitativa de acidentes, assim como a “força potencializada pela máquina” tornou o trabalho qualitativamente mais perigoso. Neste contexto, houve o desmoronamento do antigo sistema de processamento das conseqüências dos acidentes de trabalho, tornando-os mais agressivos, de conseqüências mais danosas ao corpo do trabalhador.

Além dos problemas ligados diretamente à porção técnica do trabalho, o homem passou a sofrer problemas ligados a “mudanças sociais”, as quais ele não previu, como: aumento populacional geral e a concentração demográfica nas grandes cidades; o aumento ou aperfeiçoamento das tecnologias industriais, ao trabalhador ter de adaptar-se, aprender, especializar-se; as migrações internas e suas respectivas repercussões sociais, sanitárias e individuais que provocam outras tantas (CARVALHO, 1985). Neste contexto, DWYER (1994) lembra que “(...) os acidentes são produzidos por relações sociais de trabalho (...)”, o que aponta para a necessidade de um olhar mais subjetivo a esse sinistros.

Com a evolução no aumento da fragmentação das tarefas, houve uma maximização da qualidade em relação ao trabalho, sendo criados diversos padrões, os quais refletem diretamente nos tipos de acidentes de trabalho. Nos últimos dois decênios, acentuaram-se a fragmentação, complexidade e heterogeneidade da classe trabalhadora, ressaltando-se, principalmente a participação do contingente feminino, no mercado de trabalho e a precariedade do trabalho pela prática de trabalhos terceirizados e em tempo parcial, caracterizando subempregos na maioria das vezes. Viu-se também a polarização das especialidades com superespecializações de algumas categorias em detrimento à qualificação de outras.

A evolução científica promoveu um aumento da produção e, conseqüentemente, o incremento também da freqüência e diversificação dos acidentes. Então, nesta lógica, os acidentes de trabalho não permanecem os mesmos, e o seu acometimento está em escalas de maior grandeza e de maior amplitude nesta espécie de ocorrência. Quando os relacionamos aos riscos, estes se manifestam desde o início da sociedade industrial moderna. GIDDENS (2000) conceitua o risco como uma “dinâmica mobilizadora em uma sociedade propensa à mudança (...)” em que esta sociedade pretende determinar seu próprio futuro, no lugar de entregá-lo a tradições, religiões ou deixá-lo à mercê da natureza. Contudo, ciência e tecnologia estão também intimamente envolvidas na criação dos riscos, pois também “(...) o risco está intimamente associado a inovação” (GIDDENS, 2000:15). O autor ainda destingue dois tipos de risco – o externo e o fabricado, sendo este último criado pelo

próprio impacto do crescente conhecimento sobre a natureza, sendo diretamente influenciado por umas das características que marcam a chamada sociedade pós-industrial – a globalização ou mundialização do capital, como bem souberam denominar os franceses Chanais e Aguilletta, entre outros.

A adoção de novas tecnologias e métodos gerenciais, e a precariedade do trabalho decorrentes da reestruturação produtiva trouxeram impactos significativos à saúde dos trabalhadores.

Assim, observa-se que os acidentes de trabalho apresentam uma dinâmica particular e, para analisá-los, faz-se necessária a exposição de pontos conceituais aos agravos à saúde dos trabalhadores.

No Brasil, consoante a lei n° 6.367 de 19 de outubro de 1976, artigo 2° o acidente de trabalho é

(...) o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou ainda pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporário (ABRASCO, 1990: 09).

Consideram-se, também, acidente de trabalho as doenças profissionais – produzidas ou desencadeadas pelo exercício de trabalho peculiar a determinada atividade e constante no que trata o Anexo II do Decreto n° 611/92. De acordo com este disposto legal, são também equiparados aos acidentes de trabalho aqueles que, embora não tenham sido a causa única, tenham contribuído diretamente para a morte do segurado, para a perda ou redução de sua capacidade laborativa, ou tenham produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação. São também considerados acidentes de trabalho, aqueles de percurso ou de trajeto, em diferentes situações, incluindo o caminho da residência para o trabalho ou deste para aquele (ABRASCO, 1990; DWYER, 1994; NASCIMENTO, 1990; MACHADO & GOMEZ, 1999; MENDES & DIAS, 1999).

Desta forma, a lei é “específica e limitativa”, pois, para caracterizar-se acidentado, o trabalhador deverá estar vinculado sob caráter formal (com carteira assinada) a uma empresa e apresentar

uma lesão decorrente daquela atividade laboral (CARVALHO, 1985). A presença da lesão é, segundo BERLLINGER (1988), “legalmente cômodo e cientificamente arbitrária” (p.22), dando margem a concepções diferenciadas.

A concepção de acidente de trabalho apresenta duas teorias, segundo MACHADO & GOMEZ (1999): a primeira, de caráter “jurídico-institucional”, se contrapõe à segunda, “técnico-científica”. A teoria legal estuda e discute o risco social, fundamentando-se na “operacionalização do seguro de acidente de trabalho”; e a segunda é baseada na teoria do risco profissional, tendo a engenharia de segurança como pilar desta concepção. Estas duas correntes, na realidade, procuram justificar a responsabilidade da culpabilidade do acidente. A teoria do risco social atribui a responsabilidade à sociedade, obrigando-a a arcar com o ônus advindo dos acidentes no trabalho, enquanto a teoria do risco profissional atribui a culpa ao trabalhador, ou à falta e/ou mau uso dos equipamentos de proteção individual – EPI.

Esta discussão teórica entre risco social e risco profissional reflete na determinação do tipo de acidente: o acidente do trabalho é adotado preferencialmente por aqueles que se baseiam na primeira linha, enquanto o acidente no trabalho é apoiado pelos seguidores do risco profissional, justificando maior abrangência conceptual.

Pela legislação brasileira, os acidentes de trabalho são notificados de forma compulsória à Previdência Social, através do documento denominado Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT). Esta deve ser emitida pela empresa à qual o trabalhador está vinculado, entretanto, também pode ser emitida pelos serviços de saúde – médico que o atendeu, sindicato a que seja filiado, ao próprio trabalhador acidentado e aos seus dependentes (WÜNSHC FILHO, 1999). Ainda, a CAT poderá ser emitida por qualquer autoridade sem que isto isente a empresa de suas responsabilidades. A comunicação deverá ser preenchida em seis vias, sendo que duas vias são utilizadas imediatamente pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e pelo serviço de saúde que atendeu o acidentado. As demais vias são encaminhadas ao próprio acidentado, ao Ministério do Trabalho, à Delegacia Regional do Trabalho (DRT), ao sindicato da categoria e à própria empresa. O registro da CAT deverá ser feito em

todos os casos de ocorrência de acidentes, mesmo naqueles em que não seja necessário o afastamento do trabalho.

Recebida a CAT, compete ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) registrar o acidente: administrativamente, pelo setor de benefícios, que estabelece o nexo entre o trabalho exercido e o acidente; e, tecnicamente, através da perícia médica, que estabelece o nexo de causa e efeito entre o acidente e a lesão, entre a doença e o trabalho, e entre a causa mortis e o acidente. Assim, a CAT representa o registro e o reconhecimento oficial do sinistro.

Em caso de acidente de trabalho, o segurado e seus dependentes têm direito aos benefícios, bem como aos serviços de reabilitação profissional e serviço social. Desta forma, em vez de exigir melhorias e mudanças nas condições de trabalho, o trabalhador é levado a aceitar vantagens monetárias pelos males decorrentes da insalubridade, penosidade e periculosidade (TRAGTENBERG, 1994).

No entanto, é de conhecimento público a existência de sub-registros de acidentes de trabalho e a subnotificação ou sub-registro dos acidentes de trabalho atuam basicamente sobre os acidentes leves, quando o acidente não é grave e o trabalhador não necessita se afastar de suas atividades profissionais, elevando subseqüentemente as taxas de letalidade. WÜSCH FILHO (1999) informa que as estimativas no final dos anos 80 apontaram taxas de sub-registros de acidente de trabalho no Brasil em torno de 60%. Esta subnotificação revelou-se heterogênea em todo o Território nacional.

Os motivos da subnotificação são vários, pois com a eliminação do pagamento diferenciado aos hospitais pelo atendimento aos acidentes de trabalho, na metade dos anos 1980, tal ocorrência repercutiu na notificação de maneira significativa, pois não haveria mais o “apelo econômico”. Assim, da mesma forma que contribuiu para aumentar o sub-registro, hipoteticamente, deixaram de ser registrados como acidentes de trabalho aqueles que não eram. O sub-registro ainda apresenta dependência em relação a outros dois fatores: nível organizacional dos trabalhadores – minado pelo modelo político-econômico vigente no País; e a abrangência de serviços de saúde voltados para a saúde do trabalhador. Sabe-se,

ainda que, além do preenchimento incompleto, ilegível ou incorreto, em alguns postos, são digitadas apenas as CATs, que produzem benefícios. Assim, muitas das comunicações que ensejam apenas a simples assistência médica não são preenchidas, contribuindo para agravar a subnotificação. Desta forma, há uma perda de veracidade em relação à confiabilidade dos dados estatísticos que serviriam para subsídios a estudos acerca dos acidentes de trabalho.

Recentes estudos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) demonstraram a tendência de óbitos no trabalho, tanto por acidentes como por doenças relacionadas ao trabalho, e que, em países industrializados, há um decréscimo das injúrias sérias e graves. Esta diminuição é dada tanto por mudanças estruturais, nas quais há uma diminuição de trabalhadores em áreas de risco como – agricultura, indústria, construção civil e minas – como também é dada por aumento de trabalhos mais saudáveis e seguros. Outro fator que contribuiu para este decréscimo é o aumento da capacidade operacional dos sistemas de emergência e primeiro-socorros.

Nos países em desenvolvimento, a tendência para acidentes de trabalho é maior. A migração da área rural para a urbana em busca de melhores oportunidades de trabalho, principalmente nas indústrias, e a globalização iminente envolvendo trabalhadores sem prévia qualificação, influenciam no aumento dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, principalmente na indústria e construção civil (TAKALA, 1999,2000).

A incidência dos acidentes de trabalho notificados no Brasil tem declinado significativamente nas últimas décadas, quando a sonegação de informações emitidas pelas empresas tem aumentado. O argumento mais plausível para tal prática são as freqüentes mudanças na legislação. Contudo, não podemos deixar de informar que a economia do País tem contribuído para tal declínio, porquanto padrões de emprego modificaram-se substancialmente, conforme relatamos em passagem anterior.

A recessão econômica nos anos 1970, extremamente agravada nas décadas de 80 e 90, gerou desempregos e reduziu, de modo acentuado, a oferta de emprego formal (com registro em carteira) nos grandes centros. Parte destes trabalhadores desempregados transferiu-se para o setor informal da economia, que

tem representado, em média, acima de 50% da PEA e, como não estão registrados, os acidentes que os acometeram não foram notificados. Paralelamente ao movimento recessivo da economia, há fatores relacionados à reestruturação produtiva que contribuíram para este “declínio” de acidentes de trabalho. Com o advento da transferência da mão-de-obra, do setor secundário para o terciário (comércio e serviços), e a crescente flexibilização das relações de trabalho foram os trabalhadores induzidos a aceitar empregos no mercado informal, sem garantias trabalhistas e previdenciárias, além de haver se registrado a ampliação de empresas de cunho familiar e atividades autônomas. Estes fenômenos também são refletidos nos dados concernentes aos acidentes de trabalho. As dificuldades de operação das informações nos bancos de dados são fatores que também participam da diminuição dos acidentes de trabalho, principalmente “(...)as limitações da qualidade dos dados coletados e o viés de identificação do evento estudado” (WÜNSCH FILHO, 1999: 49). Atualmente, o Ministério da Previdência e Assistência Social está esforçando-se para implantar um sistema de informações de acidentes de trabalho, pois este não existe na integralidade, dificultando assim os registros, em sua totalidade.

Historicamente, os acidentes de trajeto, no Brasil, aumentaram proporcionalmente de 1,3% em 1970 para 7,3% em 1995, enquanto, no mesmo período, houve redução dos acidentes típicos – 98,7% em 1970 para 92,7% em 1995. Esta tendência declinante aconteceu tanto em números absolutos como quanto incidência, pois em 1980 havia 78 acidentes para cada 1000 trabalhadores e em 1990 houve redução para 36/1000, tendo em 1994 atingido 16/1000. A letalidade dos acidentes aumentou mais de quatro vezes no período retromencionado, entretanto, as regiões brasileiras que mais contribuíram nesta estatística foram as regiões Norte, Nordeste e particularmente a Centro-Oeste (WÜNSCH FILHO, 1999).

Até 1995, as estatísticas dos acidentes de trabalho tinham como fonte o Boletim Estatístico de Acidentes de Trabalho – BEAT, o qual consolidava os dados extraídos das CAT enviadas mensalmente pelas áreas do Seguro Social, na Direção Geral do INSS. No ano seguinte, referido Instituto deixou de publicar o

BEAT, e a captação dos dados passou a ser feita via sistema informatizado. Contudo, peculiaridades a respeito de informações sobre acidente de trabalho e CAT eram desconhecidas pelos técnicos, ensejando uma leitura incorreta dos dados liquidados, ou seja, a consequência do acidente.

Os principais conceitos tratados no INSS são apresentados a seguir:

Acidentes registrados - correspondem ao número de acidentes cujos processos foram abertos administrativa e tecnicamente pelo INSS.

Acidentes típicos - decorrem da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado.

Acidentes de trajeto - ocorrem no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado.

Tomando como base o ano de 1998, o Brasil teve um total de 401.254 notificações registradas através das CATs, sendo distribuídos em acidente típico, de trajeto e doenças do trabalho, conforme tabela abaixo, em que as informações concernentes ao Brasil apresentadas foram extraídas do Sistema Único de Benefícios (SUB) e do Sistema de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), desenvolvido pela DATAPREV para processar e armazenar as informações da CAT que são digitadas pelos postos de benefícios do INSS.

Tabela 1 – Acidentes de Trabalho no Brasil, 1998

SEXO	TÍPICO	DE TRAJETO	DOENÇAS DE TRABALHO	TOTAL
<i>Masculino</i>	250.951	22.811	13.969	287.731
<i>Feminino</i>	46.994	9.652	12.629	69.275
<i>Ignorado</i>	39.428	2.821	1.999	44.248
Total	337.373	35.284	28.597	401.254

Fonte: DataPrev, 2000.

Deste contingente de trabalhadores vitimados por acidente de trabalho, 68,52% eram participantes da População Economicamente Ativa – PEA, na faixa etária entre 20 e 49 anos. Destes, a maior parte dos acidentados variava etariamente de 20 a 39 anos.

Tabela 2 – Distribuição por Faixa Etária dos

Acidentes de Trabalho no Brasil, 1998

Sexo	Até 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	>= 60	Ignor.	TOTAL
<i>Masc.</i>	21.187	103.803	81.421	50.002	18.377	3.624	9.317	287.731
<i>Fem.</i>	3.685	20.782	22.140	14.980	4.985	511	2.192	69.275
<i>Ignor.</i>	3.320	16.130	11.917	7.049	2.420	512	2.901	44.248
TOTAL	28.192	140.715	115.478	72.030	25.782	4.647	14.410	401.254

Fonte: DataPrev, 2000.

Da mesma forma, o panorama local dos acidentes de trabalho referentes ao Estado do Ceará, também fornecidos pela DATAPREV no referido ano, demonstra que foram registrados 2.931 acidentes de trabalho, dos quais 79,02% (n=2.316) foram consolidados como acidentes típicos e o restante (n=615) acidentes de trajeto, conforme a Tabela 3, abaixo, não havendo diferença em relação à percentagem nacional nestas variáveis.

Tabela 3 – Acidentes de Trabalho Registrados no Ceará, 1998

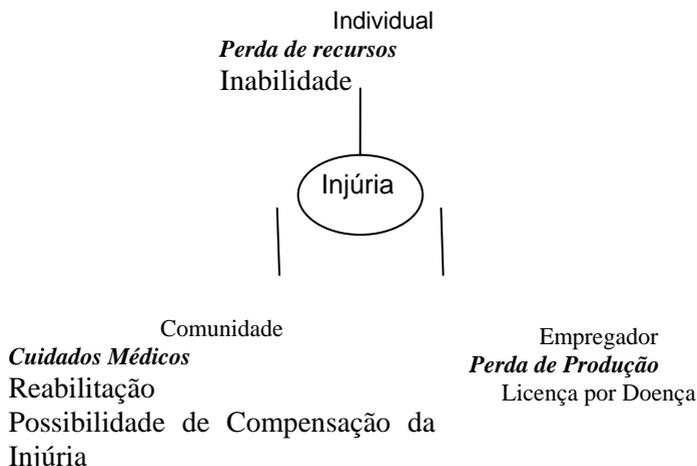
	TÍPICO	DE TRAJETO	TOTAL
BRASIL	337.373	35.284	372.657
CEARÁ	615	2.316	2.931

Fonte: DataPrev, 2000.

A compreensão do acidente de trabalho diante de estudos epidemiológicos e sociológicos dá a real dimensão dos prejuízos ocasionados pelo acidente de trabalho nos vários níveis produtivos, conforme demonstram WÄNNSTRÖM & LARSSON (1996) na Figura 2.

Juntamente com o acidente, a injúria pode ser considerada um outro evento traumático. A injúria pode ser entendida como dano ou estrago, provocado de forma acidental ou intencional, em que as produzidas por acidentes de trabalho extrapolam o campo da individualidade. Os custos destes danos transcendem para três macro-esferas: o indivíduo, a comunidade e o empregador. Apesar de as analisarmos isoladamente, estas três instâncias se interrelacionam, findando em um custo final maior do que o somatório das três dimensões.

O indivíduo acidentado apresentará perdas de caráter morfológico (anatômico) e fisiológico enquanto estiver acometido de inabilidade de execução de suas atividades laborais. Estas refletirão diretamente na perda de recursos – quer por gastos com tratamento e reabilitação, quer por não-execução de suas atividades, as quais sejam adicionadas horas-extras e benefícios de “produtividade”.

Figura 2***Custos do Acidente de Trabalho***

Fonte: WÄNNSTRÖM & LARSSON, 1996, p.69 - Tradução livre.

O custo que acomete o empregador é retratado, basicamente, como perda da produção em que parte desta estará afetada diretamente – pela ausência do trabalhador acidentado, ou indiretamente – quando há necessidade de outro trabalhador desempenhar as atividades daquele afastado. Ainda há o custo com a licença do trabalhador, no caso do Brasil, nos primeiros quinze dias de afastamento, em que a empresa arca com os seus vencimentos.

Sob o ponto de vista coletivo, a sociedade também arca com os custos do trabalhador vitimado, pois há necessidade de gastos com cuidados médicos e/ou hospitalares, e posterior reabilitação – física e/ou psíquica, assim como as compensações financeiras por afastamento, traduzidas por benefícios, quando este se estende de forma temporária ou permanente.

Podemos então compreender que, tal como o trabalho, o acidente de trabalho recebe influência da sociedade e não se finda em uma lesão física. O seu entendimento deverá ser amplo, considerado

como um fenômeno social, econômico, legal, com repercussões físicas e psíquicas para os trabalhadores vitimados por tal infortúnio. Essa amplitude de entendimento tem sido traduzida através dos diversos tipos de classificações dos acidentes.

A diversidade das classificações dos acidentes nos mostra que está longe de uma visão complexa deles. Das classificações encontradas, selecionamos quatro: Código Internacional das Doenças, International Classification of Functioning and Disability – ICIDH-2 – ambas da Organização Mundial da Saúde (OMS); Classificação das Lesões Profissionais – proposta pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Classificação dos Acidentes de Trabalho do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), do Brasil.

A primeira das taxinomias é a mais utilizada mundialmente. Esta classificação dos agravos à saúde é dada basicamente através de um Código Internacional de Doenças (CID), para cuja consulta há duas formas de proceder: para a morbidade, se estudam as lesões como diagnóstico principal e os tipos de acidente/violência que as produziram como causa associada; para a mortalidade, os tipos de acidente e violências é que aparecem como causa básica e as lesões como causas associadas.

A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde⁵ é a última de uma série que se iniciou em 1893 com a Classificação de Bertillon, também chamada Lista Internacional de Causas de Morte. É composta de uma classificação alfanumérica de três dígitos, reunindo uma totalidade de lesões e morbidades que acometem o ser humano. Porém, este código é focado apenas nos efeitos somáticos imediatos, excluindo tanto as conseqüências psicológicas quanto as doenças que aumentam com os eventos acidentais (ANDERSSON, 1996).

A segunda classificação teve sua primeira versão em 1980, quando a Organização Mundial da Saúde publicou um código denominado International Classification of Impairments, Disabilities

⁵ Esta revisão foi aprovada pela Conferência Internacional para 10ª Revisão e adotada pela 43ª Assembléia Mundial de Saúde. Entretanto, nesta Assembléia, foi recomendado um novo título: Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados à Saúde, entrando em vigor em 1º de janeiro de 1993.

and Handicaps – ICDH. Esta seria uma classificação das "conseqüências de doença". A classificação das doenças falha em capturar algumas experiências em pessoas que vivem em condições de vida saudáveis, em que o ICDH foi projetado para preencher esta lacuna deixada pelos códigos tradicionais.

Quase duas décadas depois, em 1999, foi feita uma revisão do ICDH e apresentada à comunidade com um novo título: International Classification of Functioning and Disability – ICDH-2. Desde o segundo semestre 2001 a versão final de tal classificação está à disposição (ICDH-2, 1999).

O ICDH-2 é uma taxonomia com múltiplos propósitos que serve a vários e diferentes setores, provendo uma estrutura comum para entender as dimensões de incapacidade e atividade em três variados níveis: corpo, indivíduo e sociedade. Ele classifica a funcionalidade humana no nível de corpo, o indivíduo como um todo, e este dentro de um completo contexto social e físico. O ICDH-2 (1999) tem sido caracterizado um modelo biopsicossocial que enfatiza a natureza universal da inaptidão.

O modelo apresentado pelo ICDH – 2, em relação à funcionalidade e inabilidade, mostra uma interação complexa da relação entre as condições de saúde e os fatores contextuais – meio ambiente e pessoais. Há uma interação dinâmica entre estes fatores: intervenções em único nível tem o potencial de modificar outros elementos relacionados.

Desta forma, doenças ou desordens que acometem o ser humano tem uma reflexão direta em suas atividades, podendo quase sempre comprometer sua participação no ambiente de trabalho - diminuindo ou até mesmo agravando seu quadro de morbidade. Estas alterações também apresentam reflexos em instâncias pessoais e também quando relacionados as meio-ambiente.

Das duas classificações da Organização Mundial da Saúde, o CID é mais conhecido e difundido. Nele, as condições de saúde são classificadas de forma que representam uma estrutura etiológica. A funcionalidade e impedimento associados às condições de saúde são classificadas no ICDH-2. Assim, o CID-10 e ICDH-2 são complementares, e, portanto, devem ser utilizados conjuntamente. Estas classificações são utilizadas para identificar uma variabilidade

de disfunções (ou inaptidões) associadas às condições de saúde, incluindo doenças, desordens, injúrias e acidentes.

A terceira classificação, desenvolvida pela Organização Internacional do Trabalho, na 16ª Conferência Internacional de Estatísticas do Trabalho (CIET), ocorrida em outubro de 1998, apresenta algumas variáveis: tipo do lugar do acidente, maneira como se processou o acidente, agente causal da lesão, processo de trabalho envolvido, atividade específica que o trabalhador estava desempenhando e motivo que deu origem ao acidente. Para tal fim, foram adotados os seguintes sistemas para sua classificação: segundo o tipo da lesão, parte do corpo lesionada e tamanho da empresa, do estabelecimento e unidade local. Com respeito aos acidentes de trajeto, as variáveis a serem analisadas seriam: lugar do acidente, meio de transporte da pessoa lesionada, função desempenhada no meio de transporte pela pessoa lesionada e meio de transporte da outra parte.

O objetivo desta classificação consiste em

(...) extender el alcance e incrementar la eficacia de las investigaciones sobre las causas de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, y fomentar la elaboración y la aplicación de medidas preventivas (OIT, 2001).

Desta forma, estes dados podem ser utilizados para determinar onde se produz o maior número de lesões profissionais, e seu grau de gravidade. Assim, a planificação das medidas preventivas torna-se mais direcionada, e se pode determinar com maior eficácia quais campos de atividade têm mais riscos, e, portanto, indicar campanhas de segurança, instaurar sistemas de inspeção e desenvolver regulamentos (OIT, 2001).

A informação estatística também pode ser utilizada para estabelecer as esferas prioritárias de ação, definindo quais ocupações tem maior probabilidade de serem acometidas por um acidente, ou quais os grupos de trabalhadores mais expostos aos riscos.

Esta classificação demonstra a necessidade de avaliar continuamente os riscos de acidentes de trabalho em razão do aparecimento de mais modalidades de trabalho, assim como o desenvolvimento de outras. Todavia, o elemento participante do

acidente de trabalho – o indivíduo – encontra-se ausente desta avaliação contínua.

Por fim, apresentamos a quarta classificação, sendo uma sistematização utilizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. É responsável pelos agravos à saúde que acometem os trabalhadores segundo a natureza da relação com o trabalho, podem ser: agravos específicos (acidentes de trabalho e doenças profissionais) e doenças relacionadas com o trabalho (doenças comuns). Em relação aos agravos, estes podem ser divididos em:

Agravos fatais (mortes) – o trabalhador falece em função do acidente de trabalho.

Agravos com incapacidade permanente (invalidez) – o trabalhador fica incapacitado de exercer as atividades profissionais que desempenhava à época do acidente.

Agravos com incapacidade temporária longa (mais de 15 dias) – neste caso, o trabalhador fica afastado do trabalho por período superior a 15 dias, até que esteja apto a retornar à sua atividade profissional. Daí se produz um benefício pecuniário, auxílio-doença por acidente de trabalho, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

Agravos com incapacidade temporária curta (menos de 15 dias) – o trabalhador se afasta de suas atividades laborais por período menor do que 15 dias e nenhum benefício é produzido pelo Estado, devendo o empregador responder pela remuneração do empregado durante o curto período.

Agravos sem incapacidade para o trabalho – em que o trabalhador recebe atendimento médico e retorna imediatamente às suas atividades profissionais.

Observamos o caráter unidirecional desta classificação, que é a determinação direta de uma lesão – com ou sem incapacidade – e, na presença desta, a obtenção dos dias de afastamento para tratamento de saúde, seguido ou não de benefícios.

Detectamos, pois, quatro classificações que, sob nossa visão, deveriam ser interdependentes e complementares, e, desta forma, melhores medidas protecionistas aos trabalhadores poderiam ser tomadas para evitar a grande quantidade de acidentes.

Referências

ABRASCO Saúde e Trabalho: desafios para uma política. Contribuição da ABRASCO ao processo de definição de uma política nacional de saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990, 72 págs.

ANDERSSON, R. **The role of accidentology in occupational injury research.** Doctoral Dissertation. Arbete och Hälsa, Stockholm, 1991, 54 pages

_____. Between different worlds. In: MENCKEL, E. & KULLINGER, B. **Fifteen years of occupational**-accident research in Sweden. Swedish Council for Work Life Research. Stockholm, 1996. Pages: 17-25

_____. Injury causation, injury prevention and safety promotion – Definitions and related analytical frameworks. In: LAFLAMME, L.; SVANSTRÖM, L and SCHELP, L. (Eds): **Safety promotion research.** A public health approach to accident and injury prevention. Karolinska Institutet – Department of Public Health Sciences. Division of Social Medicine. Estocolmo, 1999. Chapter 01. Pages: 15-42.

CARVALHO, A. M de, Aspectos sociológicos do acidente do trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocupac**, v.13, nº51, 54-54, 1985.

DWYER, T., Uma concepção sociológica dos acidentes de trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocupac**, v.22, n. 81, p. 15-19. 1994.

GIDDENS, A., **Mundo em descontrole** – o que a globalização está fazendo de nós. Rio de Janeiro: Record, 2000, 108 págs.

_____, EILERT-PETERSSON, E. & SCHELP, L. Public – Health surveillance, injury prevention and safety promotion. In: LAFLAMME, L.; SVANSTRÖM, L and SCHELP, L. (Eds): **Safety promotion research.** A public health approach to accident and injury prevention. Karolinska Institutet – Department of Public

Health Sciences. Division of Social Medicine. Stockholm, 1999. Chapter 03. Pages: 63-82.

LAURENTI, R & MELLO JORGE, M. H. P. Acidentes e violência no Brasil. Apresentação. **Rev. Saúde Pública** 31(4 Suplemento):1-4, Rio de Janeiro, 1997.

MACHADO, J.M.H. & GOMEZ, C.A. Acidentes de trabalho: concepções e dados. In: MINAYO, M. C. (Org.) **Os Muitos Brasis** – Saúde e população na década de 80. 2ª ed.. São Paulo: HUCITE; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999, p. 117 – 142.

MELLO JORGE, M.H.P. de – À guisa de conclusão. **Rev. Saúde Pública** 31(4 Suplemento):51-4, Rio de Janeiro, 1997.

MENDES, R. & DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. de **Epidemiologia & Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999 Cap.18, p.431-56.

NASCIMENTO, V. B. et alii. Acidente de trabalho: análise de algumas variáveis epidemiológicas. **Arq Med ABC**, v.13, n.1/2. P.10-14, 1990.

OIT. **Organização Internacional do Trabalho**. Disponível em <<http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/class/acc/index.htm>> Acesso em 18 mar 2001.

_____. **Organização Internacional do Trabalho**. Programme on safety, health and the environment. Disponível em <<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/whatis.htm>> Acesso em 30 jan 2001.

TAKALA, J. **Indicators of death, disability and disease at work**. Safe work, the global programme on safety, health and the environment. OIT. Organização Internacional do Trabalho, Geneve, 2000. Disponível em <<http://www.occuphelath.fi/e/info/asian/ap100/indicators02htm>> Acesso em 30 jan 2001.

_____. **Global estimates of fatal occupational accidents**. 16th International Conference of Labour Statisticians. OIT. Organização Internacional do Trabalho, Geneve, 1998. Disponível em

<<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework.htm>> Acesso em 30 jan 2001.

TAKALA, J. **Introductory report of the international labour office.** 15th World Congress on OSH. OIT. Organização Internacional do Trabalho, Geneve, 1999. Disponível em <<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cis/oshworld/xvwxhtm>> Acesso em 30 jan 2001.

TRAGTENBERG, M. Prefácio. In: SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado.** Rio de Janeiro: UFRJ; Cortez, 1994. Págs.: 09-37.

WÄNNSTRÖM, T. & LARSSON, T. J. Using information properly makes for effective prevention. In: MENCKEL, E. & KULLINGER, B. – **Fifteen years of occupational-accident research in Sweden.** Swedish Council for Work Life Research. Stockholm, 1996. Pages: 65-69.

WHO. **World Health Organization.** ICDH-2 International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 Draft, Full Version. Geneva, 1999

WÜNSCH FILHO, V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15 (1):41-61, jan-mar, 1999.



Mesa Diretora 2001 – 2002

Dep. Wellington Landim
Presidente

Dep. Vasques Landim
1º Vice - Presidente

Dep. José Sarto
2º Vice - Presidente

Dep. Marcos Cals
1º Secretário

Dep. Giovanni Sampaio
2º Secretário

Dep. Eudoro Santana
3º Secretário

Dep. Domingos Filho
4º Secretário



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Reitor

Prof. Manassés Claudino Fonteles

Vice-reitor

Prof. Francisco de Assis Moura Araripe

Pró-reitor de Pós-Graduação e Pesquisa

José Jackson Coelho Sampaio

Pró-reitor de Graduação

Prof. Fábio Perdigão Vasconcelos

Pró-reitora de Planejamento

Profa. Maria do Socorro Ferreira Osterne

Pró-reitora de Assuntos Estudantis

Profa. Maria Hercília Mota Coelho

Pró-reitor de Extensão

Prof. Cândido Bezerra da Costa Neto



Editora da Universidade Estadual do Ceará

Editor: Prof. Alexandre de Almeida Barbalho

Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi

Fortaleza – Ceará – Brasil

CEP: 60740-000

**INSTITUTO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DO CEARÁ
INESP**

Presidente
Alberto Teixeira

Montagem e Impressão: Gráfica do INESP
Coordenação: Sydney Aragão
Av. Pontes Vieira 2391
Dionísio Torres Fortaleza Ceará.
E-mail: inesp@al.ce.gov.br
Fone: 277-2915
Fax: (0xx85) **277-2914**



home page: www.al.ce.gov.br
e-mail: epovo@al.ce.gov.br



home page: www.al.ce.gov.br/inesp
e-mail: inesp@al.ce.gov.br