

Eliany Nazaré Oliveira | Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto | Maria Amélia Carneiro Bezerra
Maria Socorro de Araújo Dias | Simone Ferreira Diniz
Cláudia de Castro Goulart | Rosângela Duarte Pimenta | Márcio Gomes da Silva
Organizadores

Saúde e Espaço Social



A multirreferencialidade na
produção de conhecimento

ELIANY NAZARÉ OLIVEIRA
MARISTELA INÊS OSAWA VASCONCELOS
FRANCISCO ROSEMIRO GUIMARÃES XIMENES NETO
MARIA AMÉLIA CARNEIRO BEZERRA
MARIA SOCORRO DE ARAÚJO DIAS
SIMONE FERREIRA DINIZ
CLAUDIA DE CASTRO GOULART
ROSANGELA DUARTE PIMENTA
MARCIO GOMES DA SILVA
(Organizadores)

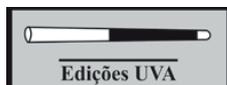
SAÚDE E ESPAÇO SOCIAL: A MULTIRREFERENCIALIDADE NA
PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

2019



Saúde e espaço social: a multirreferencialidade na produção de conhecimento

© 2019 by Eliany Nazaré Oliveira, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Maria Amélia Carneiro Bezerra, Maria Socorro de Araújo Dias, Simone Ferreira Diniz, Claudia de Castro Goulart, Rosangela Duarte Pimenta, Marcio Gomes da Silva (Organizadores)



Av. da Universidade, 850 - Campus da Betânia - Sobral - CE
CEP 62040-370 - Telefone: (88) 3611.6613

Filiada à



Reitor

Fabianno Cavalcante de Carvalho

Vice-Reitora

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Diretora das Edições UVA

Maria Socorro de Araújo Dias

Conselho Editorial

Maria Socorro de Araújo Dias (Presidente), Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, Alexandra Maria de Castro e Santos Araújo, Ana Iris Tomás Vasconcelos, Carlos Augusto Pereira dos Santos, Claudia Goulart de Abreu, Eneas Rei Leite, Francisco Helder Almeida Rodrigues, Israel Rocha Brandão, Maria Adelane, Monteiro da Silva, Maria Amélia Carneiro Bezerra, Maria José Araújo Souza, Maria Somália Sales Viana, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Raquel Oliveira dos Santos Fontinele, Simone Ferreira Diniz, Renata Albuquerque Lima, Tito Barros Leal de Ponte Medeiros, Virginia Célia Cavalcanti de Holanda.

Revisão de texto

João Ribeiro Paiva

Editoração e designer

Eder Oliveira França

Revisão normativa

Suzana Mara Cordeiro Eloia

Produção de capa

Martônio Holanda

Bibliotecária Responsável: Leolgh Lima da Silva- CRB 3/967

S255 Saúde e espaço social: a multirreferencialidade na produção de conhecimento. / Eliany Nazaré Oliveira, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Maria Amélia Carneiro Bezerra, Maria Socorro de Araújo Dias, Simone Ferreira Diniz, Claudia de Castro Goulart, Rosangela Duarte Pimenta, Marcio Gomes da Silva. (Organizadores.). - Sobral: Edições UVA, 2019.

204 p.

ISBN.: 978-85-9539-045-4 (E-book-pdf)

DOI: 10.37158/ed.uva.199620191

1. Saúde. 2. Cuidado 3. Território. 4. Interprofissionalidade. 5. Prática social. I. Título. II. Oliveira, Eliany Nazaré. III. Vasconcelos, Maristela Inês Osawa. IV. Ximenes Neto, Francisco Rosemiro Guimarães. V. Bezerra, Maria Amélia Carneiro. VI. Dias, Maria Socorro de Araújo. VII. Diniz, Simone Ferreira. VIII. Goulart, Claudia de Castro. IX. Pimenta, Rosangela Duarte. X. Silva, Marcio Gomes da.

CDD 613

APRESENTAÇÃO

Este livro surgiu da ideia de difundir as pesquisas que foram apresentadas no XIII Encontro de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, um dos encontros científicos organizados por ocasião do cinquentenário da instituição, celebrado em outubro de 2018. Idealizamos que um livro poderia expressar a riqueza da prática científica que demarca o contexto dos pesquisadores inseridos na realidade do semiárido cearense como espaço social.

O objetivo central desta publicação é colocar o leitor em movimento, considerando que as pesquisas estão inseridas em áreas de conhecimento distintas, de modo que este possa explorar conteúdos como se estivesse nos cenários desbravados por cada um dos pesquisadores, observando, refletindo e/ou atuando na realidade, para assim melhor compreender os contornos e entornos dos espaços sociais em foco. A aposta está na possibilidade de expandir e explorar conhecimentos a partir das pesquisas aqui apresentadas.

Esta publicação é composta por 17 capítulos que retratam principalmente as pesquisas daqueles que atuavam enquanto mestrandos.

É certo que o livro é lançado em um momento muito difícil para educação superior brasileira. Cortes de verbas e de bolsas de pós-graduação anunciam o desmonte da ciência e a desvalorização das universidades públicas no país.

Entretanto, cabe a nós pesquisadores fazermos nosso “dever de casa” - compartilharmos nossos estudos e os resultados já alcançados.

Desejamos que os leitores deste livro sejam instigados a idealizar novos conhecimentos sobre o modo de produzir pesquisa e agir em harmonia com o espaço social, além de vislumbrar a potência dos processos de formação dos profissionais no contexto local dos programas de pós-graduação stricto sensu.

Eliany Nazaré Oliveira

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

ORGANIZADORES

Eliany Nazaré Oliveira

Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade do Porto (UP). Pesquisadora e Docente da Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em Rede, na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pesquisadora e Docente da Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em Rede, na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pesquisador e Docente da Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em Rede, na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Maria Amélia Carneiro Bezerra

Médica Veterinária. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisadora e Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Maria Socorro de Araújo Dias

Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pesquisadora e Docente da Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família, em Rede, na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Simone Ferreira Diniz

Geógrafa. Pós-Doutora em Geografia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Pesquisadora e Docente da Graduação em Geografia e do Mestrado Acadêmico em Geografia da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Cláudia de Castro Goulart

Zootecnista. Doutora em Zootecnia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pesquisadora e Docente da Graduação em Zootecnia e do Mestrado Acadêmico em Zootecnia, em associação, da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Rosângela Duarte Pimenta

Socióloga. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pesquisadora e Docente da Graduação em Ciências Sociais e do Mestrado Profissional de Sociologia em Rede Nacional na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Márcio Gomes da Silva

Físico. Pós-Doutor pela Universidade de Aveiro (UA). Pesquisador e Docente da Graduação em Física e do Mestrado Nacional Profissional em Ensino de Física, em associação, na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

OS AUTORES

Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Membro do Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (LabSUS) da UVA. Servidora Pública da SESA atuando no HEMOCE de Sobral-Ceará.

Ana Gerússia Souza Ribeiro Gurgel

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Gerência de Centros de Saúde da Família pela UVA. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário UNINTA. Coordenadora da Atenção Primária à Saúde de Sobral-Ceará.

Ana Karina de Sousa Gadelha

Psicóloga. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista com caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Educação Permanente em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Analista de Tutoria da Atenção Primária em Saúde no Planifica SUS, pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

Ana Karoline Soares Arruda

Enfermeira. Especialista em Saúde Mental pelo Centro Universitário UNINTA. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro do Observatório de Pesquisas para o SUS (OBSERVASUS).

Ana Mesquita Paiva

Geógrafa. Mestranda em Geografia, na linha de pesquisa Análise ambiental e estudos integrados da natureza, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Andréa Carvalho Araújo Moreira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora UVA e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC.

Andressa Galdino Carvalho

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Bolsista de Iniciação Científica e Tecnológica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Bruna Torres Melo

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Bolsista de Iniciação Científica e Tecnológica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Bruno Cavalcante Frota

Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

Especialista em Gerência de Centros de Saúde da Família pela UVA. Gerente do Centro de Saúde da Família de Caracará e Patos de Sobral-Ceará.

Catarina de Vasconcelos Pessoa

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UVA. Especialista em Saúde Pública e da Família pela Faculdade Kurios (FAK). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Cruz-Ceará.

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Enfermeira. Pós Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora UVA e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC.

Daniela Sandra Rego Queiroz

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Residência em Saúde da Família. Especialista em Gestão dos Sistemas e Serviços de Urgência e Emergência, e Educação Permanente em Saúde. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Santana do Acaraú-Ceará e Plantonista do Hospital de Morrinhos-Ceará.

Eduardo de Sousa Marques

Geógrafo. Mestrando em Geografia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Eliany Nazaré Oliveira

Enfermeira. Pós Doutora pela Faculdade de Ciências da Educação e Psicologia do Porto (FPCEUP). Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisadora e professora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)-nucleadora UVA e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC.

Ernane Cortez Lima

Geógrafo. Pós Doutor, Doutor e Mestre em Geografia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisador e professor do curso de Geografia da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e do Mestrado Acadêmico em Geografia da UVA.

Francisca Nataiane Maciel Lima

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista com Caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela UVA. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Sobral-Ceará.

Francisco José Leal de Vasconcelos

Enfermeiro e graduado em Direito. Mestrando em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Gestão do SUS pela UVA e Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESPVS). Coordenador Administrativo-Financeiro da Secretaria da Saúde de Sobral-Ceará. Vice- Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Sobral-Ceará.

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Enfermeiro. Doutor pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pesquisador e professor do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora UVA e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Heliandra Linhares Aragão

Assistente Social. Especialista em Saúde Integral do Adolescente e Preceptorial no SUS. Gerente do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) de Sobral-Ceará. Professora do Curso de Serviço Social da Faculdade Alencarina (FAL).

Igor Carneiro Gomes

Educador Físico. Mestrando em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia e UVA. Profissional de Educação Física da Secretaria de Esportes da Prefeitura Municipal de Sobral-Ceará.

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Associada Livre Docente Aposentada do Departamento de Administração e Serviços de Saúde e Orientadora Permanente do Programa de Pós-Graduação da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Isorlanda Caracristi

Geógrafa. Doutora em Geografia pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora e Professora do Curso de Geografia da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Acadêmico em Geografia da UVA e do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes

Cientista Social. Pós Doutora em Desenvolvimento e Meio Ambiente em Associação em Rede no Programa de Pós Graduação PRODEMA da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora do Curso de Ciências Sociais da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado em Sociologia em Rede Nacional pela UVA e colaboradora/convidada do Mestrado em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora UVA.

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Vice-Reitora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Pesquisadora e professora do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora UVA e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC.

José Cleano Dias Arruda

Médico. Mestrando em Gestão e Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Centro Universitário INTA (UNINTA). Especialista com caráter de Residência Médica em Psiquiatria pela Prefeitura Municipal de Sobral-Ceará. Especialista em Gestão e Saúde Coletiva pela UNICAMP/UNINTA. Professor do Curso de Medicina do UNINTA.

Joyce Mazza Nunes Aragão

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora UVA.

Lidriana de Souza Pinheiro

Geógrafa. Doutora em Oceanografia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Geografia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora e vice-diretora do Instituto de Ciências do Mar (LABOMAR) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Livana Sousa Guimarães

Geógrafa. Mestranda em Geografia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Lorena Saraiva Viana

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Saúde Mental com caráter de Residência Multiprofissional pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS).

Lycélia da Silva Oliveira

Psicóloga. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Neuropsicodiagnóstico pelo Centro Universitário Christus (Unichristus). Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Magda Almeida Freire

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira Assistencial na Estratégia Saúde da Família de Sobral-Ceará.

Marcelo Bitu de Almeida

Médico. Mestrando em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Estácio de Sá. Professor da Faculdade de Medicina do UNINTA. Médico do Programa Melhor em Casa de Sobral-Ceará.

Marcionília de Araújo Lima Neta

Assistente Social. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Serviço Social, Seguridade Social e Legislação Previdenciária pela Faculdade Ratio. Terapeuta Comunitária do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ). Assistente Social do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) de Jijoca de Jericoacoara-Ceará.

Marcos Aguiar Ribeiro

Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Maria Adelane Monteiro da Silva

Enfermeira. Pós Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutora e Mestre em Enfermagem pela UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) - nucleadora UVA e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da UFC.

Maria Socorro de Araújo Dias

Enfermeira. Pós Doutora pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pesquisadora e Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – nucleadora UVA, e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Enfermeira. Pós Doutora pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pesquisadora e Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – nucleadora UVA, e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Natália Reis de Carvalho

Médica. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Terapeuta Comunitária Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCEB). Médica da Estratégia Saúde da Família de Cruz-Ceará.

Nayana Cíntia Silveira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Bolsista de Iniciação Científica e Tecnológica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Nildemar Pereira da Silva

Geógrafo. Mestrando em Geografia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Professor de Geografia da Secretaria da Educação do Estado Ceará.

Nilson Almino de Freitas

Professor de Antropologia. Pós Doutor em Estudos Culturais no Programa Avançado em Cultura Contemporânea pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutor e Mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pesquisador e professor do Curso de Ciências Sociais, do Mestrado Acadêmico em Geografia e do Mestrado Profissionalizante de Ensino de Sociologia, ambos da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Otávia Cassimiro Aragão

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Mestrado em Ciência da Educação pela UNISAL. Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família pela UVA. Técnica em Educação Permanente da Prefeitura Municipal de Forquilha-Ceará.

Raimundo Nonato Lima Freire

Geógrafo. Mestrando em Geografia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Gestão e Educação Ambiental pela Faculdade Rio Sono (TO).

Raissa Mont'Alverne Barreto

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Rejane Maria Pereira

Cirurgiã-Dentista. Mestranda em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Auditoria em Saúde Pública e Privada pela Ratio Faculdade Teológica e Filosófica. Cirurgiã- Dentista da Estratégia Saúde da Família de Santana do Acaraú-Ceará.

Ricardo de Moura Borges

Mestrando em Sociologia pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Filosofia pela Universidade Estácio de Sá. Especialista em Metodologia do Ensino Religioso pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). Graduado em História pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Professor na Escola Estadual Pedro Evangelista Caminha-Geminiano-Piauí. Professor no Colégio São Lucas em Picos-Piauí.

Roberta Magda Martins Moreira

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa Saúde Mental e Cuidado (GEPSM). Especialista em Enfermagem Obstétrica e Neonatal pela Faculdade Ieducare.

Susana Maciel Pinto

Psicóloga. Especializanda em Educação na Saúde para Preceptores no SUS pelo Hospital Sírio Libanês. Especializanda em Saúde Mental pelo Instituto de Formação Superior do Ceará (IFESC). Psicóloga no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Preceptora de Psicologia no Curso de Residência Multiprofissional de Saúde da Família (ESPVS).

Vanda Carneiro de Claudino-Sales

Geógrafa. Pós Doutora em Geomorfologia Costeira pela Universidade da Flórida (EUA). Doutora em Geografia Ambiental na Université Paris-Sorbonne (França). Mestre em Geografia (Geografia Física) pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Mestrado Acadêmico em Geografia (MAG) pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) – nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista com caráter em Residência em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESPVS). Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ESPVS.

SUMÁRIO

PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DE CATEGORIAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SOBRAL <i>Marcos Aguiar Ribeiro; Isabel Cristina Kowal Olm Cunha; Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Nayana Cíntia Silveira</i>	15
QUANDO O CUIDADOR REQUER CUIDADOS: ESTUDO DE CASO UTILIZANDO FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR <i>Otávia Cassimiro Aragão; Marcelo Bitu de Almeida; Igor Carneiro Gomes; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Eliany Nazaré Oliveira; Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes; Maria Socorro de Araújo Dias</i>	27
A LINHA DE VIDA DE MEDALIE COMO FERRAMENTA DE ABORDAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA <i>Magda Almeida Freire; Francisca Nataiane Maciel Lima; Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva; Eliany Nazaré Oliveira; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes</i>	39
ABORDAGEM FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM A UTILIZAÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA <i>Natália Reis de Carvalho; Catarina de Vasconcelos Pessoa; Marcionília de Araújo Lima Neta; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Eliany Nazaré Oliveira, Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes; Andréa Carvalho Araújo Moreira</i>	49
CARACTERIZANDO UMA FAMÍLIA ALARGADA: O DESAFIO DE TECER VÍNCULOS E IMPLEMENTAR LINHAS DE CUIDADO <i>Ana Gerúsia Souza Ribeiro Gurgel; Bruno Cavalcante Frota; Francisco José Leal de Vasconcelos; Eliany Nazaré de Oliveira; Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Joyce Mazza Nunes Aragão</i>	61
OS RISCOS DA AGRICULTURA DE SUBSISTÊNCIA: O PAPEL DA ESF NA PREVENÇÃO DO CARCINOMA BASOCELULAR <i>Marcionília de Araújo Lima Neta; Natália Reis de Carvalho; Catarina de Vasconcelos Pessoa; Eliany Nazaré Oliveira; Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto</i>	71
USO DO GENOGRAMA PARA ABORDAGEM FAMILIAR NO MANEJO DE UM CASO DE SIRINGOMIELIA <i>Rejane Maria Pereira; Daniela Sandra Rego Queiroz; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Eliany Nazaré Oliveira; Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes; Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas</i>	81

CAPACIDADE FUNCIONAL E NECESSIDADE DE CUIDADOS EM IDOSOS: UM ESTUDO DE CASO <i>Francisca Nataiane Maciel Lima; Magda Almeida Freire; Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes; Eliany Nazaré Oliveira; Maria Adelane Monteiro da Silva</i>	93
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM SOBRAL, CEARÁ <i>Ana Karoline Soares Arruda; Raissa Mont'Alverne Barreto; José Cleano Dias Arruda; Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque</i>	103
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO CONTRIBUIÇÃO PARA ATIVIDADES GRUPAIS COM GESTANTES <i>Lycélia da Silva Oliveira; Viviane Oliveira Mendes Cavalcante; Maria Adelane Monteiro da Silva; Ana Karina de Sousa Gadelha; Eliany Nazaré Oliveira; Susana Maciel Pinto</i>	113
ARCO DE MAGUEREZ COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE A PROFISSIONAIS DO CENTRO POP DE SOBRAL, CEARÁ <i>Lorena Saraiva Viana; Eliany Nazaré Oliveira; Roberta Magda Martins Moreira; Heliandra Linhares Aragão; Bruna Torres Melo; Andressa Galdino Carvalho</i>	125
JORNAL ESCOLAR "O CORUJINHA" COMO RECURSO PEDAGÓGICO PARA ENSINO DE SOCIOLOGIA, UM RELATO DE SUCESSO <i>Ricardo de Moura Borges</i>	139
VILA UNIÃO: MEU BAIRRO! MEU LUGAR! <i>Nildemar Pereira da Silva; Nilson Almino de Freitas</i>	151
LEVANTAMENTO FLORÍSTICO COMO SUPORTE AOS ESTUDOS FITOGEOGRÁFICOS NA SERRA DA PENANDUBA, CEARÁ, BRASIL <i>Raimundo Nonato Lima Freire; Isorlanda Caracristi</i>	163
INDICADORES DE SEGURANÇA HÍDRICA NA SUB-BACIA HIDROGRÁFICA DO RIO BATOQUE, HIDROLÂNDIA, CEARÁ <i>Ana Mesquita Paiva; Ernane Cortez Lima</i>	175
COMPARTIMENTAÇÃO GEOMORFOLÓGICA DA SUB-BACIA HIDROGRÁFICA DO RIO ITACOLOMI, CEARÁ, BRASIL <i>Livana Sousa Guimarães; Ernane Cortez Lima</i>	185
ESTUDO SEDIMENTOLÓGICO DA ZONA PRAIAL DE CAMOCIM, CEARÁ <i>Eduardo de Sousa Marques; Vanda Carneiro de Claudino-Sales; Lidriana de Souza Pinheiro</i>	195

PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DE CATEGORIAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM SOBRAL

Marcos Aguiar Ribeiro; Isabel Cristina Kowal Olm Cunha;
Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque;
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto;
Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Nayana Cíntia Silveira



INTRODUÇÃO

As transições da situação de saúde de uma sociedade suscitam necessidades de mudança na estrutura dos sistemas de saúde, nos processos de trabalhos e conseqüentemente nos resultados da atenção. Nesta perspectiva, os sistemas de saúde precisam se ressignificar de forma a garantir a atenção integral à saúde dos usuários, tendo em vista as transições demográficas, epidemiológicas e as incorporações de novas tecnologias na sociedade.

Neste contexto, o Brasil vivencia uma forma de transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos, sendo expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas (MENDES, 2012).

As doenças consideradas condições crônicas têm início e evolução lentos, são de longa duração e quase sempre sem perspectiva de cura. Sua etiologia costuma ser multifatorial e sua evolução pode levar a variados sintomas e à perda da capacidade funcional, afetando diretamente a qualidade de vida. Nesta perspectiva, a atual situação de saúde de predomínio das condições crônicas não pode ser respondida de maneira eficiente, efetiva e de qualidade por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas (MENDES, 2011).

Todavia, na prática verifica-se ainda um modelo de atenção voltado às condições agudas, centrada e até mesmo sufocada por atendimentos à demanda espontânea, onde a promoção da saúde e a vigilância, prevenção e controle das condições crônicas não se constituem como prioridades no cotidiano do trabalho da Atenção Básica à Saúde.

Assim, tem-se como objetivo descrever o processo de codificação de categorias para análise qualitativa da atenção às condições crônicas em Sobral, Ceará, Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte descritivo de uma das etapas de avaliação da atenção às condições crônicas em Sobral, produto da dissertação de mestrado em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. Neste sentido, a Matriz Avaliativa adaptada de Salazar (2011) e Moysés, Silveira Filho e Moysés (2012) utilizada como referencial teórico metodológico nesta pesquisa, propõe que o processo avaliativo se inicie com a Sistematização da Experiência.

Foi eleito como campo de investigação para o estudo o município de Sobral, em territórios da Estratégia Saúde da Família (ESF) da sede do município.

Os participantes do estudo foram os 4 tutores do sistema de saúde e 18 gerentes da Estratégia Saúde da Família. Além disso, foram acessadas fontes documentais para o processo de análise qualitativa. Neste sentido, foram coletados dados a partir de entrevistas com gerentes e tutores do Sistema de Saúde de Sobral, Protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica, Protocolo da Diabetes Mellitus, Cronograma de Atendimento da Odontologia, Instrumento do Fluxo do Acolhimento à Demanda Espontânea, Parâmetro para a Estratificação de Risco da Hipertensão e Diabetes e Consolidado da Territorialização dos Centros de Saúde da Família (CSF) e uma fotografia de abordagem grupal. Estes foram analisados de maneira a possibilitar a compreensão da Atenção às condições crônicas em Sobral.

Com vistas a responder ao problema e aos objetivos da pesquisa, os referidos dados coletados previamente foram analisadas, por meio da análise categorial, conforme Bardin (2011) e com o suporte do *Software N Vivo 11*.

O processo de formação das categorias se concretizou conforme orientado por Bardin (1977). Após a seleção do material e a leitura flutuante, a exploração foi realizada por meio da codificação. A codificação se deu em função da inferência pela identificação objetiva de características dos discursos, construídos em unidades de registro, para então efetuar-se a categorização progressiva.

O estudo respeitou os princípios éticos referentes às pesquisas envolvendo seres humanos conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob número 2.054.329.

DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DE CATEGORIAS DE ANÁLISE

A priori foram identificadas as categorias iniciais, também denominadas de nós. Estas se configuram como as primeiras impressões acerca da realidade da atenção às condições crônicas, ou seja, são resultados do processo de codificação das entrevistas transcritas, um total de 18 categorias. Cada categoria constitui-se dos trechos selecionados das falas dos entrevistados, bem como da respaldo do referencial teórico.

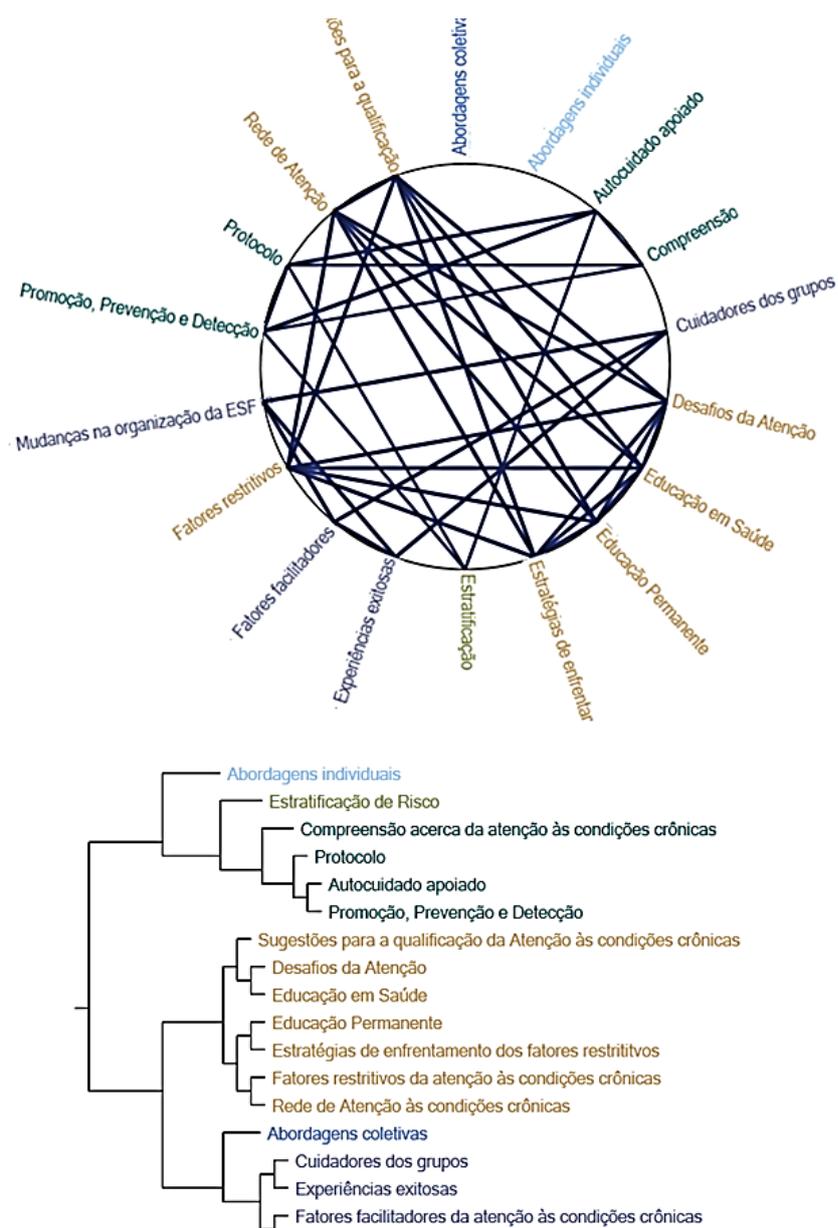
As categorias iniciais foram analisadas por meio de operações estatísticas, a fim de promover uma validação que garantisse a síntese e seleção dos resultados, inferências e interpretações. Desse modo, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson para executar a análise de cluster e assim gerar um diagrama que agrupa as categorias iniciais caso haja muitas palavras em comum.

Assim, no Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de palavras a partir do Coeficiente de Correlação de Pearson, pôde-se verificar a formação de seis clusters. Identificada ainda, que em todas as categorias iniciais existiam similaridades de palavras, gerando uma vasta rede de relações entre as categorias.

Além disso, foi utilizado o Coeficiente de Jaccard para gerar um diagrama agrupando as

categorias iniciais que codifiquem muitas das mesmas fontes, conforme apresentado na Figura 1. No Dendograma de Nós de Cluster por similaridade codificação a partir do Coeficiente de Jaccard, pôde-se visualizar que a maior parte das categorias codificam muitas das mesmas fontes de dados. Todavia, as categorias iniciais “Abordagens Individuais” e “Abordagens Coletivas” não apresentam esta similaridade de codificação, uma vez que são as categorias que foram construídas com mais fontes de dados diferentes (imagens e documentos).

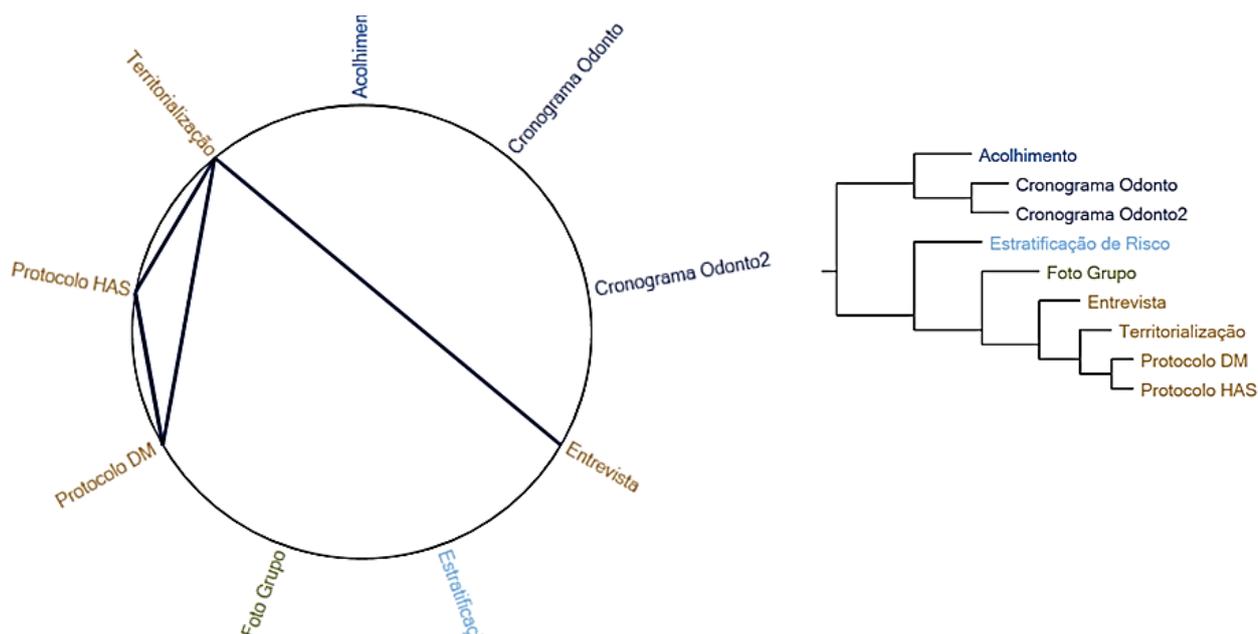
Figura 1. Dendograma de Nós de Cluster por similaridade de codificação a partir do Coeficiente de Jaccard. Sobral, Ceará, Brasil, 2017.



Fonte: Própria

Foram analisadas as Fontes de dados a partir do Coeficiente de Correlação de Pearson, conforme apresentado na Figura 2. No que se refere à similaridade de palavras verificou-se que as fontes Consolidado da Territorialização, Protocolo da HAS, Protocolo da DM têm uma forte similaridade de palavras, bem como a similaridade entre a Territorialização e as Entrevistas com os gerentes e tutores. Assim, estas quatro fontes formaram um cluster.

Figura 2. Dendograma de Fontes de Cluster por similaridade de Palavras a partir do Coeficiente de Correlação de Pearson. Sobral, Ceará, Brasil, 2017.



Fonte: Própria

Ao refletir a similaridade de codificação das fontes de dados, a partir do Coeficiente de Jaccard, identificou-se que a Classificação do Acolhimento à demanda espontânea e os cronogramas da odontologia tiveram uma similaridade de codificação, de maneira a formar um cluster. Neste caso, estas fontes codificaram seus conteúdos em uma mesma categoria inicial/nó, a saber: Abordagem Individual.

Além disso, podemos visualizar que as fontes de dados Protocolo da HAS e Protocolo da DM também formaram um cluster por similaridade de codificação. Apresentaram a codificação nas seguintes categorias iniciais: Promoção, Prevenção e Detecção. Compreensão acerca da atenção às condições crônicas, Abordagem Individual; Estratificação de Risco, Autocuidado apoiado e Protocolo.

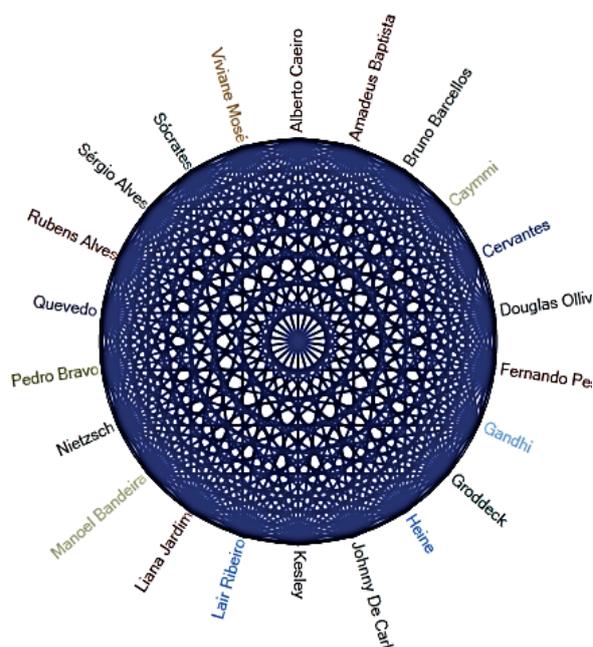
Ao analisar cada fonte de dado de forma isolada, pôde-se verificar que na Territorialização houve o predomínio da codificação para a categoria Abordagem Individual, seguido da Abordagem coletiva. Este achado remete à organização da territorialização onde se enfatiza a descrição das rotinas de atendimento e as singularidades dos territórios, com destaques para os equipamentos sociais e abordagens grupais.

No que concerne às entrevistas, há o predomínio da codificação para a categoria **Fatores restritivos**, o que pode suscitar que os gerentes e tutores, ao construírem seus discursos acerca da atenção às condições crônicas, estão evidenciando os fatores restritos da atenção. Isto pode ser considerado um ponto positivo, uma vez que a identificação por partes destes profissionais dos aspectos limitantes pode gerar transformações na práxis e consequente melhoria da qualidade da atenção. Infere-se, ainda, que, seguidas dos fatores restritivos, as codificações para as categorias **Rede de Atenção às condições crônicas e “Abordagens Coletivas** foram evidenciadas, o que representa a importância da compreensão do cuidado em rede e das abordagens coletivas para a qualificação da atenção às condições crônicas.

Assim, a partir da análise da contribuição de cada participante na construção das categorias, buscou-se por meio de Coeficiente de Correlação de Pearson conhecer a similaridade de palavras, conforme apresentada na Figura 3. Desta maneira, percebe-se que o Dendograma apresenta uma intensa relação, representando uma grande similaridade de palavras entre os discursos dos participantes, o que sugere a existência de alinhamento entre estes atores importantes na gestão do cuidado às condições crônicas. Na arte contagiadora que subsidiou a escolha dos codinomes, pode-se visualizar que essas relações nos remetem a uma mandala.

Ceccim (2007, p.19) afirma que “a mandala, ainda que finita, é uma ilimitada margem de dobras, inversões, reversões, apresentações. Na imagem da mandala a ausência do repetível, exceto a ressingularização permanente, por composição de diversos, por harmonização de prazeres, por potência de inventos.”

Figura 3. Dendograma de contribuição dos participantes por similaridade de palavras a partir do Coeficiente de Correlação de Pearson. Sobral, Ceará, Brasil, 2017.



Fonte: Própria

Dessa maneira, essa representação simbólica da mandala pode significar a construção plural das categorias, por meio de consensos e dissensos, concretizada pela vivência na ESF e na implicação com busca pela qualidade da atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes.

A partir da construção das categorias iniciais e de toda análise das fontes e suas relações com as categorias, foram constituídas as categorias intermediárias e finais, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Síntese da progressão das categorias. Sobral, Ceará, Brasil, 2017.

Categorias Iniciais/Nós	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Compreensão acerca da atenção às condições crônicas	I – Atenção às condições crônicas na ESF	I – Atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na ESF
Mudanças na organização da ESF na atenção às condições crônicas		
Desafios da atenção	II – Desafios da atenção às condições crônicas	
Abordagens coletivas	III -Abordagens coletivas	II - Abordagens aos usuários com condições crônicas no âmbito da ESF
Cuidadores dos grupos		
Abordagens individuais	IV - Abordagens individuais	
Educação em Saúde	V – Promoção, Prevenção e Detecção	
Promoção, Prevenção e Detecção		
Fatores facilitadores da atenção às condições crônicas	VI – Fatores facilitadores e restritivos para a qualificação da atenção aos usuários com condições crônicas	
Sugestões para a qualificação da atenção às condições crônicas		
Fatores restritivos da atenção às condições crônicas		
Educação permanente	VII – Educação permanente	III - Estratégias de organização e gestão do cuidado às condições crônicas
Autocuidado apoiado	VIII – Gestão do cuidado	
Estratégias de enfrentamento dos fatores restritivos		
Experiências exitosas		
Estratificação de risco	IX- Organização da atenção às condições crônicas	
Protocolo		
Rede de Atenção às condições crônicas	X - Rede de Atenção às condições crônicas	IV - Rede de Atenção às condições crônicas

Fonte: Própria

ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A partir da análise das categorias finais, verificou-se que na atenção às condições crônicas identifica-se um interesse e investimento da gestão da atenção em implementar um modelo de atenção que atenda com integralidade às condições crônicas. Desse modo, foram desenvolvidas estratégias de organização e gestão do cuidado, tais como a instituição de Protocolos com diretrizes para Screening, Diagnóstico e Tratamento da HAS e DM, a Estratificação de Risco da HAS e DM e o desenvolvimento de processos de Educação Permanente dos trabalhadores do sistema, disparados pela gestão, pela coordenação de ensino na figura da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, pelo Governo do Estado do Ceará por meio do projeto Qualifica APSUS e principalmente pelos profissionais da ESF no cotidiano do trabalho.

Todavia, apesar dos esforços, a prática ainda revela uma abordagem aos usuários centrada na renovação de receitas e acontece muitas vezes de forma alienada e sem uma efetiva reavaliação, consulta, reconhecimento dos efeitos adversos, avaliação da adesão e estímulo ao autocuidado e terapias não medicamentosas.

Esta abordagem prioriza o atendimento à demanda espontânea, o que gera uma renovação de receitas compulsórias, sem acompanhamento integral e longitudinal dos usuários com condições crônicas, que por sua vez restringem a gestão do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Com isso, faz-se necessário incorporar as concepções de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação da Rede de Atenção, de modo a qualificar a atenção às condições crônicas (WHO, 2008).

Além disso, é perceptível a pluralidade das formas de organização dos atendimentos individuais e coletivos aos usuários com HAS e DM. Apesar dos protocolos instituídos, não existe um padrão comum entre os CSF, de modo que algumas unidades se organizam em agendas engessadas com turnos fixos de atendimento influenciado por uma perspectiva programática de atenção à saúde; outras utilizam agendas mais flexíveis que possibilitam um melhor acesso; e outras sem um fluxo específico e os usuários se encontram diluídos na demanda espontânea ou em grupos de Hiperdia.

Mendes (2018) corrobora que uma atenção à saúde fragmentada opera de forma episódica e reativa e volta-se para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. Assim, a fragmentação da atenção aos usuários pode ser identificada a partir de uma organização por componentes isolados, em que o sujeito é o paciente que é passivo e recebe prescrições dos profissionais de saúde centradas em ações curativas, medicamentos e no cuidado uniprofissional do médico.

Vale destacar ainda que as abordagens coletivas com enfoque na pessoa e não somente na doença, como grupos de convivência e práticas corporais, representam importantes tecnologias de cuidado, porém se encontram centradas na equipe multiprofissional, principalmente na Residência

Multiprofissional em Saúde da Família, que se apresenta sobrecarregada e com o importante desafio de aproximar a equipe mínima, que muitas vezes se encontram limitada ao atendimento individual em consultório.

As abordagens coletivas colaboram na produção e compartilhamento de cuidados, de modo que os grupos reforçam a ideia de que os aspectos subjetivos fortalecem os vínculos e são elementos poderosos para a adesão dos usuários com condições crônicas, uma vez que favorecem a participação ativa e responsável, além do exercício de compartilhamento e estímulo ao autocuidado (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Além disso, identificaram-se fragilidades na construção de uma rede de atenção às condições crônicas, uma vez que o acesso ao especialista e a exames apresenta um forte entrave de regulação. Neste contexto, para melhor garantir uma atenção singular aos usuários com condições crônicas é necessário que toda a rede esteja definida e com seus processos delimitados e efetivos. Todavia, existem vulnerabilidades na pactuação e compartilhamento de responsabilidades entre os atores que integram as redes de atenção, no que tange à garantia da viabilidade operacional e ao provimento dos recursos financeiros para fornecer todo suporte de que esse grupo populacional necessita. (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que o processo de codificação para análise qualitativa foi qualificado a partir da incorporação do *Software N Vivo II*, uma vez que possibilitou o agrupamento de uma diversidade de dados e análise de similaridade de palavras e codificações com vistas à construção de categorias de análise da atenção às condições crônicas.

A análise das categorias enfatiza a necessidade de mudança transição de um modelo de agudização da doença para implantar o modelo de atenção às condições crônicas, assim como modificar a atenção prescritiva e centrada na doença para a colaborativa e com foco na pessoa. Assim o cuidado é realizado com base no modo cooperativo, conforme as necessidades dos usuários, com a participação da família e empoderamento dos indivíduos, que deixam de ser pacientes para se tornar produtores agentes de sua saúde. Ainda, ressaltam-se o compartilhamento de responsabilidades, o apoio à autonomia e à decisão compartilhada, que favorecem para uma melhor satisfação do usuário e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento, obtendo melhores resultados.

Dentre as limitações encontradas, pode-se citar a dificuldade de acesso aos gerentes para participação neste estudo. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas que avaliem os resultados da atenção, bem como a ampliação do cenário, incluindo os territórios dos distritos do município, que apresentam uma realidade organizacional e de saúde diferente dos territórios da sede.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP pela concessão das bolsas.

REFERÊNCIAS

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

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

CECCIM, R. B. “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”!: o devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 358-361, 2007.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade /continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. supl. 1, p. 1029-1042. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2017

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, CONASS, 2011.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431-436, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0431.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: OPAS/CONASS, 2012.

NOGUEIRA, A. L. G. *et al.* Leads for potentializing groups in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 907-14, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0964.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SALAZAR, L. **¿Funcionan y son efectivas las intervenciones para prevenir y controlar las enfermedades crónicas? ¿Qué dice la evaluación?**. Santiago de Cali: Colección Ciencias Sociales, 2011.

TRAPÉ, T. L; CAMPOS, R.O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 19, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf. Acesso em: 15 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008: primary health care (now more than ever)**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/>. Acesso em: 06 fev. 2017.

DOI: 10.37158/ed.uva.199620191-p.28-39

QUANDO O CUIDADOR REQUER CUIDADOS: ESTUDO DE CASO UTILIZANDO FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR

Otávia Cassimiro Aragão; Marcelo Bitu de Almeida; Igor Carneiro Gomes;
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Eliany Nazaré Oliveira;
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes; Maria Socorro de Araújo Dias



INTRODUÇÃO

A família se configura como um espaço de interações afetuosas que têm papel significativo nos cuidados básicos à saúde, tais como, desenvolvimento da personalidade, incentivo ao autocuidado, reconhecimento do adoecimento, busca de socorro, adesão às terapêuticas prescritas, apoio material e emocional. No entanto, para atender aos sujeitos que precisam de cuidados no próprio lar, há necessidade de uma reorganização familiar, na qual um de seus membros absorve o papel de cuidador, realizando ações a curto prazo ou permanentemente (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015).

Acentua-se a necessidade de cuidados permanentes no lar. O aumento da expectativa de vida tem influenciado no processo saúde-doença-cuidado, com número de morbidades incapacitantes e de obstáculos funcionais (LANA; SCHNEIDER, 2014). No cuidado às pessoas com total dependência para suas Atividades de Vida Diária (AVD), as famílias, ou um de seus membros, podem experimentar desgaste físico e mental, isolamento afetivo e profissional, limitação de lazer e sobrecarga. Tal situação tende a um grande esforço pessoal, social e econômico, a sentimentos de desespero, levando a intenso sofrimento.

Assistir continuamente pessoas com funcionalidade prejudicada em caráter irreversível pode provocar distúrbios emocionais naquele que cuida, devido às dificuldades ou insucesso na promoção de alívio na pessoa cuidada. Alguns indivíduos podem possuir determinadas demandas de saúde que são consideradas um verdadeiro fardo para os demais membros da família (VIDIGAL *et al.*, 2014).

Situações como estas requerem um olhar para a saúde mental dos envolvidos, pois vêm se tornando cada vez mais presente nos serviços de saúde. Corriqueiramente são detectados indivíduos com sofrimento emocional nos atendimentos da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Sobral, que atua em áreas de grande vulnerabilidade social. Esta demanda tem exigido atenção às condições estruturais que vão muito além do componente individual, tornando-se necessário reconhecer as dinâmicas familiares na vida em sociedade. O trabalho realizado pela ESF, juntamente com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Programa Melhor em Casa (PME), permite uma melhor interação com as famílias.

As possibilidades de intervenção do NASF junto às ESF são muitas, passam por todo o ciclo vital, na promoção de saúde, no apoio pedagógico às equipes, na elaboração de projetos de saúde para o território, com ações junto aos equipamentos sociais, na formação e apoio aos grupos, nas visitas domiciliares, nos atendimentos conjuntos, nas discussões de casos clínicos, dentre outros (SOUZA; MEDINA, 2018).

O PMC é um serviço de atenção domiciliar do governo federal, cuja forma de atenção à saúde é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado. É integrado à Rede de Atenção à Saúde. Apresenta abordagens diferenciadas a depender da necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes (CASTRO *et al.*, 2018).

A soma destas três equipes amplia as possibilidades de atenção às famílias por utilizar tanto informações do quadro clínico fornecidas pelo indivíduo como as colhidas em outros atendimentos e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ferramentas como o Genograma e o Ecomapa são potentes para organizar tais informações.

Estas ferramentas também são utilizadas no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família que tem a tarefa de contribuir com as famílias e com a rede de serviços, por meio da inserção de seus mestrados em campo de prática. Trabalha-se reconhecendo o cuidado em saúde a partir do grupo familiar, buscando uma atenção sistêmica que se integre às diferentes maneiras de fazer saúde, respeitando a singularização do cuidado, as peculiaridades e necessidades de cada caso, considerando fatores de proteção e de risco, estrutura familiar, aspectos socioeconômicos, características geopolíticas, entre outros. No caso de pessoas totalmente dependentes para suas AVD ou cuidadores sobrecarregados, o uso do Genograma e Ecomapa permite uma avaliação familiar rápida e global, contribuindo para fortalecer o vínculo com a equipe e auxiliar nas intervenções em saúde.

Apesar da relevância do tema, a literatura científica apresenta lacunas quanto aos estudos que investigam a sobrecarga de cuidadores em vulnerabilidade social (LINO *et al.*, 2016). Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a representação estrutural da família de um cuidador em conflitos familiares e comunitários, com base em ferramentas de abordagem familiar.

METODOLOGIA

Pesquisa do tipo estudo de caso, de abordagem qualitativa, realizada no período de maio a julho de 2018, com o cuidador de uma família residente no território da ESF, do bairro Sumaré, Sobral – Ceará. O contexto institucional deste estudo foi o Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ), durante o Módulo de Atenção Integral à Saúde da Família, que tem como competência esperada a capacidade de atuar na ESF na perspectiva da integralidade e humanização da atenção à saúde.

Para os autores do módulo, a atenção integral à saúde da família tem sentido amplo e polissêmico, com abordagem integral, específica e peculiar, que trabalhadores da saúde devem adotar no momento da atenção à saúde com sujeitos, famílias e comunidades. Nesta lógica, a ESF reorienta o modelo assistencial, com ações de prevenção de riscos, doenças e agravos e promoção da saúde, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, e na manutenção da saúde. As famílias passam a ser o foco da atenção, no território em que vivem, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado.

Por se tratar de estudo que envolve seres humanos, esta pesquisa está fundamentada na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto foi utilizado Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE), buscando garantir os referenciais básicos da bioética que inclui autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012). Para preservar a identidade dos sujeitos, seus nomes foram substituídos por siglas ou parentesco.

Para eleição da família, utilizou-se a escala de risco familiar própria do município do estudo, que é baseada na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica, a partir de sentinelas de risco, que são avaliadas na primeira visita ao lar, realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). As informações coletadas por meio das sentinelas permitem à equipe da ESF avaliar indicadores sociodemográficos e nosológicos referentes às famílias do território sanitário adscrito e, com isso, realizar um planejamento estratégico com base na situação local do processo saúde-doença-cuidado. Durante a investigação, foram registrados aspectos que podem ter relação entre o cuidado dos sujeitos com incapacidade funcional e comportamental e a sobrecarga de seus cuidadores.

Para compreender o caso e melhor avaliá-lo, foram utilizadas duas ferramentas de avaliação familiar: o Genograma e o Ecomapa. O primeiro é uma representação gráfica da composição familiar e dos relacionamentos básicos em, pelo menos, três gerações, sendo elaborado por meio de símbolos; e permite, de uma forma rápida e clara, visualizar quais são os membros que constituem a família e suas funções. É indicado para famílias com membros apresentando sintomas inespecíficos, com utilização excessiva dos serviços da saúde, assim como aqueles com doenças crônicas, em isolamento, problemas emocionais graves, situações de risco familiar para drogadição, alterações nos papéis familiares por eventos agudos, dentre outros. O segundo, o Ecomapa, é um diagrama das relações entre família e comunidade. Pode representar a presença ou a ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo o retrato de um determinado momento na vida dos membros da família. É, portanto, dinâmico (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

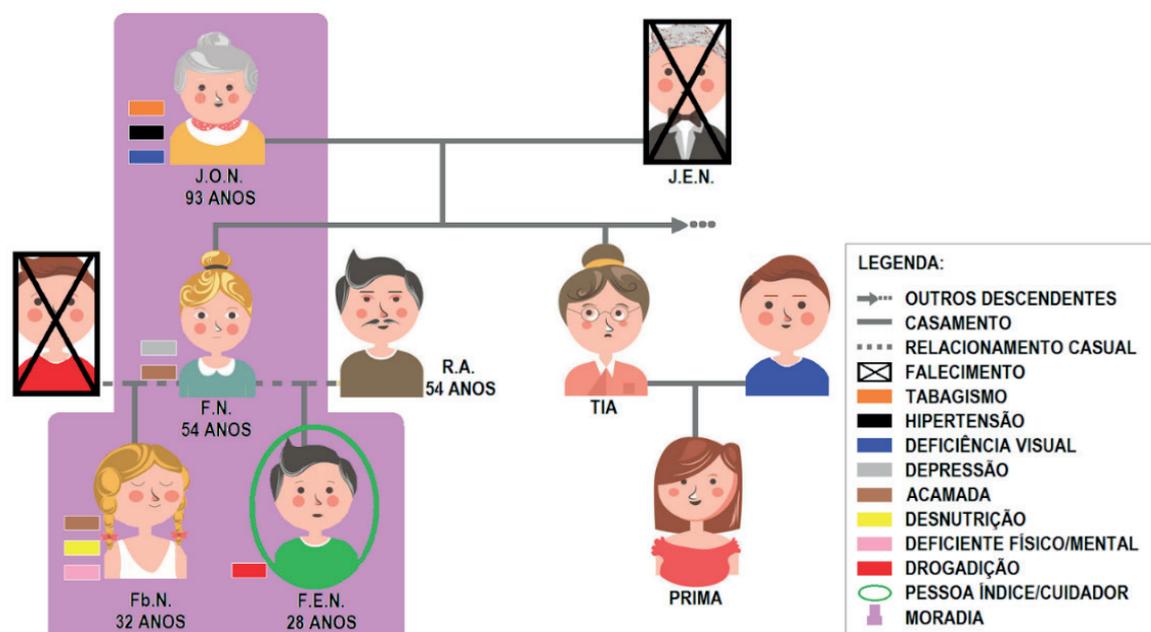
Caracterizando a Família e Tecendo as Relações

A família em estudo, apesar de ser composta por apenas quatro membros, é do tipo alargada ou extensa, pois coabitam ascendentes, descendentes, para além de progenitora e filhos, havendo três gerações convivendo no mesmo domicílio; é também monoparental, por ser constituída por uma progenitora; com dependentes, por ter pessoas dependentes dos cuidados de outros por motivo de doença (acamado, deficiente mental e motor, requerendo apoio nas AVD); e descontrolada, devido a um membro ter problemas crônicos de comportamento por doença ou adição (toxicodependência).

F.E.N., pessoa-índice, sexo masculino, solteiro, 28 anos, desempregado, católico, natural de Sobral. Filho de R. A., 54 anos (com quem mantém uma proximidade relativa, apesar de nunca ter

morado com sua mãe) e de F.N., 54 anos, mãe solteira, que sempre morou com os pais. Neto de J.O.N., 93 anos e J.E.N., falecido aos 87 anos em 2008 por atropelamento. Irmão materno de Fb.N., 32 anos. Esta irmã é órfã de pai, que faleceu em 2017 por problemas cardíacos sem ter conhecido a filha. J.O.N. teve outros filhos, uma delas adotou uma filha, que ajuda a família em análise, executando afazeres domésticos, prima de F.E.N., com quem mantém relação conflituosa. Na figura 1, tem-se o Genograma da família.

Figura 1. Genograma da Família de F.E.N. Sobral, Ceará, Brasil, 2018.



Fonte: Própria.

A J.O.N., analfabeta, usa grande quantidade de tabaco por meio de cachimbo há décadas. Apresenta como limitação déficit auditivo importante e visual leve. No último ano, o déficit visual se acentuou, causando limitações de mobilidade e para atividades diárias do lar.

Há dez anos a F.N. sofre de transtorno depressivo, mas realizava atividades diárias do lar, alimentar-se, higienizar-se e locomover-se até a Unidade Básica de Saúde (UBS) sem necessidade de auxílio, exceto nos últimos oito meses, quando evoluiu com abolição extrema, sintomas catatônicos, conseqüente restrição ao leito, lesões por pressão em trocânteres e região lombossacra, com classificação II e III, respectivamente. Esta não é mais acompanhada pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

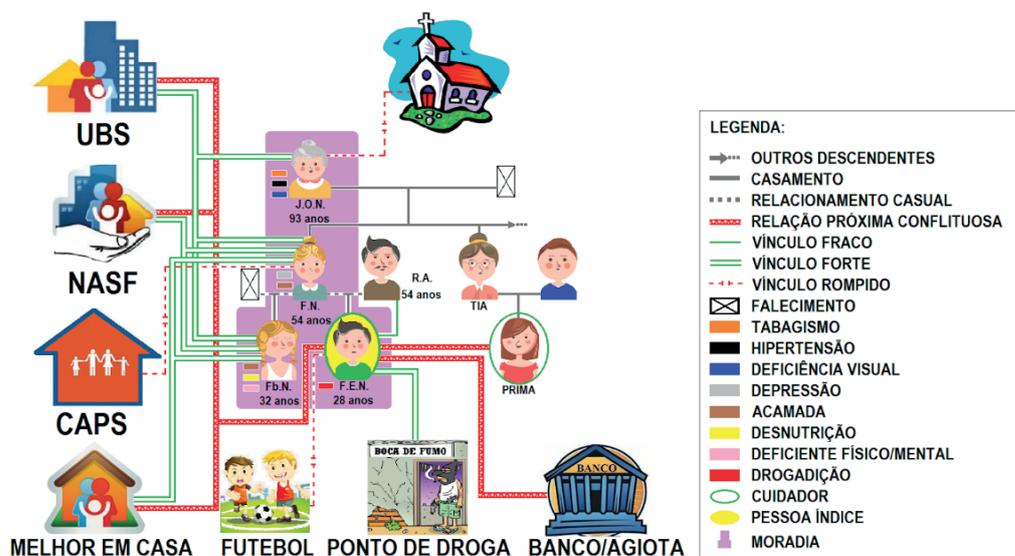
A Fb.N. nasceu com Síndrome de Rett. Segundo Pazeto *et al.* (2013), esta doença se instala por volta de um ano de idade, com regressão do desenvolvimento neurológico, afetando a pronúncia de palavras já conhecidas, tornando a portadora introspectiva, desinteressada, ansiosa, irritadiça, com perda motora e presença de apraxia manual (movimentos estereotipados com as mãos). O comprometimento das funções cognitivas e motoras comumente é grave. Fb.N., no caso, pronunciava

apenas palavras curtas. Até 2016, conseguia deambular com dificuldade. Em 2017, agravou-se o quadro neurológico e ela está acamada com várias lesões por pressão em dorso e região de glúteos graus III e IV. Apresenta desnutrição grave que resultou na necessidade de alimentar-se por sonda nasoenteral.

F.E.N. ocupa-se do papel de cuidador, possui ensino médio incompleto, nunca teve trabalho que gerasse renda, administra os recursos financeiros da casa, em torno de três salários mínimos, provenientes dos benefícios previdenciários de sua mãe, avó e irmã. Atualmente a renda líquida da família se resume a quatrocentos reais que sobram após desconto de empréstimos consignados realizados por ele próprio. Possui histórico de uso de drogas lícitas e ilícitas e diz ser ameaçado de morte por um agiota. A casa onde moram possui quatro cômodos, com fossa séptica e recolhimento público de lixo, no entanto, consomem água sem tratamento.

Após o agravamento do quadro da Fb.N, resultando em sua restrição ao leito e aparecimento das lesões de pele passaram a ser intensificadas as visitas domiciliares feitas pela equipe da UBS. Ccurativos diários são realizados pela técnica de enfermagem. Há visitas de enfermagem semanais ou quinzenais, visitas médicas sob demanda (duas por ano) e acompanhamento domiciliar por equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), contando com nutricionista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional. Suas intervenções regularmente registradas em prontuário. Foram incluídas no Programa de Assistência Domiciliar Melhor em Casa Fb.N., em novembro de 2017, e F.N., em janeiro de 2018. Desde então a equipe da ESF passou a receber também o apoio de outra equipe multiprofissional composta por técnico em enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, médico, nutricionista, assistente social e psicóloga.

A assistência atual consta de curativos diários alternados entre equipe da UBS e do Melhor em Casa, visitas semanais de enfermagem, fisioterapia de acordo com condições físicas das pacientes, visitas mensais ou mais frequentes dos outros profissionais de acordo com demanda. A assistência realizada pela UBS permanece nos moldes anteriores. J.O.N. foi encaminhada ao oftalmologista que diagnosticou catarata senil e programou tratamento cirúrgico com possibilidade significativa de melhora do déficit visual. Mesmo com a assistência registrada em prontuário, o cuidador, F.E.N., afirma haver descaso da equipe da ESF com relação a sua família, critica todos os profissionais envolvidos na assistência, exceto a ACS. Na figura 2, tem-se o Ecomapa das relações que a família mantém entre si e com o meio.

Figura 2. Ecomapa da Família de F.E.N. Sobral, Ceará, Brasil, 2018.

Fonte: Própria.

F.E.N. não se sentiu acolhido nos últimos dois anos, nem se vinculou a nenhum profissional que prestou assistência à sua família. Evidenciou-se que há necessidade de mudança na forma como as ações têm sido realizadas nesta família, pois toda assistência recebida se voltou para três de seus quatro membros. A exacerbação do uso de drogas nos últimos meses aparece mais como uma consequência do que como causa da sobrecarga do cuidador. O filho/cuidador/pessoa-índice estabeleceu relações conflituosas tanto com os profissionais como com a única parenta próxima, prima, gerando distanciamento da família. De alguma forma isso implica em negligência da saúde do cuidador que fica sobrecarregado. Com essa sobrecarga o cuidador pode ser levado ao isolamento socioafetivo e ao estresse crônico, aumentando o risco de doenças físicas ou mentais e comprometendo o apoio aos outros membros. A presença de um parente próximo, a prima no caso, que auxilia nos cuidados, torna viável uma possível divisão de tarefas.

Chama a atenção a multiplicidade de significados presentes no papel de cuidador que, embora não se perceba, parece adoecer junto com a família, por se encontrar sobrecarregado ou por não saber como lidar com os problemas de saúde dos demais membros, manifesta-se por vezes impaciente e até agressivo com os familiares, com a própria equipe e com outras pessoas. Impaciência e agressividade manifestadas podem comprometer a assistência prestada em domicílio pelo cuidador, culminando em negligência ou outras formas de violência, o que é um risco para os demais membros da família. Não existe nenhum trabalho planejado pela equipe no sentido de apoiar o cuidador, para que este preste melhores cuidados, embora seja notória sua necessidade. A família em estudo transcende as necessidades apenas de intervenções de responsabilidade do sistema de saúde. Fazem-se necessárias intervenções de outros setores como serviço social, assessoria jurídica, educação, emprego, redução de danos e até transferência das pacientes para abrigo.

As visitas realizadas ao lar e as ferramentas utilizadas neste estudo de caso permitiram evidenciar como partes importantes a serem trabalhadas: o vínculo do filho com o esporte devendo

ser potencializado, a relação conflituosa com a prima que deve ser resolvida para permitir a sua aproximação, pois manifesta afeto e vontade de ajudar aquela família, e um melhor relacionamento do filho com os profissionais e os parentes.

Como estratégia para este caso, pode-se considerar a construção coletiva de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Com o PTS, o cuidador e sua família passarão a assumir a responsabilidade do cuidado em conjunto com a equipe multiprofissional, exigindo não apenas um redirecionamento das práticas, mas também um comprometimento e uma responsabilização na construção de um cuidado coletivo dos envolvidos em promover e manter a autonomia dos sujeitos cuidado e cuidador (SCHANK; OLSCHOWSKY, 2008). Outro ponto de apoio seria a ampliação do número de visitas domiciliares com inclusão das observações sobre o cuidador para discussão do caso durante as reuniões da equipe matricial, buscando alternativas de auxílio.

Reflexões sobre a abordagem familiar

As ferramentas de avaliação familiar demonstraram ser adequadas para este estudo, que aborda a estrutura de uma família com sobrecarga do cuidador. A investigação respeitou a dinâmica familiar em estudo, possibilitando uma escuta mais empática, o que facilitou o acolhimento entre pesquisadores e pesquisados.

A construção do Genograma e do Ecomapa com base no discurso de apenas dois integrantes da família, devido ao déficit de comunicação dos demais membros, e a falta de visualização dos participantes após as figuras prontas, podem ter suprimido divergências com as informações verbalizadas e demonstradas. No entanto, evidenciou-se que há necessidade de construção de outras figuras para diferentes fases da família, a fim de explicitar as modificações vivenciadas ao longo do tempo. Estas ferramentas facilitaram a visão do contexto psicossocial, a situação das pacientes e a sobrecarga do cuidador, ampliando a detecção de situações de vulnerabilidade, conflituosas e problemáticas. Também permitiram identificar os relacionamentos do paciente e dos membros de sua família com os sistemas comunitários, para, assim, avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e utilizados por eles, o que corrobora os achados de Ditterich, Gabardo e Moysés (2009).

Na rede social analisada pelas ferramentas, identificaram-se baixos ou inexistentes fluxos de energia compartilhados com igreja ou grupos religiosos, escolas, grupos de convivência ou contato com vizinhança, vivenciados em áreas de lazer, atividades culturais e esportivas. Propõe-se enfrentar esta fragilidade com oficinas terapêuticas com familiares, vizinhos e equipe de saúde, por meio de artesanatos, atividades físicas em ambiente aberto ou mesmo de alongamento durante as visitas domiciliares, busca de oportunidade de trabalho, de esporte e lazer junto à comunidade, o que pode favorecer a cidadania e ressocialização do cuidador e dos por ele cuidados. Para Moimaz *et al.* (2011), a confecção dos ecomapas possibilita situar as famílias acompanhadas e suas relações dentro da comunidade. Para ele, uma família com poucas conexões com a comunidade e entre seus membros

necessita de maior investimento dos profissionais de saúde, em busca da melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida.

Cuidar da saúde tanto dos portadores de doenças crônicas incapacitantes, quanto de seus cuidadores, envolve um amplo trabalho em equipe multiprofissional. Uma assistência sistematizada deve ser estabelecida para que paciente, família e comunidade participem do plano de cuidado. Informações adequadas devem ser passadas a cada momento de interação entre equipes de saúde e família, visando dirimir incoerências na assistência domiciliar, em condição dialógica, podendo ser concentradas e ampliadas em oficinas e trabalhos em grupo (DIANA, 2014).

A ESF possui especial relevância num cenário de novas práticas em saúde, quando compartilha princípios como noção de território, organização da atenção à saúde em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização e promoção da cidadania dos usuários, orientando sua atuação a partir do contexto familiar e da continuidade do cuidado, e filiando-se a uma lógica de rede assistencial (BRASIL, 2004).

Destaca-se a importância da proposição desta atividade pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família. É premissa desse programa que os mestrandos estejam inseridos no campo da prática, trabalhando com os sistemas de saúde, com clientela adstritas e considerando o grande dinamismo ao qual os territórios e comunidades estão sujeitos. A organização das atividades dentro do território ocorre de forma processual e gradativa, estabelecendo vínculos com familiares e pacientes assistidos, procurando minimizar resistências que possam surgir. Deve-se ampliar as oportunidades para as famílias assistidas, detectando os problemas e quais recursos acessíveis para solucioná-los.

Mesmo inseridos na ESF, os mestrandos passam a olhar suas realidades sob novas perspectivas durante o processo de aprendizagem, tornando-se mais conscientes das inúmeras dificuldades que a população atendida experimenta, o que implica empatia e uma fonte de sofrimento para si. A contextualização das condições de vida da família em estudo, ampliou a percepção de suas necessidades em saúde e as possibilidades de assistência, como também o exercício de desnaturalizar na equipe assistencialista a visão de que tais circunstâncias são imutáveis. Para Vecchia e Martins (2009), os profissionais encontram-se muitas vezes sensibilizados por ouvir as necessidades das pessoas sem poder dar encaminhamento ou solução para determinadas demandas verificadas no cotidiano do trabalho. É preciso estar, portanto, aberto para outros recursos de cuidados, o que contribui para uma percepção mais ampliada da assistência de acordo com a singularidade de cada família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família de que cuidou este estudo encontra-se em condições de vulnerabilidade extrema, mesmo com apoio relativamente adequado da Atenção Primária à Saúde do município pesquisado.

A relevância deste estudo mostra-se ao evidenciar que lidar com famílias exige compreensão e habilidade para explorar as estruturas familiares, com o intuito de elaborar uma estratégia singular para cada uma delas, facilitada pelas ferramentas utilizadas. Após a utilização das ferramentas de avaliação, constatou-se que, neste caso, o cuidadoracha-se sobrecarregado, necessitando de fortalecimento de vínculos com a comunidade e com os profissionais que auxiliam no cuidado aos familiares/doentes. As ferramentas permitiram, de modo adequado, atingir o objetivo de analisar a representação estrutural da família de um cuidador em conflitos familiares e comunitários, e de demonstrar quanto é essencial conhecer a família, seus membros, suas linhas de poder e decisão, a forma como vivenciam o processo de saúde e doença, seus recursos, seus suportes, tanto financeiros quanto emocionais, além de apoios institucionais.

A família parece viver um contexto de desassistência pelos serviços de apoio à Saúde Mental. Neste ponto reside a maior fragilidade da família com a Rede de Assistência à Saúde. Dois temas identificados podem resultar em melhoria do cuidado: o fortalecimento da atenção primária no apoio à família e um melhor manejo e engajamento do CAPS às portadoras de sofrimento mental e ao cuidador-índice, usuário de álcool e drogas, por meio de um Plano Terapêutico Singular.

A utilização do Genograma e Ecomapa no presente caso não se mostrou eficaz para ajudar a família na resolução de conflitos, porém promoveu melhora na comunicação e convivência entre os seus membros e os profissionais envolvidos, proporcionando propostas de soluções. A redistribuição de tarefas domiciliares minimizou a sobrecarga do cuidador-índice, assim como diminuiu desentendimentos e discussões com a segunda cuidadora, melhorando a harmonia familiar. A criação de vínculos por meio de uma assistência mais humanizada poderá reduzir parte dos conflitos identificados.

AGRADECIMENTOS

À RENASF, FIOCRUZ e UVA.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: MS, 2004.

CASTRO, E. A. B. *et al.* Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2016-0002, 2018.

DIANA, P. M. C. **Uso do Genograma e Ecomapa como instrumentos de abordagem familiar**: relato de experiência em cidade da região metropolitana de Belo Horizonte. 2014. 34 p. (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSES, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 515-524, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/15.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2018.

LANA, L. D.; SCHNEIDER, R. H. Síndrome de fragilidade não avançada: uma revisão de revisão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 673-680, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00673.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2018.

LINO, V.T.S. *et al.* Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 1-14, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00060115.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2018.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl.1, p. 965-972, 2011.

MONTEIRO, E. A.; MAZIN, S. C.; DANTAS, R. A. S. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 364-370, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0421.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 211-220, 2014.

PAZETO, T. C. B. *et al.* Síndrome de Rett: artigo de revisão. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 13, n. 2, p. 22-34, 2013.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em debate**. v. 42, número especial 2, p. 145-158, 2018.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepção dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p.183-193, 2009.

VIDIGAL, F. C. *et al.* Satisfação em cuidar de idosos com Alzheimer: percepções dos cuidadores familiares. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 768-775, 2014.

DOI: 10.37158/ed.uva.199620191-p.40-48

A LINHA DE VIDA DE MEDALIE COMO FERRAMENTA DE ABORDAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Magda Almeida Freire; Francisca Nataiane Maciel Lima;
Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva; Eliany Nazaré Oliveira;
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes



INTRODUÇÃO

A chegada da senilidade geralmente vem acompanhada de uma série de modificações orgânicas, sociais, psicológicas e culturais que podem levar ao declínio das capacidades funcionais e a alterações no funcionamento fisiológico dos órgãos e sistemas, processo no qual o indivíduo se torna mais predisposto a ter doenças devido à perda de reserva funcional (VAN ANCUM, 2017).

É muito importante para o idoso que ele esteja inserido em um ambiente saudável com o cuidado de familiares e pessoas próximas para superar as dificuldades e limitações que surgem com o avanço da idade. A família é vista como a dimensão mais importante do ambiente social dos pacientes (LACERDA *et al.*, 2017).

A abordagem familiar é considerada uma importante estratégia de cuidado utilizada na atenção primária. É essencial para o conhecimento da estrutura da família, identificação de fragilidades e limitações, bem como é útil para entender como se organiza diante do enfrentamento de problemas, enfermidades e situações de difícil manejo (TAKENAKA; BAN, 2016).

Para atuar sobre um sistema familiar é necessário estabelecer vínculos com seus membros sendo fundamental a utilização de ferramentas que permitam conhecer toda a família para assim, se propor a intervenção adequada. O uso de ferramentas de abordagem familiar exige estratégias que visam estreitar as relações entre os profissionais e as famílias, a fim de conhecer bem cada indivíduo e suas relações com a família e a sociedade (MONTEIRO *et al.*, 2014).

A linha de vida de Medalie é uma importante ferramenta que permite a avaliação do desenvolvimento familiar. Para tal, lista as ocorrências que sucederam a um determinado indivíduo, num período da sua vida familiar e o impacto que provocaram, correlacionando cronologicamente os acontecimentos vitais e os problemas de saúde da sua família (MARTINS, 2012).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo de caso foi analisar a dinâmica familiar de uma idosa acompanhada pela Estratégia Saúde da Família do município de Sobral, à luz da linha de vida de Medalie.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de caso, descritivo, com abordagem qualitativa, que ocorreu na Estratégia Saúde da Família do município de Sobral e teve como sujeito uma família de nove membros, sendo o caso índice uma idosa de 85 anos. Transcorreu no período de maio a junho de 2018.

O acompanhamento da família em estudo se deu a partir de uma atividade realizada durante o módulo de Atenção Integral à Saúde da Família do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). O critério de escolha

dos participantes foi: constituir uma família que fosse acompanhada pelo CSF que vivenciasse dificuldades/necessidades no contexto familiar.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: análise do prontuário familiar que ocorreu no Centro de Saúde da Família do bairro Junco para avaliação prévia do histórico de saúde da paciente e em seguida a realização de duas visitas domiciliares para colher informações sobre a história de vida da idosa e de seus familiares por meio de uma entrevista semiestruturada.

Foi utilizada como ferramenta de abordagem familiar a linha de vida de Medalie. Nesta, são analisadas as transformações progressivas da história familiar durante as fases dos ciclos de vida, sendo importante para isso considerar sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o desenvolvimento de patologias, o nascimento e a morte (SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009).

Foram considerados os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, e os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e consentimento pós-informado para participação em estudo científico, além do Termo de Autorização de Uso de Imagem.

RESULTADOS

O caso

T. M. A., sexo feminino, casada, não alfabetizada, aposentada, mãe de doze filhos, sendo cinco falecidos. É natural do município de Sobral, religião católica, restrita ao lar, dependente para realização das atividades de vida diárias. Tem diagnóstico médico de mal de Parkinson, DPOC e depressão, antecedentes de hipertensão, tabagismo, comportamento de autoagressividade e contato com paciente diagnosticado com tuberculose.

Não se alimenta adequadamente, apresentando episódios recorrentes de tontura, fraqueza e desidratação. Foi classificada como risco alto na estratificação de risco em saúde mental, manifestando sintomas depressivos e ansiosos. No momento faz uso apenas do medicamento Prolopa (½ comp de 8/8 horas) para o mal de Parkinson. Abandonou o tratamento para depressão e HAS, pois ela estava apresentando episódios de hipotensão.

É a matriarca de uma família de nove membros, composta por seu companheiro e seus sete filhos, sendo cinco do sexo masculino e dois do sexo feminino. Atualmente, reside com o esposo J. P. L., 91 anos, e os filhos P. S. P. L., 53 anos, e F. P. L., 51 anos.

A renda familiar é proveniente da aposentadoria dos idosos, a casa é própria, composta por três cômodos (sala, quarto e banheiro) e um corredor, em condições precárias de higiene e saneamento.

Os cuidados com os idosos são realizados pelas filhas e netas. A dinâmica familiar é marcada por conflitos devido ao uso abusivo de álcool pelo filho, que manifesta comportamento agressivo com os pais quando se encontra alcoolizado.

Linha de vida de Medalie

LINHA DE VIDA DE MEDALIE					
DATA	ETAPA/CRISE	DATA	PROBLEMA		
1933	Nascimento				
1942	Convivia com os pais fumantes	1943	Iniciou o tabagismo		
1949	Casou-se (morava na cidade de Alcântaras)				
1958	Nascimento do terceiro filho (mudou-se para Sobral, próximo ao açude Cachoeiro)				
1959	Casa é incendiada e família perde todos os bens materiais, mudando-se posteriormente para uma casa cedida por um familiar, próxima ao mercado central.				
1969	Seis anos após o nascimento da quarta filha, família mudou-se para o bairro do Junco.				
1972	O filho M.P.L. começou a usar bebida alcóolica				
1983	O filho P.S.P.L. começou a usar bebida alcóolica				
1985	O filho F.P.L. iniciou a vida alcoolista				
2006	Filho F.P.L. é diagnosticado com tuberculose e abandona tratamento			2006	Constava no prontuário tratamento para HAS
				2010	História de DPOC
		2012	Cessou o tabagismo		
2013	Esposo sofreu acidente automobilístico	2013	Pico hipertensivo		

2014	Histórico de violência contra o idoso P.S.P.L. foi diagnosticado com tuberculose e abandonou o tratamento, concluindo-o apenas em 2015.		
2015	Esposo sofreu queda da própria altura, necessitando de cirurgia neurológica	2015	Início de sintomas depressivos e doença de Parkinson
2016	Persistência dos conflitos familiares devido ao uso de álcool	2016	Abandona o tratamento de HAS
2017	Morte do filho por alcoolismo	2017	Abandona o tratamento antidepressivo; Piora dos sintomas depressivos; Durante visita domiciliar, médica da UBS retorna tratamento para HAS e depressão.
2018	Queda da própria altura com fratura de ombro	2018	Abandonou o tratamento para HAS e depressão; Diminuição da capacidade funcional.

DISCUSSÃO

De acordo com a Linha de Vida de Medalie, identificou-se a associação de acontecimentos negativos no curso da história de T.M.A com o desenvolvimento de patologias. Relacionamentos familiares harmoniosos trazem benefícios para a saúde dos idosos, enquanto que relações conflituosas podem prejudicar e trazer consequências irreparáveis para a vida deles.

Segundo Rabelo e Neri (2015), um funcionamento familiar harmonioso influencia as respostas às demandas do idoso e o cumprimento de funções essenciais de suporte de que ele necessita. Os apoios familiares podem atuar positivamente sobre a saúde física e mental dos idosos, pois favorecem o enfrentamento, de problemas, fortalecem o sistema imunológico e contribuem para o senso de controle, para o bem-estar psicológico e para a satisfação com a vida.

Prosseguindo a análise dos dados, constatou-se que a convivência com o pai e a mãe fumantes teve forte influência para que T.M.A. iniciasse tabagismo precocemente. Malcon (2002) reforça que

pais fumantes atuam como modelos para que crianças e adolescentes iniciem o uso do tabaco, pois a família se constitui como o primeiro ambiente social do indivíduo, sendo, portanto, responsável pela construção da sua personalidade.

Após 67 anos de uso do tabaco, T.M.A. é diagnosticada com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Entre as seis principais causas de morte relacionadas ao tabaco, a DPOC é a primeira delas que, apesar de uma queda acentuada nos últimos 25 anos, ainda é responsável por mais óbitos que todas as formas de câncer relacionados ao tabaco juntas (JOSE *et al.*, 2017).

Entre os anos de 1972 e 1985, os três filhos de T.M.A iniciaram precocemente o consumo de álcool, acarretando histórico de agressão física e psicológica por parte de um deles, no ano de 2014. Foram identificados vários registros no prontuário familiar de intervenções por meio de visitas domiciliares do CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Garbin *et al.* (2016) definem que a violência é determinada como um ato único ou frequente, gerando agravos ou desgosto a uma pessoa de idade avançada. Os maus tratos, o abandono, a agressão psicológica e a negligência são atitudes que deixam marcas tão profundas como as marcas no corpo, e pior, elas não podem ser apagadas (AGUIAR *et al.*, 2015).

No ano de 2015, após a queda do esposo da própria altura, o que levou a idosa ao desenvolvimento de um quadro intenso de preocupação, associado aos conflitos familiares já existentes, ela iniciou os sintomas depressivos. Estima-se que 48,9% da população idosa no Brasil sofrem de mais de uma doença crônica e, destas, a depressão alcança o percentual de 9,2% do total, realidade que se agrava devido à multiplicidade de manifestações, conceituação e difícil diagnóstico (NASCIMENTO; BRITO; SANTOS, 2013).

A depressão é considerada um transtorno afetivo que provoca alterações mentais, cognitivas e distúrbios de humor. Caracteriza-se pela junção de sintomas que podem perdurar por anos, interferindo, de maneira significativa, na vida do indivíduo (NÓBREGA *et al.*, 2015).

Segundo Silva (2015), a família propicia aportes afetivos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes, desempenha um papel decisivo na educação formal e informal. É na família que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade.

Outro fator importante que contribuiu significativamente para a piora do quadro depressivo da idosa foi o óbito do filho alcoolista que ocorreu em 2017, no próprio domicílio. Este acontecimento desequilibrou a rotina da família, fazendo com que T.M.A abandonasse o tratamento antidepressivo, agravando ainda mais o seu quadro.

O peso emocional das experiências negativas acumuladas pode levar a um humor deprimido, o que, embora possa ser apenas uma reação normal a eventos como o luto, também pode ser uma

característica da depressão. (PHILIPPS *et al.*, 2017).

No ano de 2018, a idosa sofre queda da própria altura, fraturando o ombro esquerdo, diminuindo sua capacidade funcional e tornando-se dependente para as atividades de vida diárias, o que acarretou sentimento de invalidez e profunda tristeza, por não conseguir organizar sua casa e sua rotina de vida, agravando o quadro depressivo, com episódios de ansiedade, insônia e choro fácil.

A complexidade das alterações funcionais, emocionais e morfológicas reflete em dificuldades para a realização de atividades diárias (autocuidado, execução de tarefas simples, responsabilidade sobre próprios atos) e leva a pessoa afetada a uma condição de sofrimento e de pensamentos de inutilidade (SILVA *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de família é uma boa ferramenta, pois permite uma análise biopsicossocial bem como uma visão holística do paciente-índice. O instrumento utilizado tornou possível conhecer os conflitos familiares, percepção do processo de saúde e doença, suporte, tanto financeiro quanto emocional, e possibilitou reconhecer os pontos fracos a serem corrigidos ou minimizados, por meio de planos de intervenção.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família consiste em um método que possibilita a integração e promove a organização das atividades em território definido, com o objetivo de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas. Espera-se dessa forma que os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família sejam capazes de determinar a estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família, bem como as funções e papéis exercidos pelos indivíduos, compreendendo assim a dinâmica familiar.

A importância das redes de atenção à saúde fica evidente no momento em que se constata que a família estudada percorre diversos serviços de saúde (CAPS AD, CREAS, CEM), sendo fundamental a integração e comunicação desses serviços para elaboração de plano de cuidados, tendo o Centro de Saúde da Família como coordenador da atenção.

Percebeu-se com este estudo a necessidade de um planejamento de ações com novas abordagens que potencializem o cuidado do idoso por meio da prática colaborativa que envolve equipe, família e redes de apoio social, a partir da sensibilização para compreensão da magnitude da influência dos conflitos familiares na vida do idoso. É necessário buscar compreender a origem dos problemas para que se possa intervir de forma eficaz e positiva, alcançando resultados satisfatórios para a saúde e família dos idosos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. P. C. *et al.* Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 343-349, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127739655022>. Acesso em: 9 set. 2018.
- GARBIN, C. A. S. *et al.* Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 87-94, 2016.
- JOSÉ, B. P. S. *et al.* Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 75-89, 2017.
- LACERDA, M. K. S. *et al.* Ferramentas de abordagem familiar: estudo de uma família cadastrada em uma equipe de estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 7, n.1, p. 25-34, 2017.
- MALCON, M.; MENEZES, A. M. B. Tabagismo na adolescência. **Pediatria**, v. 24, n. 3/4, p. 81-82, 2002.
- MARTINS, H. F. S. **Relatório de medicina geral e família**. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. 2011-2012.
- MONTEIRO, G. R. S. S. *et al.* Conhecimento, atitude e prática dos profissionais da atenção primária sobre ferramentas de avaliação familiar. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 23-30, 2014.
- NASCIMENTO, D. C.; BRITO, M. A. C.; SANTOS, A. D. Depressão em idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. **Journal of Management & Primary Health Care**, 2013.
- NÓBREGA, R. A. P. *et al.* Factors associated with depression in institutionalized elders: integrative review. **Saúde em debate**. v. 39, n. 105, p. 536-550, 2015.
- PHILIPPS, C. Lifestyle Modulators of Neuroplasticity: How Physical Activity, Mental Engagement, and Diet Promote Cognitive Health during Aging. **Neural Plasticity**, 2017.
- RABELO, D. F.; NERI, A. L. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 507-519, 2015.

SILVA, L. S.; BOUSSO, R. S; GALERA, S. A. F. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 530-534, 2009.

SILVA, J.A. *et al.* Avaliação da capacidade funcional de idosos. **Educación Física y Deportes, Revista Digital**, v. 19, n. 202, 2015.

SILVA, D. M. *et al.* A estrutura da representação social de família para idosos residentes em lares intergeracionais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 1, p. 21-26, 2015.

TAKENAKA, H.; BAN, N. The most important question in family approach: the potential of the resolve item of the family APGAR in family medicine. **Asia Pacific Family Medicine**, 2016.

VAN ANCUM, J. M. *et al.* Change in muscle strength and muscle mass in older hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. **Experimental Gerontology**, v. 92, p. 34-41, 2017.

ABORDAGEM FAMILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM A UTILIZAÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA

Natália Reis de Carvalho; Catarina de Vasconcelos Pessoa;
Marcionília de Araújo Lima Neta; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto;
Eliany Nazaré Oliveira; Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes; Andréa Carvalho Araújo Moreira



INTRODUÇÃO

A família é um espaço de cuidados reconhecido naturalmente e o ambiente que determina diretamente o desenvolvimento biopsicossocial de seus integrantes (MONTEIRO *et al.*, 2016). A abordagem familiar é um dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e remete à necessidade de a equipe de saúde conhecer os membros da família, sua dinâmica, problemas (STARFIELD, 2002). A família se constitui um elemento de gestão do cuidado e de prática diagnóstica e terapêutica, pois permite o conhecimento das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Os processos familiares podem funcionar como estímulos à vulnerabilidade social de seus membros em momentos de crise (WALSH, 2005). No entanto, considerar apenas o microsistema familiar como recurso torna-se reducionista, pois são os recursos dos diferentes contextos associados à família que poderão compor o ambiente ecológico de adaptação dos indivíduos. Estas interações no contexto podem aumentar ou diminuir o impacto de fatores de risco (JULIANO; YUNES, 2014). A rede de apoio social é considerada um dos principais aspectos determinantes para a resiliência (BRITO; KOLLER, 1999; YUNES, 2003). Possuir uma rede disponível para auxiliar na superação de crises que inevitavelmente ocorrerão ao longo da vida é fator de proteção para o desenvolvimento dos membros da família.

A rede de apoio social atribuída aos profissionais da ESF pode ajudar a família no contexto do cuidado e de suas vulnerabilidades. As ferramentas de trabalho com famílias, também conhecidas como ferramentas saúde da família, são tecnologias relacionais, oriundas da Sociologia e da Psicologia, que visam estreitar as relações entre profissionais e famílias, promovendo a compreensão em profundidade do funcionamento do indivíduo e de suas relações com a família e a comunidade (SILVEIRA FILHO, 2007). Dentre as ferramentas de avaliação usadas na atenção primária pelas equipes estão o genograma e o ecomapa, instrumentos existentes na prática da ESF, oferecendo possibilidades de conhecimento e intervenção no âmbito de cada família, no relacionamento, na integridade e na subjetividade familiares.

O genograma e o ecomapa são instrumentos rotineiramente utilizados por profissionais de diversas áreas, principalmente para a compreensão de processos familiares. O genograma é uma representação gráfica da composição familiar. O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e auxilia na avaliação dos apoios disponíveis e a sua utilização pela família. O genograma e o ecomapa são instrumentos valiosos, pois se constituem recursos para avaliar a composição familiar e as interações que ocorrem entre os membros da família e fora dela (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

A família é o mais consistente apoio social do sujeito, já que existe uma explícita interdependência entre os elementos familiares. Essas relações são geralmente recíprocas, seguindo um mesmo padrão repetitivo, por isso esse instrumento de coleta e registro de dados, a fim de integrar

a história biomédica e psicossocial do sujeito, se faz tão importante para conhecimento da rede familiar (REBELO, 2007).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo geral: descrever a representação estrutural da família a partir do genograma e do ecomapa, no contexto de vulnerabilidade socioeconômica e com baixa adesão ao tratamento de câncer de pele; e como objetivo específico: compreender, por meio do genograma e ecomapa, os agravos que mais acometem a saúde da família e como estes podem ser utilizados para identificar os fatores de risco e possibilitar a criação de medidas assistenciais de prevenção e promoção da saúde, bem como as relações dos serviços dos equipamentos com a comunidade, na estrutura da rede social de suporte e o efeito que ela gera na família segundo a percepção de seus membros.

METODOLOGIA

Durante a vivência do módulo Atenção Integral à Saúde da Família do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), surgiu a proposta de desenvolver este estudo de caso com uma família, que foi selecionada durante reunião da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Por se encontrar em situação de risco e vulnerabilidade no território.

O cenário do estudo foi o território da ESF de Mangue Seco, localizado na zonal rural de Jijoca de Jericoacoara, Ceará. Trata-se de uma comunidade com muitas famílias vulneráveis, em situação de pobreza, elevado índice de prostituição, domicílios precários, alta taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos, desemprego. Eis o contexto do caso em questão. Após a seleção da família, foi realizada consulta das fichas de cadastro domiciliar e individual do e-SUS Atenção Básica e de prontuário familiar para a coleta de informações relevantes sobre o histórico de saúde de seus integrantes.

Posteriormente, foi realizada visita ao lar para avaliação *in loco* com a aplicação das ferramentas de abordagem familiar: genograma e ecomapa.

O genograma é uma representação gráfica da composição familiar e dos relacionamentos básicos em, pelo menos, três gerações, elaborada por meio de símbolos. Ele permite, de uma forma rápida e clara, visualizar quais são os membros que constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não, identificando a idade, a ocupação, a profissão e a escolaridade de cada pessoa, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar (CASTOLDI; LOPES; PRATI, 2006).

Pode ser utilizado como instrumento importante na caracterização e cadastramento dos grupos familiares na Estratégia de Saúde de Família (ESF), com vistas ao trabalho de promoção à saúde da comunidade e prevenção de agravos. Além disso, permite uma visualização do processo de adoecer e das principais enfermidades que acometem os membros familiares, facilitando o plano terapêutico e permitindo à família uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento de suas doenças (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Quanto ao ecomapa, este é uma ferramenta muito útil na coleta de dados e indica a realidade do elo “família, meio onde vive e rede de saúde” (SANTOS *et al.*, 2017).

Esse instrumento tem como objetivo avaliar as relações estabelecidas com o meio social e ter uma visão gráfica do sistema ecológico de uma determinada família, usuário ou serviço. Para isso, utiliza diferentes representações gráficas para traçar a força e tipo de vínculos estabelecidos com a rede social existente, envolvendo família, amigos, recursos comunitários, serviços de saúde, etc (COSTA *et al.*, 2016).

Em relação às questões éticas, os participantes foram informados dos objetivos e das etapas do estudo. Foi assegurado o direito de privacidade, sigilo, acesso aos dados ou quaisquer outras informações a respeito da pesquisa, bem como a liberdade de retirar-se do estudo, se assim lhes convier. Em seguida, assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

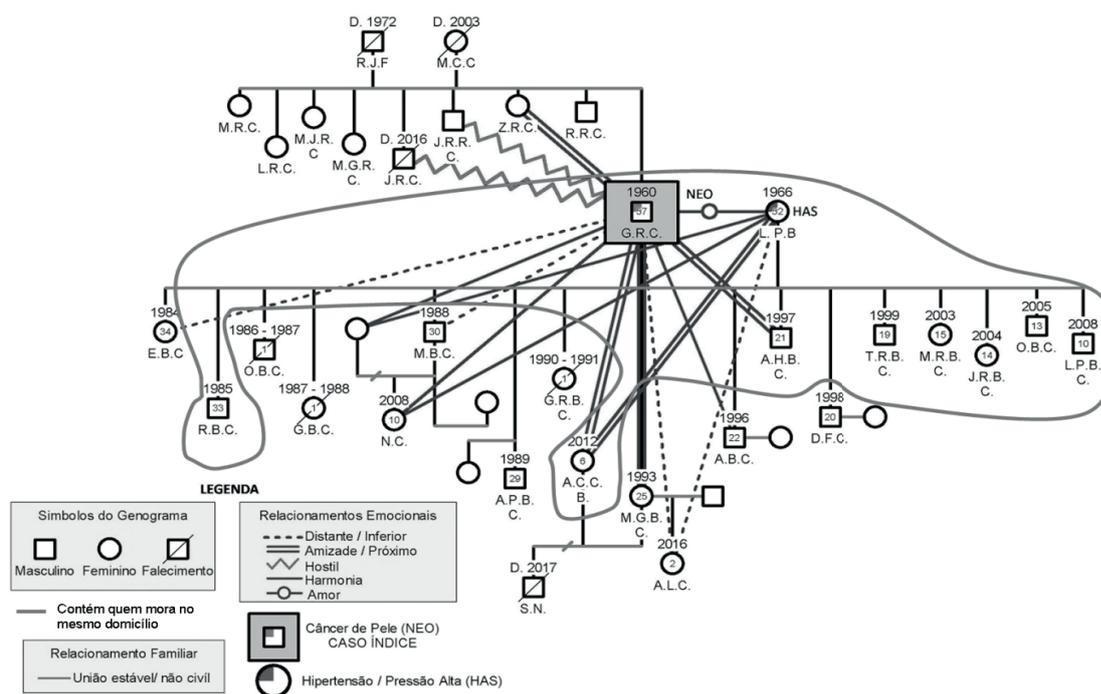
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Cada família se estabelece a partir de uma organização estrutural singular, por meio de definições de papéis, normas e regras dentro das redes de relações entre seus membros, que podem se reestruturar durante contextos desfavoráveis. O genograma construído a partir do caso índice possui representação de quatro gerações e das relações mais relevantes para a família. É possível observar que as relações mais representadas foram de harmonia, amizade e amor, existe uma forte rede de apoio familiar que inclui alguns filhos, durante os períodos mais críticos do carcinoma.

A construção do genograma permitiu a identificação da dinâmica familiar e da afetividade existente entre os membros, uma grande potencialidade dessa família, que é frequentemente utilizada no enfrentamento dos momentos de crise.

O familiar-índice é masculino, 57 anos, agricultor, analfabeto, em acompanhamento para câncer de pele recorrente (carcinoma basocelular infiltrativo). Atualmente vive com a companheira com quem teve 16 filhos. É hipertenso, mas não adere ao tratamento corretamente. Vive em baixas condições de saneamento.

Embora existam algumas relações conflituosas na família, prevalecem a amizade e a potencialidade afetiva e comunicativa, evidenciadas durante as visitas. Analisando-se os equipamentos de uso no território, ressaltam-se a unidade de saúde, a escola, a igreja e a vizinhança.

Figura 1. Genograma da Família de G.R.C (caso-índice).

Fonte: Própria.

A irmã e a neta do familiar-índice foram citadas várias vezes como alternativa de suporte no cuidado e têm um ótimo relacionamento com a família.

As relações distantes referem-se aos filhos residentes em São Paulo, que por isso não são muito participativos no cotidiano da família, mas prestam apoio esporádico em caso de crise. Foram citadas duas relações conflituosas, de dois irmãos, um já falecido e outro que mora na mesma comunidade. Ambos os conflitos envolveram questões relativas à divisão da herança entre os filhos após a morte da mãe há quinze anos.

Segundo Rebelo (2007), o genograma permite conhecer o indivíduo em seu contexto familiar e a influência da família em sua vida; conhecer as doenças mais frequentes na família e o seu padrão de repetição, possibilitando ações efetivas de promoção de saúde nos seus descendentes; além de permitir ao profissional conhecer e explorar junto aos familiares suas crenças e padrões de comportamento. Tem valor não só diagnóstico, como também terapêutico. E, finalmente, avalia até que ponto o padrão de relacionamento é saudável ou não.

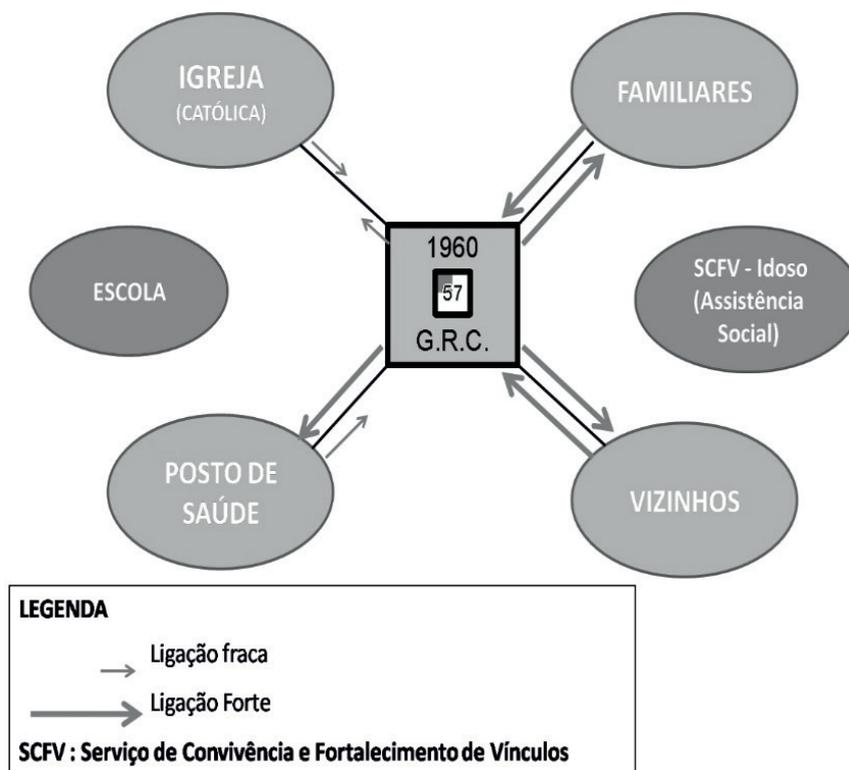
Para trabalhar com famílias, deve-se ter em mente que é necessário desenvolver competências, adotar postura aberta, demonstrando o desejo de se vincular à ela. É importante respeitar as regras familiares, perceber as hierarquias e estimular a comunicação entre seus membros. Deve-se entender a estrutura da família, seu desenvolvimento, seu funcionamento e os recursos que a apoiam. Esse diagnóstico vai contribuir para um planejamento de ações que realmente contribuam na busca da superação da realidade encontrada. Na utilização das ferramentas de abordagem das famílias, por

vezes a equipe enfrenta o desafio de construir uma prática na qual o usuário e a população participem do trabalho em equipe. Não se pode pensar em políticas públicas sem falar em parceria com a família. Contudo, demanda-se um processo educativo e participativo, para que desta forma se possa pensar na promoção da saúde e na qualidade de vida das comunidades e famílias.

O genograma é um instrumento que ordena as informações de forma prática, permitindo o cuidado da saúde centrado na família. Pode ser adotado pela equipe de saúde como uma forma de abordagem familiar capaz de fortalecer o vínculo entre a equipe e a população assistida, além de possibilitar uma melhor compreensão e apreensão do contexto familiar (NICHIAITA; FRACOLLI, 2001). O genograma demonstra os dados relevantes da família, podendo revelar informações que definem sua história de vida, bem como a composição da estrutura interna (SOUZA FILHO; MAINBOURG; SILVA, 2017).

Os principais equipamentos do território utilizados pelo caso-índice são, em ordem de importância, o Posto de Saúde e a igreja, e um forte vínculo com os familiares e os vizinhos que moram na mesma comunidade.

Figura 2. Ecomapa do caso-índice.



Fonte: Própria.

Quando analisamos o ecomapa, há a inclusão da escola, onde estudam os quatro filhos mais novos do casal e a neta, com forte vinculação com a família. A unidade de saúde presta-lhe um cuidado fragmentado, mas até então utiliza maciçamente o serviço. L.P.B. contribui para o fortalecimento de

vínculos com a igreja e mesmo que fracos, com o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos da Assistência Social. O vínculo com os vizinhos e familiares continuam fortes, configurando-se a principal rede de apoio familiar no território.

A descrição das relações familiares e sociais constantes no ecomapa permite que os profissionais tenham uma visão ampliada dos vínculos e das relações sociais que a família apresenta, demonstrando como os recursos externos influenciam na resolução e enfrentamento dos problemas.

Construir os instrumentos genograma e ecomapa foi uma iniciativa que facilitou a comunicação com a família, permitindo o processo do vínculo para a coleta de informações, que aconteceram de forma contínua, conforme a ordem dos acontecimentos. Neste processo de construção, é importante fazer com que os membros da família tenham confiança nos profissionais que estão na coleta e repassem as informações de forma fidedigna.

As ferramentas são importantes para se compreender melhor o processo de saúde-doença nas famílias, a situação dos seus membros e suas relações não apenas dentro da família, mas também com as demais famílias com quem convivem e estabelecem suas redes de apoio. Por ser um instrumento voltado à abordagem familiar permitem à equipe de saúde acompanhar a família e seus membros ao longo de suas vidas, propiciando a definição de ações preventivas capazes de promover a saúde.

Destaca-se a possibilidade de o profissional da equipe de Saúde da Família que os utiliza abordar e conhecer o modo como a família se organiza para o cuidado, de modo que ela se sinta participante do processo de coleta de informações no que tange à estrutura familiar, cultura, ciclo de vida e relações. A sua utilização requer retomadas dinâmicas, conhecimento das condições de vulnerabilidade e enfrentamento, acolhimento, ajuda e suporte social, valorizando a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Além disso, a participação da família na resolução dos problemas de saúde pode acelerar o tratamento e torná-lo menos dispendioso aos serviços de saúde (FALCETO; FERNANDES; WARTCHOW, 2004). Dessa forma, é essencial a compreensão da família como a mais constante unidade de saúde para seus membros, pois seu funcionamento refletirá na forma como as necessidades de seus membros são atendidas, pautadas em conhecimento e familiaridade com rotinas de cuidado (ANGELO; BOUSSO, 2001).

Para compreensão da dinâmica familiar em todo seu contexto, têm sido muito utilizadas as abordagens dos sistemas familiares como unidade de cuidado, pois compreende interações entre todos os membros inseridos na família (MUSQUIM *et al.*, 2013). Sendo assim, o genograma e o ecomapa são ferramentas muito úteis na coleta de dados no momento da consulta de enfermagem. O genograma permite identificar a história pregressa do paciente e da família em diferentes gerações, já o ecomapa indica a realidade do elo “família, meio onde vive e rede de saúde” (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Para a utilização do genograma e ecomapa é necessária a construção de um gráfico que proporcione um entendimento das relações interpessoais, grau de parentesco, laços afetivos, doenças, causa de morte nos familiares, dados mais amplos como: a religião, lazer, escola, a rede de atenção à saúde e a economia. Isso é possível pela visualização de símbolos e códigos padronizados que são introduzidos durante a confecção do gráfico, favorecendo a visualização da dinâmica familiar e das relações entre os membros (CORREIA, 2017).

A condição humana é comum a todos, portanto se faz necessário o respeito ao ideal de toda pessoa por uma vida melhor, e o apoio a todo esforço em prol do alcance do completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas pela ausência de doença. Por intermédio dos cuidados integralizados, pode-se diminuir consideravelmente a carga global dos transtornos mentais, proporcionando melhor qualidade de vida a milhares de pacientes e às suas famílias. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação da proposta de aplicação de ferramentas para abordagem familiar pelos profissionais e trabalhadores que atuam junto às famílias pressupõe mudanças no seu processo de trabalho e nas relações que mantêm com outros profissionais e, sobretudo, nas relações que mantêm com os usuários do sistema e com a população. O conhecimento capaz de fundamentar o cuidado deve ser construído numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana.

A aplicação destes instrumentos possibilitou informações sobre a família e suas relações entre si e com a comunidade, constituindo-se uma ferramenta para ordenar as informações importantes, de forma prática, para o cuidado da saúde centrado na família.

A partir da experiência proposta pelo Mestrado em Saúde da Família, percebeu-se que o genograma e o ecomapa são que podem ser adotados pela equipe como uma forma de abordar a família, de modo que esta se sinta participante do processo de cuidar. Também possibilitam conhecê-la no que tange à sua estrutura, cultura, ciclo de vida, relações e inter-relações, compreendendo toda a rede de apoio social que esta utiliza. Servem, ainda, para identificar as potencialidades e fragilidades da rede de atenção à saúde, e a equipe da ESF deve considerar o contexto familiar de seus usuários, a fim de não produzir um cuidado fragmentado ou um vínculo fragilizado.

A ESF caracteriza-se por sua atuação na comunidade, considerando o trabalho com a família e as relações sociais, econômicas e políticas que permeiam a realidade dos sujeitos.

O enfoque da promoção da saúde é de identificar e enfrentar determinantes do processo saúde-doença e utilizá-los a favor da saúde. Dentre as ações desenvolvidas está o processo de avaliação

em saúde, o qual propõe o desenvolvimento de autonomia dos sujeitos, a partir de um método de avaliação que priorize a participação e inserção do usuário nas atividades relativas ao próprio processo de avaliar, entendido como dialogal e emancipatório (BUSS, 2009).

Para realização de projetos eficazes de atenção integral, é necessário que o profissional de saúde tenha capacidade de escutar e de se sensibilizar com o sujeito e seu problema, responsabilizando-se pela vida do usuário. Dessa forma, se molda o estabelecimento de vínculos. Para que essa responsabilização ocorra, deve haver uma articulação com a rede de saúde, a fim de promover mudanças no sistema para garantir qualidade de vida dessas pessoas, conseguindo assim garantir um cuidado integral à saúde da população (SOUZA; RIVERA, 2010).

Por meio da representação estrutural da família, a partir do genograma e do ecomapa, no contexto de vulnerabilidade socioeconômica e da baixa adesão ao tratamento de câncer de pele, compreendem-se melhor os agravos que mais acometem a saúde da família, identificando os fatores de risco e possibilitando a criação de medidas assistenciais de prevenção e promoção da saúde, bem como as relações dos serviços dos equipamentos com a comunidade e no meio em que vivem na estrutura da rede social.

Atualmente, faz-se necessário ampliar as estratégias de abordagem familiar, para que o usuário consiga compartilhar suas experiências e vivências com a equipe de saúde e esta possa qualificar a atenção ao cuidado. Em muitos casos, ainda é um desafio a utilização de ferramentas que possibilitem o aprofundamento do conhecimento da família como um todo e da sua dinâmica de funcionamento. Entretanto, após sua aplicação, destaca-se a melhoria da qualidade de vida e saúde da família, fortalecimento dos vínculos entre seus membros e a definição de papéis para melhor funcionamento da dinâmica familiar.

AGRADECIMENTOS

À RENASF, FIOCRUZ e UVA.

REFERÊNCIAS

ANGELO, M; BOUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: Instituto Para o Desenvolvimento da Saúde (IPDP), Universidade de São Paulo (USP), Ministério da Saúde (MS) (Orgs.). **Programa de Saúde da Família - Manual de enfermagem**. São Paulo: IPDS/USP/MS/Fundação Telefônica, 2001. p. 14-17.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In:

- CARVALHO, A. M. **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-42.
- CASTOLDI, L.; LOPES, R. C. S.; PRATI, L. E. O genograma como instrumento de pesquisa do impacto de eventos estressores na transição família-escola. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 2, p. 292-300, 2006.
- CORREIA, R. L. O ecomapa na prática terapêutica ocupacional: uma ferramenta para o mapeamento das percepções sobre a participação nas redes sociais de suporte. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 1, n. 1, p. 67-87, 2017.
- COSTA, P. H. A. *et al.* O ecomapa como ferramenta na formação para o trabalho em rede no campo de álcool e outras drogas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2016.
- FALCETO, O. G.; FERNANDES, C. L. C.; WARTCHOW, E. S. O médico, o paciente e sua família. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIL-GLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas em atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014.
- MONTEIRO, G. R. S. S. *et al.* Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. **Aquichan**, v. 16, n. 4, p. 487-500, 2016.
- MUSQUIM, C. A. *et al.* Genograma e ecomapa: desenhando itinerários terapêuticos de família em condição crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 656-666, 2013.
- NASCIMENTO, L. C. *et al.* Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 211-220, 2014.
- NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 280-286, 2005.
- NICHIATA, L. Y. I.; FRACOLLI, L. A. O sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB como

um instrumento de trabalho da equipe no programa de saúde da família: a especificidade do enfermeiro. In: BRASIL. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 29-33.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Geneva: OMS, 2008.

REBELO, L. Genograma familiar: o bisturi do médico da família. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 23, n. 3, p. 309-317, 2007.

SANTOS, J. B. *et al.* Genograma e Ecomapa: Utilização no Processo de Cuidado na Estratégia de Saúde da Família. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**, 2017.

SILVEIRA FILHO, A. D. O uso das ferramentas de saúde da família na construção do cuidado em saúde. In: ARCHANJO, D. R. *et al.* **Saúde da Família na Atenção Primária**. Curitiba: IBPEX, 2007. p. 101-123.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010.

SOUZA FILHO, Z. A.; MAINBOURG, E. M. T.; SILVA, N. C. Genograma e ecomapa: representação estrutural da família no cuidado cotidiano das sequelas do AVC. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 2, p. 153-161, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, v. 8, p. 75-84, 2003.

CARACTERIZANDO UMA FAMÍLIA ALARGADA: O DESAFIO DE TECER VÍNCULOS E IMPLEMENTAR LINHAS DE CUIDADO

Ana Gerússia Souza Ribeiro Gurgel; Bruno Cavalcante Frota;
Francisco José Leal de Vasconcelos; Eliany Nazaré de Oliveira;
Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto



INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) trouxe ao centro da atenção à saúde nacional a abordagem familiar e comunitária, em substituição ao modelo anterior focado no indivíduo e na doença (FAUSTO, 2014). Com o êxito do PSF, programa que evoluiu para Estratégia Saúde da Família (ESF), prioriza-se esta nova política a reorientação do modelo de atenção, ocorrendo a ampliação do acesso, expansão da cobertura, e descentralização das ações, com impactos sobre a coordenação e continuidade do cuidado (MENDONÇA *et al.*, 2018; XIMENES NETO, 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta como um de seus atributos a centralidade do cuidado à família como foco da atenção, sendo necessário conhecê-la em sua dinâmica e assisti-la em suas necessidades individuais e de grupo em interação. O contexto familiar é o espaço primeiro de identificação e explicação do adoecimento de seus membros e onde os fenômenos da saúde e da doença adquirem maior relevância. O conhecimento sobre o contexto familiar possibilita, além da identificação dos problemas existentes, diferir os principais diagnósticos possíveis da escolha de melhores intervenções aplicáveis, aumentando as possibilidades de prevenção e de manejo das doenças (STARFIELD, 2002). A autora relata que estas características tornam a família uma unidade de cuidados que precisa ser compreendida pelos profissionais da saúde em suas inter-relações, podendo tornar-se parceira dos serviços de saúde no cuidado de seus membros.

A família é compreendida como um grupo com identidade própria, um sistema aberto com comunicação multidirecional, que pode representar um fator de adversidade ou de proteção aos processos de saúde e de doença de seus membros, além dos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento (MANGUEIRA; LOPES, 2014)

Vale salientar que, no contexto da família, a falta de consenso sobre a definição das relações disfuncionais e saudáveis é fator primordial para dificultar o processo de avaliação desta. Existem também diversos aspectos que devem ser considerados: prática e estilos parentais, funcionamento, dinâmica, satisfação e suporte familiares.

Deste modo, compreende-se a importância das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da construção das linhas de cuidado para o alcance da integralidade. Franco e Franco (2012, p. 3) ressaltam que a linha do cuidado integral “representa a unificação de ações preventivas, curativas e de reabilitação e no acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessitar de forma plena, acolhedora e com responsabilização”.

Neste cenário, os profissionais da saúde incorporam em suas práticas, o entendimento de como ocorre o processo saúde-doença, e contribuem para que os sujeitos de cuidado também assumam responsabilidades para consigo e sua família.

Para tal, a equipe da ESF necessita de ferramentas de abordagem familiar, que possibilitem, o entendimento de organização e das situações que as exigem. Brante *et al.* (2016) ressaltam que

as ferramentas de abordagem familiar são úteis, assertivas e essenciais no trabalho da APS. Terão grande valia como suporte para a identificação dos problemas e desenvolvimento personalizado das atividades realizadas pelas equipes da ESF e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Dentre elas podemos destacar: o Genograma, o Ecomapa, o Modelo Calgary de Avaliação da Família, a Escala de Estratificação de Risco, e, o APGAR familiar. Tais ferramentas, segundo Cunha *et al.* (2017, p. 10) são “valiosas na abordagem e construção de planos de cuidado de famílias em situações de risco”. Com isso, desenvolveu-se este estudo com o objetivo de descrever a representação estrutural de uma família assistida por uma equipe da ESF de Sobral – CE, a partir do genograma, contemplando a relação dos vínculos estabelecidos na família e suas repercussões na situação da saúde dos seus membros e nas possibilidades para as linhas de cuidado.

METODOLOGIA

Estudo de caso, fundamentado no referencial teórico de Yin (2015), Surgiu do desejo de entender fenômenos sociais complexos a partir do foco em determinado caso, sob abordagem qualitativa. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido com uma família adscrita do território da ESF do bairro Dom José, Sobral - CE, durante o período de maio a julho de 2018, como atividade curricular do módulo de Atenção Integral à Saúde da Família, do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que visava como competência ao conhecimento abrangente da abordagem familiar, centrada no usuário-família-comunidade, para a coordenação longitudinal do cuidado.

Os sujeitos foram informados sobre os objetivos e consultados sobre o interesse em participar desta pesquisa e, em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurados os aspectos éticos e legais, conforme Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A família do estudo foi selecionada com base na aplicação da Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004), distribuída entre as sentinelas relacionadas a baixa condições de saneamento, deficiência mental, drogadição, desemprego e analfabetismo; e a condição mais prevalente era o uso abusivo de substâncias ilícitas por vários membros desta família. Após avaliação a família apresentou um escore de risco alto ($R3 = 43$).

Para a coleta das informações foi utilizada a entrevista com o caso-índice do estudo, realizada durante duas visitas ao lar. Como estratégia de complementar as informações acerca do processo saúde-doença-cuidado foi efetuada análise documental do prontuário familiar. Após sistematização das informações, houve a classificação da tipologia familiar e a composição do genograma com o apoio do programa Genopro® 2018, que é um software para *Windows*®, com o objetivo de ajudar

na criação de árvores genealógicas avançadas, com detalhes e resultados profissionais (GENOPRO, 2018).

O genograma é uma ferramenta de avaliação familiar que “apresenta-se como uma estrutura prática para a compreensão da dinâmica familiar. Nele são registradas informações sobre os sujeitos de uma família e suas relações, abrangendo pelo menos três gerações”. “Para tanto, sua construção [...] requer a participação da família o que contribui para a criação do vínculo entre ela e o profissional de saúde, configurando-se assim como um dos instrumentos auxiliares na prática dos profissionais da ESF” (BORGES; COSTA; FARIA, 2015, p. 135).

Quanto à classificação da tipologia familiar, utilizou-se o referencial de Ventura (2010) que as tipifica em: família díade nuclear, família grávida, nuclear ou simples, alargada ou extensa, com prole extensa ou numerosa, reconstruída, combinada ou recombinação, homossexual, monoparental, dança a dois, unitária, coabitação, comunitária, hospedeira, adotiva, consanguínea, com dependente, com fantasma, acordeão, flutuante, descontrolada e múltipla.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tipologia Familiar

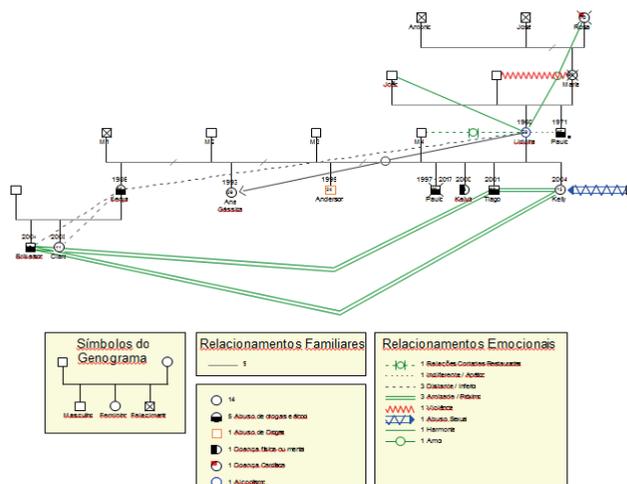
Por meio do genograma ficou mais evidente a tipologia da família em estudo, que é classificada como alargada, reconstruída e descontrolada conforme classificação de Ventura (2010). Podemos classificar a família deste estudo como alargada, pois coabitam ascendentes, descendentes por consanguinidade, além de progenitores, filhos e netos. Além disto, ela também é categorizada como reconstruída devido a novos arranjos de relacionamentos conjugais, como a presença de filhos de relacionamentos anteriores em um mesmo lar. Classifica-se também em descontrolada pelo fato de um ou mais de seus membros terem problemas crônicos de comportamento por doença ou drogadição (toxicodependência).

A configuração familiar e suas funções, conforme Piato, Alves e Martins (2014), são tecidas em contextos históricos e sociais distintos. A história familiar e a presença de situações desfavoráveis neste ambiente podem influenciar sobre a iniciação ou continuidade do uso de substâncias psicoativas. Para tanto, faz-se necessário implementar políticas públicas e ações preventivas para estas famílias, considerando-as como unidade de cuidado (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013), pois, segundo Carnut e Faquim (2014, p. 65), a “família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos”. Se sua organicidade não contribui, por esta estar inserida em meio a diversas vulnerabilidades sociais, seu formato ganha novas dimensões e arranjos que podem ser determinantes para o processo saúde-doença-cuidado.

Genograma

O caso-índice do estudo é M.L.N., sexo feminino, 50 anos, analfabeta, desempregada, etilista, mãe de sete filhos (seis vivos). No momento convive com um irmão, três filhos e dois netos. Seus genitores separaram-se cedo e houve relação conflituosa. Sua mãe contraiu nova união, desta vez harmoniosa. Possui um companheiro, A.P.F.L, 47 anos, etilista, tabagista, autônomo, pai de quatro de seus filhos. Ele está atualmente morando na casa de outros parentes recuperando-se de uma laparotomia exploradora de emergência. Seu irmão, J.P.N., 49 anos, “flanelinha”, etilista e usuário de outras substâncias e tem histórico anterior de tuberculose pulmonar. A filha mais velha (nº 1), A.K.N., de 32 anos, vive em situação de rua com outros usuários de álcool e outras drogas, tem dois filhos, mas não tem contato com as crianças e possui histórico anterior de hanseníase. A filha nº 2, A.G.N., de 25 anos, é uma referência para a mãe e os irmãos. O filho nº 3, A. N., encontra-se cumprindo pena no presídio e também é usuário de drogas. O filho nº 4, F.P.N.L., foi assassinado defronte à sua residência, aos 19 anos (em 2017), devido à suposta prática de furto em residências do bairro, situação que, de acordo com informações dos familiares e da agente comunitária de saúde, é inaceitável perante as lideranças do tráfico de drogas locais. Possuía relação homoafetiva e era usuário de crack. A filha nº 5, A.K.N.L., 18 anos, foi diagnosticada com retardo mental leve, asma brônquica e suspeita de nefropatia. Recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC), única renda que sustenta a família. O filho nº 6, T.N., 17 anos, está cumprindo medida socioeducativa em Unidade de Internação de Adolescentes Infratores, em Sobral, faz uso de maconha. A filha nº 7, A.K.N., 14 anos, é estudante e, segundo informações da ACS, sofre exploração sexual de pessoas do próprio bairro. Convivem também com a Sra. M.L.N. os netos: F.E.N., 14 anos, estudante, iniciou uso de álcool, maconha e “ripinol” (Rohypnol® - Flunitrazepam) aos 12 anos e A.C.N.L., 10 anos, estudante. O neto mais velho que convive com a matriarca já iniciou o uso abusivo de substâncias ilícitas, pouco frequenta a escola, perpetuando os padrões de comportamento da família. Apenas um de seus filhos conseguiu concluir os estudos e está trabalhando. A Figura 1 representa o genograma da família.

Figura 1. Genograma da Família de M.L.M.



Fonte: Genopro®.

O caso-índice, M.L.N., é da geração intermediária e mantém forte relação de dependência com avó materna, que era tecelã e representava uma liderança para esta família. Após o óbito desta, apresentou dificuldade em assumir a liderança da família pela fragilidade de relações construídas com companheiros e a sobrecarga do papel de mãe e pai dos filhos.

Percebe-se ainda que os determinantes relacionados às condições de vida, trabalho, renda, cultura, educação e lazer possuem papel decisório sobre a situação de saúde e os agravos relacionados. Fica notável a urgência de políticas públicas e de ações intersetoriais para minimizar os danos causados pela difícil situação.

Contudo, a equipe de saúde dispõe de um dispositivo potente para favorecer os processos de trabalho: o vínculo longitudinal, atributo essencial da APS. Para Santos, Romano e Engstrom (2018), o vínculo pode ser uma estratégia de prática organizacional por meio de atividades de educação em saúde e visitas domiciliares; ou de tecnologia relacional, pelo fortalecimento de relações de confiança e empatia, podendo confluir para o fortalecimento da autonomia e da corresponsabilização dos usuários sobre sua situação de saúde, tornando o cuidado um ato terapêutico centrado na interação do profissional-usuário de forma dialógica e construtiva.

Muitas ferramentas estão disponíveis para orientar os profissionais para trabalhar com famílias; contudo, destaca-se o genograma como uma das mais importantes para o estudo de uma família. Consiste num sistema que integra história clínica e psicossocial do caso-índice e de sua família (REBELO, 2007). Visa mapear e ampliar o conhecimento dos profissionais sobre a família, por meio da representação gráfica de no mínimo três gerações (GUSSO, 2012).

O genograma permite que a equipe da ESF “tenha maior acesso às informações pertinentes às famílias e possibilita que elas participem ativamente do seu acompanhamento [...]”, além de “identificar as demandas existentes e agir sobre elas tanto de forma interventiva quanto preventiva, bem como visualizar as vulnerabilidades da família de modo a elaborar estratégias para fortalecê-la,

visando à promoção da saúde” (BORGES; COSTA; FARIA, 2015, p. 140).

Nesse sentido, a construção do genograma junto à uma família num contexto de vulnerabilidade social e sanitária é interessante, pois contribui para o desenvolvimento de plano de cuidado mais próximo à realidade desta, facilitando o complexo e o denso processo de trabalho da equipe da ESF. A representação gráfica das informações organiza o conteúdo comunicado, facilita conexões e diálogos com a família e com outros profissionais de saúde. As intervenções da equipe multiprofissional responsável pelo caso podem ser estruturadas a partir do conteúdo coletado por meio do genograma (BARRETO; CREPALDI, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Infere-se que a compreensão da dinâmica familiar, assim como o conhecimento de estratégias de abordagens familiares, podem ser de grande valia para os profissionais da saúde. Possibilitarão um novo olhar na estrutura destas famílias, considerando, para isto, a determinação social do território e a implicação deste no contexto familiar.

O entendimento sobre o funcionamento dessas famílias facilita a compreensão de alguns agravos à saúde, que muitas vezes são entendidos como não colaboração, descaso ou incapacidade. Quando os profissionais da saúde adentram no contexto do processo saúde-doença de um sujeito, seja numa abordagem familiar na unidade de saúde, seja no próprio lar, ocorre uma corresponsabilização por seu cuidado, contribuindo assim, para que esse sujeito e família tenham autonomia e empoderamento para construir sua saúde (no conceito mais amplo da palavra). Cuidar de um sujeito é sem dúvida acolher sua família, respeitando-a, bem como a seus valores e crenças.

A implementação da ferramenta do genograma, especialmente em famílias classificadas como de alto risco, permite o conhecimento da constituição familiar e das inter-relações associadas aos problemas familiares mais complexos e multifatoriais, proporciona maior proximidade e fortalecimento do vínculo com a equipe da ESF e desenvolvimento das linhas de cuidado com foco na rede social comunitária. A partir deste conhecimento e interação, as equipes podem planejar ações e estratégias intersetoriais que atinjam a causa raiz do problema, risco ou situação de vulnerabilidade sanitária e social, e buscar parcerias para o enfrentamento de fenômenos como estes, em que a família do estudo está envolta, que afetam a vida de seus membros..

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF, FIOCRUZ e UVA).

REFERÊNCIAS

BARRETO, M.; CREPALDI, M. A. Genograma no contexto do SUS e SUAS a partir de um estudo de caso. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 26, n. 58, p. 74-85, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nps/v26n58/n26a06.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

BORGES, C. D.; COSTA, M. M.; FARIA, J. G. Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 133-141, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n2/v7n2a07.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRANTE, A. R. S. D. *et al.* Abordagem familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros - MG. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/953>. Acesso em: 08 set. 2018

CARNUT, L.; FAQUIM, J. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho em equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 62-70, 2014.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em:

<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 07 set. 2018.

CUNHA, C.G. *et al.* Acidente vascular cerebral na gestação: estudo de caso com a utilização de ferramentas de abordagem familiar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, p. 1-12, 2017. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4740/pdf_801. Acesso em: 20 mai. 2018.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp., p. 13-33, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. In: **Secretaria de Estado de Saúde do RS**, 2012. p. 1-3, Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passos_a_passo_linha_de_cuidado.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019 .

GENOPRO. **Genopro 2018**. Disponível em: <https://www.genopro.com/>. Acesso em: 7 set. 2018.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. L. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. v. 1. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MANGUEIRA, S. O.; LOPES, M. V. O. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 149-154, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0149.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

PIATO, R. S.; ALVES, R. N.; MARTINS, S. R. C. Conceito de família contemporânea: uma revisão bibliográfica dos anos 2006-2010. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 22, n. 47, p. 41-56, 2013. Disponível em:

<http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/131/99>. Acesso em: 14 set. 2018.

REBELO, L. Genograma familiar: o bisturi do médico de família. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 23, p. 309-317, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4425.pdf>. Acesso em: 08 set. 2018.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na saúde da família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 1-18, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n2/0103-7331-physis-28-02-e280206.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SELEGHIM, M. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Estructura familiar de usuarios de crack analizada con auxilio del genograma. **Index Enfermagem**, v. 22, n. 1-2, p. 30-34, 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100007. Acesso em: 08 set. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

VENTURA, T. **Tipologias familiares: caracterização e singularidades dos seus ciclos vitais**. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2010.

XIMENES NETO, F. R. G. **Trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde no Brasil: recortes históricos e desafios profissionais**. 2013. 364 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. São Paulo: Editora Bookman, 2015.

OS RISCOS DA AGRICULTURA DE SUBSISTÊNCIA: O PAPEL DA ESF NA PREVENÇÃO DO CARCINOMA BASOCELULAR

Marcionília de Araújo Lima Neta; Natália Reis de Carvalho;

Catarina de Vasconcelos Pessoa; Eliany Nazaré Oliveira;

Maristela Inês Osawa Vasconcelos; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto



INTRODUÇÃO

A abordagem familiar assume um papel primordial no trabalho da Atenção Primária à Saúde, sobretudo, por conta do trabalho em equipes multiprofissionais as quais devem orientar suas intervenções a partir do conhecimento dos membros da família e de seus problemas de saúde e da comunidade (STARFIELD, 2002). Tais ferramentas constituem-se elemento de gestão do cuidado e de prática diagnóstica e terapêutica, pois permitem e ampliam a compreensão do contexto familiar e dos estressores mais relevantes que prejudicam o bem-estar de toda família.

A família deve ser vista como um sistema amplo no qual suas partes se encontram interligada. Sendo assim, determinado problema ou situação que afete um membro da família pode gerar repercussões nas relações como um todo. Cada membro responde de maneira particular aos problemas, e as condições apresentadas por estes podem estar relacionadas a disfunções da família, sendo necessário intervir em todo o sistema familiar (BRASIL, 2010). Nesse sentido, os familiares constituem conexão crucial para a obtenção de resultados positivos frente ao adoecimento.

Destarte, é fundamental a aproximação da equipe de saúde multidisciplinar à família, com o intuito de ouvi-la, conhecê-la, explorar seus recursos e dificuldades, trocar saberes e ajudá-la para que, a partir da satisfação de suas necessidades, ela possa desempenhar e legitimar seu papel de apoio e de cuidado aos seus parentes enfermos e a si própria (MONTEIRO *et al.*, 2016).

Tal aproximação pode ser potencializada com a utilização das ferramentas de abordagem familiar, tecnologias relacionais que têm por objetivo estreitar as relações entre a família e o profissional de saúde, possibilitando, assim, conhecer o indivíduo em sua singularidade, bem como sua relação com a família e a comunidade (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo compreender o perfil de exposição aos fatores de risco para o carcinoma basocelular (CBC) de uma família que vive da agricultura de subsistência, no interior do estado do Ceará.

É importante salientar que, em razão das particularidades geográficas, em grande parte do Brasil há altas temperaturas e radiação solar, caracterizando o brasileiro como um dos povos com maior exposição anual ao Sol. A exposição prolongada e repetida ao sol é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias de pele (SBD, 2013).

No Brasil, o câncer de pele continua sendo o tipo mais incidente para ambos os sexos, correspondendo a cerca de 25% de todos os tumores diagnosticados em todas as regiões geográficas. Ressalta-se que os trabalhadores rurais, a exemplo do caso-índice deste estudo, apresentam grande risco de desenvolver essa doença, pois passam longos períodos expostos às radiações solares (DIAS *et al.*, 2018).

As neoplasias de pele têm crescido em todo o mundo, porém, cerca de 50% dos casos podem ser prevenidos, com ações de prevenção primária por meio de proteção contra luz solar. A educação

em saúde, no sentido de alertar para a possibilidade de desenvolvimento de câncer de pele e de possibilitar o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de malignidade, é uma estratégia internacionalmente aceita (EUFRÁSIO *et al.*, 2010).

Além disso, as ferramentas de abordagem familiar também podem ser consideradas estratégias potentes no que se refere à prevenção, pois permitem conhecer as relações entre os membros da família, o processo saúde/doença e as repercussões que um agravo pode acarretar no contexto familiar. Nesse sentido, é necessário utilizar ferramentas que permitam conhecer toda a família, para, assim, se propor intervenção adequada (BRASIL, 2010).

METODOLOGIA

Pesquisa do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, desenvolvido no território da Estratégia Saúde da Família Mangue Seco, no município de Jijoca de Jericoacoara, Ceará, Brasil, durante o período de maio a julho de 2018, com um sujeito adulto, caso-índice da família abordada. A atividade faz parte do Módulo de Atenção Integral à Saúde da Família do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Antes do início do estudo, os participantes foram informados acerca dos objetivos e das etapas, sendo-lhes assegurado o direito de privacidade, sigilo, acesso aos dados ou quaisquer outras informações a respeito da pesquisa, bem como a liberdade de retirar-se do estudo, se assim lhes convier. Em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A classificação e avaliação da família foi realizada a partir da tipologia familiar de Kaslow (2002) e da Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004). No que se refere à tipologia familiar, Kaslow, Carnut e Faquim (2014) apontam como a mais utilizada, descrevendo os seguintes tipos de famílias: família nuclear, família extensa, família adotiva, casais, família monoparental, família homoafetiva, família reconstituída após divórcio, e várias pessoas vivendo juntas sem laços legais.

A escala de Coelho e Savassi é um instrumento de estratificação de risco familiar, que almeja determinar o risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar (MELO *et al.*, 2014). Baseia-se em 14 sentinelas de risco, avaliadas por escores que são: entre 5 e 6 - Risco menor - R1, Escore entre 7 e 8 - Risco médio - R2, Escore acima de 9 - Risco máximo - R3. Esta ferramenta pode auxiliar na avaliação da vulnerabilidade familiar bem como no planejamento das ações da equipe, pois serve de ponto de partida para um mapeamento das redes sociais de apoio ao núcleo familiar (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Para a coleta das informações foram efetuadas visitas ao lar para a realização de entrevistas, observação participante, registro em diário de campo, além de consulta nas fichas de cadastro domiciliar e individual do E-SUS/Atenção Básica e de prontuário para coleta de informações relevantes sobre o histórico de saúde de todos os membros da família.

A análise das informações se deu com a leitura atenta dos dados textuais, com releitura compreensiva para absorver o seu conteúdo, dispor de uma visão de conjunto e apreender as particularidades do objeto de estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificação e Estratificação do Risco Familiar

O caso-índice do estudo é G.R.C que vive com a esposa L.P.B., com quem teve 16 filhos, dos quais três foram a óbito por causa indeterminada antes do primeiro ano de vida. Atualmente, moram com sete dos 13 filhos e com uma neta. No que tange à tipologia familiar, de acordo com a classificação de Kaslow (2002), a família aqui estudada é considerada uma família nuclear extensa, composta por um casal de homem e mulher que mantém relação conjugal socialmente aceita e criam alguns filhos e uma neta (três gerações coabitando o mesmo domicílio). A família nuclear é a composta de um homem e uma mulher que coabitam e mantêm um relacionamento sexual socialmente aprovado, tendo pelo menos um filho. (KASLOW, 2002; CARNUT; FAQUIM, 2014).

Segundo Pizzi (2012), na configuração de família nuclear a esposa trabalha em casa sem ser remunerada, enquanto o marido trabalha fora de casa por um salário e nesse desdobramento tanto o homem quanto a mulher possuem perspectivas que são previamente postas pela sociedade. O homem deve responsabilizar-se por sustentar a família economicamente, além de ser a autoridade principal na educação dos filhos. Já a mulher possui as tarefas reprodutivas, como a reprodução biológica (gravidez), reprodução cotidiana (tarefas domésticas) e a reprodução social (socialização dos filhos). Tais características ficaram muito evidentes na família que este estudo apresenta.

No que se refere à moradia, o domicílio é de alvenaria, sem reboco e de “chão batido”, possui oito cômodos e apresenta condições precárias, como rachaduras nas paredes, sem banheiro e água encanada. Conta com eletricidade. A água para consumo vem de poço e não recebe tratamento adequado. Todos os filhos trabalham com o pai na agricultura de subsistência.

Silva *et al.* (2017) afirma que a noção de pobreza se refere a algum tipo de privação, que pode ser somente material ou incluir elementos de ordem cultural e social, mediante os recursos disponíveis de uma pessoa ou família. Assim, considera que a água na moradia é definida como bem de necessidade básica para a sobrevivência humana, e sua proveniência nos domicílios mede

a privação ou não da população/família. Se o abastecimento for da rede geral de distribuição, o domicílio é considerado não privado. Contudo, se for proveniente de poço ou nascente, ou outra providência, é denominado privado do bem.

G.R.C, 57 anos, agricultor, analfabeto, em acompanhamento para câncer de pele recorrente CBC infiltrativo, desde os 30 anos de idade e, realizou duas cirurgias para exérese de lesões suspeitas (em 2013 e 2015). Em última recidiva (2015), o tratamento incluiu sessões de radioterapia devido ao caráter mais agressivo da doença. O CBC é a neoplasia maligna mais comum no mundo, representando cerca de 70% a 80% de todos os tumores malignos de pele. Sua incidência é de 10% ao ano, apresentando comportamento invasivo local e de baixo potencial metastático. Possui alta morbidade e impõe gastos elevados para os sistemas de saúde mundiais com sua excisão. O CBC desenvolve-se a partir da interação entre fatores genéticos e ambientais. Dentre os fatores ambientais, a radiação ultravioleta é considerada a principal causa, relacionando-se ao tempo, à intensidade e à quantidade de exposição, principalmente de sujeitos caucasianos (FAÍCO FILHO *et al.*, 2018).

G.R.C. reproduz esse comportamento de risco com os filhos, pois todos, incluindo o caçula de nove anos, trabalham com o pai na agricultura sem proteção contra a exposição solar. Sendo assim, a abordagem familiar permitiu à equipe de saúde intervir de forma oportuna para prevenção do câncer de pele nos membros de maior risco, além de garantir o reconhecimento das necessidades ampliadas de saúde da família e fortalecer o compromisso e o vínculo, estimulando práticas mais integradas, marcadas pela interdisciplinaridade (SANTOS *et al.*, 2016).

A subsistência familiar é garantida por meio da agricultura. A renda mensal (somatório da renda de todos os membros da família no mês) é de R\$ 682,00 (seiscentos e oitenta e dois reais), proveniente do benefício do Programa Bolsa Família. Perfaz uma renda per capita mensal de R\$ 68,20 (sessenta e oito reais e vinte centavos), o que, de acordo com a estratificação do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, configura situação de extrema pobreza (PNUD, 2013).

As sentinelas de risco observadas e pontuadas durante a aplicação da Escala de Coelho e Savassi (2004), expostas na Tabela 1, foram: baixas condições de saneamento do domicílio (3 pontos); desemprego de cinco membros da família (10 pontos); analfabetismo de dois membros (2 pontos); hipertensão arterial sistêmica (HAS) de um dos membros (1 ponto); relação morador/cômodo maior que 1 (3 pontos), totalizando um escore de 19 pontos, classificando a família com risco máximo (R3).

Quadro 1. Estratificação de risco da família.

Dados da Ficha A (Sentinelas de Risco)	Definições das Sentinelas de Risco	Escore de Risco	Pontuação
Acamado	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3	-
Deficiência Física	Defeito ou condição física de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3	-
Deficiência Mental	Defeito ou condição mental de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3	-
Baixas Condições de Saneamento	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde.	3	3
Desnutrição (Grave)	Percentil menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade.	3	-
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos, e drogas ilícitas).	2	-
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado.	2	10
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1	2
Menor de Seis (6) Meses	Lactente com idade até 5 meses e 29 dias.	1	-
Maior 70 anos	Toda pessoa com mais de 70 anos completos.	1	-
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva.	1	1
Diabetes mellitus (DM)	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1	-
Relação Morador/Cômodo	Número de cômodos na residência dividido pelo número de moradores do domicílio. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	Se maior que 1 Se igual a 1 Se menor que 1	3 2 0
Total			19

Com a aplicação da escala, a equipe passou a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas pela família. De acordo com Sen (2000), no contexto rural, há uma maior vulnerabilidade socioeconômica e um menor acesso aos bens e serviços, como foi possível constatar na pontuação das seguintes sentinelas de risco, às quais a família estudada se encontra exposta, como por exemplo: baixas condições de saneamento, desemprego, analfabetismo, bem como a relação morador/cômodo que reflete uma fragilidade também das políticas de habitação para a população rural.

Desta forma, as demandas de sujeitos e grupos vulneráveis vinculados à ESF influenciam o acesso aos serviços de saúde e suas formas de organização, a magnitude do vínculo entre usuários e profissionais, o tipo real de acolhimento, as ações preconizadas para a prevenção e o controle de agravos e os recursos sociais existentes no território (MELO *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem familiar desenvolvida neste estudo permitiu a identificação da dinâmica familiar, dos papéis de cada membro, dos estressores mais relevantes (vulnerabilidade social), o que ampliou a compreensão da equipe de saúde acerca de todo o contexto familiar. Permitiu, ainda, o fortalecimento do vínculo entre a equipe e os membros da família, além de um aprendizado que exige esforço de autorreflexão e disponibilidade/abertura ao novo, às possibilidades que se colocam para aqueles que pretendem fazer parte do processo de construção do futuro do nosso sistema de saúde.

O estudo apresentou como possibilidade um direcionamento para a equipe de Saúde da Família no que se refere à provisão de cuidados de saúde efetivos e de qualidade, no contexto rural,

sobretudo para as famílias que dependem da agricultura de subsistência, consideradas maioria no cenário estudado. E como desafio ficou evidente a necessidade de conhecer as especificidades da área rural, a partir de uma base epidemiológica, demográfica e social para alicerçar as práticas e o cuidado em saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF, FIOCRUZ e UVA).

REFERÊNCIAS

- BRASIL, C. H. G. **Ferramentas de acesso à família** - Residência em Medicina de Família e Comunidade e Especialização em Saúde de Família para Enfermeiros e Cirurgiões Dentistas. Montes Claros: UNIMONTES, 2010. Disponível em: <https://esfcajati.files.wordpress.com/2012/07/ferramentasdeacessofamilia2010carlosbrasil-110718095223-phpapp01.pdf>. Acesso em: 03 ago. de 2018.
- CARNUT, L.; FAQUIM, J. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho em equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 62-70, 2014. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/10/4-CARNUT-Leonardo-FAQUIM-Juliana.pdf>. Acesso em: 07 set. 2018.
- COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 02 ago. 2018.
- DIAS, E. G. *et al.* A experiência da elaboração de um material didático sobre câncer de pele para trabalhadores rurais. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 3, p. 143-152, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1707/309>. Acesso em: 08 ago. 2018.
- DITTERICH, R. G.; GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 515-524, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2009.v18n3/515-524/pt>. Acesso em: 05 set. 2018.

EUFRÁSIO, R. G. *et al.* Detecção precoce de carcinoma basocelular: importância de visita domiciliar no contexto integral do idoso. **Revista de APS**, v. 13, n. 2, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14345>. Acesso em: 20 set. 2018.

FAÍCO FILHO, K. *et al.* Carcinoma basocelular em supercílio reconstrução com retalho bilateral: um relato de caso. **Nucleus**, v. 15, n. 1, p. 225-236, 2018. Disponível em: <http://www.nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/2758>. Acesso em: 12 set. 2018.

KASLOW, F. W. Families and Family Psychology at the Millenium. **American Psychologist**, v. 56, n. 1, p. 37-46, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11242986>. Acesso em: 01 jul. 2018

MELO, R. H. V. *et al.* Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 3, n. 4, p. 58-71, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/4437>. Acesso em: 10 set. 2018.

MONTEIRO, G. R. S. S. *et al.* Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão Integrativa. **Aquichán**, v. 16, n. 4, p. 487-500, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n4/1657-5997-aqui-16-04-00487.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

PIZZI, M. L. G. Conceituação de família e seus diferentes arranjos. **Revista Eletrônica “ENSINO DE SOCIOLOGIA EM DEBATE”**, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/lenpes-pibid/pages/arquivos/1%20Edicao/1ordf.%20Edicao.%20Artigo%20PIZZI%20M.%20L.%20G.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Minas Gerais: PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro, 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 18 de jun. 2018.

SAVASSI, L.; LAGE, J.; COELHO, F. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho e Savassi. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/3783>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SEN, A. K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. Disponível em: https://www.fep.up.pt/docentes/joao/material/desenv_liberdade.pdf. Acesso em: 14 set. 2018.

SILVA, A. F.; SOUSA, J. S.; ARAUJO, J. A. Evidências sobre a pobreza multidimensional na região Norte do Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 2, p. 219-239, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v51n2/0034-7612-rap-51-02-00219.pdf>. Acesso em 10 set. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (SBD). Consenso Brasileiro de Fotoproteção. **Fotoproteção no Brasil**: recomendações da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Rio de Janeiro: SBD; 2013. 40p. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/dezembroLaranja/noticias/consenso-de-fotoprotecao/>. Acesso em: 17 ago. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao_primaria__equilibrio_entre_necessidade_de_saude_servicos_e_tecnologia/291. Acesso em: 06 jun. 2018.

USO DO GENOGRAMA PARA ABORDAGEM FAMILIAR NO MANEJO DE UM CASO DE SIRINGOMIELIA

Rejane Maria Pereira; Daniela Sandra Rego Queiroz;
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto; Eliany Nazaré Oliveira;
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes; Maristela Inês Osawa Vasconcelos



INTRODUÇÃO

A organização do sistema de serviços de saúde em Rede de Atenção à Saúde (RAS), na última década, vem buscando dar respostas ao atendimento integral às famílias com condições crônicas, sejam por doenças transmissíveis, não transmissíveis, doenças raras de caráter genético ou não, dentre outras. Segundo Mendes (2018), 85% da carga de doenças em nosso País são derivados das condições crônicas. O crescimento, de tais condições, em número e variabilidade, tem se tornado uma constante durante o atendimento pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e vem gerando uma demanda de cuidado integral para os profissionais e gestores da saúde, reforçando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, este se caracterizando por sua complexidade, para a qual é necessária uma abordagem multiprofissional e interprofissional às famílias. Tal complexidade do cuidado vem demandando uma prática com base em ferramentas de avaliação familiar apropriadas para seu manejo. Sendo a família uma instância intermediária entre o sujeito e a comunidade, esta é o horizonte a ser buscado nas estratégias de saúde da atenção primária (MELO *et al.*, 2013).

Para se obter uma avaliação correspondente às características do cuidado integral efetivo, propõem-se ferramentas de abordagem familiar, a exemplo do genograma, instrumento de avaliação das famílias que tem a pretensão de averiguar a composição e dinâmica destas, descrevendo seus padrões, regras, valores, crenças e sua influência na prática. A abordagem familiar tem se mostrado uma estratégia de cuidado de considerável importância utilizada na APS, pois a utilização das ferramentas e instrumentos permite o conhecimento da estrutura das famílias, identificação de suas fragilidades e limitações, assim como a compreensão da sua dinâmica e organização diante do enfrentamento dos problemas, doenças e situações de difícil manejo.

Para Mendes (2018, p. 432) as “condições crônicas são aquelas [...] de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de saúde, dos profissionais e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade”. Dentre as condições crônicas-proGRESSIVAS, de caráter degenerativo, têm-se a siringomielia, uma patologia rara, cuja evolução pode variar de três meses a três anos, chegando a ser incapacitante. O processo afeta a coluna vertebral, com a presença de uma cavidade contendo líquido (siringe) na medula espinhal, e é mais frequente nas regiões cervical e torácica alta. A prevalência de casos da doença é de 0,84 casos por 100.000 pessoas. A doença tem etiologia multifatorial, idiopática, congênita ou pós-traumática. A maioria dos casos é descoberta tardiamente (terceira ou quarta década de vida) pelos pacientes afetados (MARTINEZ *et al.*, 2008).

Para uma abordagem mais efetiva do caso, realizamos a análise sistêmica da família, com um caso de siringomielia, por meio da aplicação da escala de Coelho e Savassi e de ferramentas de abordagem, que possibilitaram desvendar a dinâmica de interações dentro da família, estreitando as relações entre elas e os profissionais, promovendo a compreensão profunda do funcionamento das inter-relações do sujeito, da família e da comunidade (MENDES, 2012). Essa estratégia reconhece

a relação entre a dinâmica familiar e a problemática do processo saúde-doença, definindo-a como complexa e sugerindo a distinção clara dos efeitos diretos de uma sobre a outra (NOBRE *et al.*, 2014).

A motivação deste estudo ocorreu a partir de uma visita de rotina, àquele lar. A percepção da vulnerabilidade social da família gerou inquietação da equipe. Percebeu-se a oportunidade de relatar o processo do cuidado desenvolvido numa perspectiva da abordagem sistêmica, com a utilização de ferramentas de intervenção específicas, durante o módulo de Atenção Integral à Saúde da Família, como atividade curricular do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ). O estudo objetivou avaliar uma família com condição crônica por meio de ferramentas de abordagem familiar. Autores como Silveira *et al.* (2018) enfatizam que, tanto na investigação como no processo terapêutico, as ferramentas de abordagem familiar permitem uma comunicação mais informal, facilitando as relações entre o profissional e a família.

A coleta de dados foi realizada por ocasião das visitas domiciliares na residência do paciente-índice (que desenvolveu a demanda), com o objetivo de conhecer a família, acompanhar o tratamento e verificar como a família estava se organizando e lidando com as atuais condições de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, por abordar um conjunto de fenômenos sociais complexos que necessitam de uma compreensão clara por meio da investigação de suas características significativas, de uma análise intensiva de uma situação particular. O Estudo de Caso tem sido usado, extensivamente, na pesquisa social. Opta-se pelo uso deste método quando se depara com eventos contemporâneos, em situações, nas quais prevaleçam comportamentos relevantes que não podem ser manipulados e em que é cabível o uso de observações diretas e de entrevistas sistemáticas (YIN, 2015).

Severiano (2017) relata que um caso escolhido para a pesquisa deve ter relevância e ser expressivo, podendo fundamentar uma generalização para as ocorrências, produzindo pressupostos. Os dados devem ser coletados e registrados com imprescindível rigor e seguindo todos os procedimentos da pesquisa de campo, devendo ter uma análise rigorosa e apresentar relatórios qualificados. A equipe de saúde intentou alcançar estes pressupostos.

O estudo foi realizado, entre maio e julho de 2018, com uma família de Santana do Acaraú - CE. A escolha da família deu-se, inicialmente, pela observação da dificuldade de organização do sistema familiar, causando inquietude na equipe da ESF. Num segundo momento, realizou-se uma roda de conversa com a equipe composta por enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem e profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) - fisioterapeuta, assistente social, educador físico e nutricionista - para apresentação do caso, sendo esse suporte de grande importância para a promoção da qualidade dos debates nos grupos de discussão. Inicialmente, foi aplicada a Escala de Classificação de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004), uma ferramenta simples e

eficiente de estratificação de risco familiar, baseada em sentinelas de risco, construída no município de Contagem - MG, para avaliar as famílias adstritas a um território de ESF, que estabelece o risco de vulnerabilidade, ponderando a potencialidade de adoecimento de cada família. A partir da soma dos escores atribuídos, as famílias são classificadas em risco menor a máximo (R1, R2 e R3). A família em estudo apresentou uma classificação de risco R3, deixando claro para a equipe a necessidade de reavaliar o planejamento do cuidado integral à saúde no território.

A segunda fase do estudo foi a análise do prontuário da família escolhida. De posse das informações referentes à família, a equipe da ESF realizou cinco visitas ao lar, para obter informações por meio de entrevistas semiestruturadas, a partir das quais se construiu a ferramenta de intervenção familiar, o genograma, para a avaliação desta a partir de uma abordagem sistêmica.

O genograma, também chamado de genetograma e familiograma, desde meados da década de 1950, tem sido utilizado em Terapia Familiar Sistêmica (TFS) como forma de obter informações da constituição familiar (NOBRE *et al.*, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2016; BARRETO; CREPALDI, 2017), sendo popularizado por Monica Goldrick e Randy Gerson, quando de sua utilização mais frequente em ambientes clínicos, a partir de 1985 (UFMG; COLAB, 2011). Consiste em um desenho gráfico, um diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar, fornecendo informações sobre os vários papéis de seus membros e das diferentes gerações que compõem a família (REBELO, 2007). Permite engajá-la, rever dificuldades familiares e ter uma clara visualização de sua estrutura interna, fazendo com que os membros da família compreendam questões relacionadas ao desenvolvimento de suas patologias (LACERDA *et al.*, 2017).

Na interpretação de um genograma, são descritas quatro categorias embasadas na teoria sistêmica aplicada ao estudo das famílias, especialmente em relação à solução dos seus problemas de saúde. Tais categorias são: a composição e a estrutura familiar, o ciclo de vida familiar, os padrões de repetição ao longo das gerações e o equilíbrio/desequilíbrio familiar. A ferramenta permite uma visão objetiva e lógica das dimensões da dinâmica familiar, como processos de comunicação, relações estabelecidas e equilíbrio/desequilíbrio familiar e compreendendo cada um dos membros no contexto da família e o impacto da família nestes. Localiza o problema de saúde no seu contexto histórico, clarifica padrões transgeracionais de doença, de comportamento, permite ao profissional e à família explorar os mitos familiares e o aconselhamento nos conflitos familiares (REBELO, 2007; LACERDA *et al.*, 2017). Neste estudo, o genograma foi construído por meio do software genoPro® 2018.

Por se tratar de estudo que envolve seres humanos, esta pesquisa está fundamentada na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e para tanto foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BRASIL, 2012). Para preservar a identidade dos sujeitos, seus nomes foram substituídos por siglas ou codinomes.

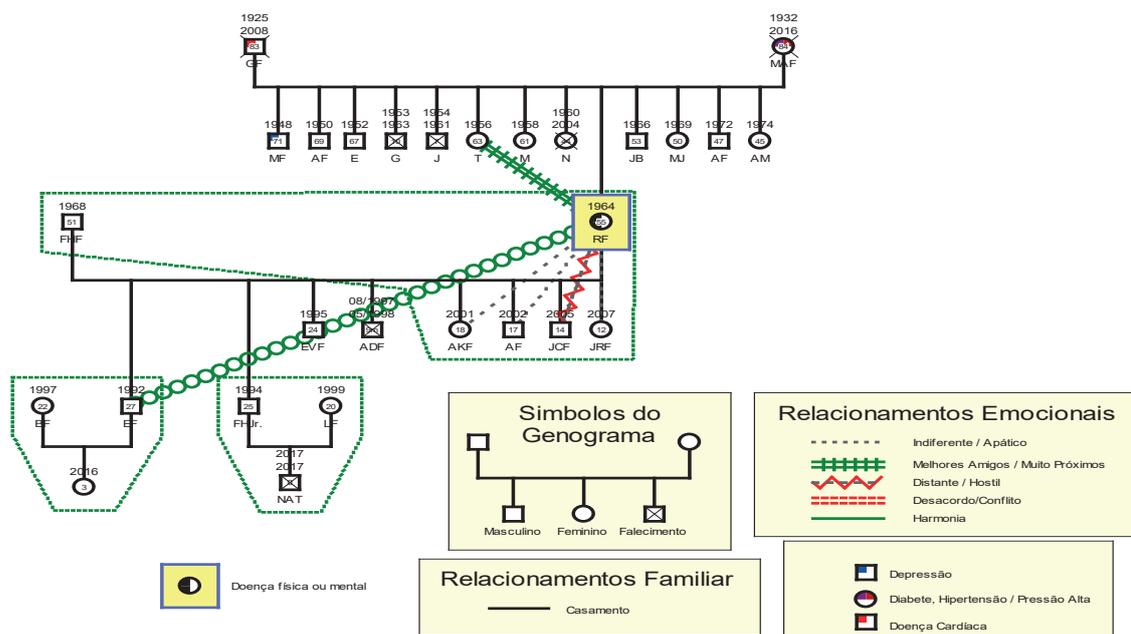
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio das ferramentas utilizadas foi possível descrever o caso-índice, RF, uma mulher de 55 anos, casada com FHF de 51 anos, residem em casa própria, de alvenaria, com cinco cômodos pequenos e escuros, higienização precária, sendo um quarto, duas salas, uma cozinha e o banheiro. A casa possui água encanada e luz elétrica. FHF também é agricultor esporádico. RF é mãe de oito filhos, porém um foi a óbito ainda pequeno. Atualmente, convivem na mesma residência os pais e quatro filhos. RF é a nona filha de uma família de 13 irmãos. Sua mãe era doméstica e veio a óbito com 74 anos de problemas derivados da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e da Diabetes mellitus (DM). Seu pai era agricultor e foi a óbito com 83 anos por acidente vascular cerebral (AVC). RF, caso-índice, trabalhava como doméstica até a confirmação do diagnóstico de siringomielia, aos 31 anos, já casada com FHF e com três filhos. A partir de então, RF relata que foi “perdendo as forças” nas pernas e nos braços, até tornar-se quase incapacitada fisicamente. No início conseguia executar trabalhos domésticos, mas com o passar do tempo, isto tornou-se impossível. RF Já passou por cirurgia e teve pouca evolução no quadro clínico. Necessita fazer fisioterapia de rotina para não perder definitivamente os movimentos físicos. Entretanto, fica sem acompanhamento do tratamento por anos seguidos.

A família residia em Fortaleza - CE, mas, com o avanço da doença, seu companheiro FHF teve de abandonar o emprego e se mudaram para Santana do Acaraú - CE. FHF foi quem deu o maior suporte à família na criação dos filhos e afazeres domésticos. Segundo RF, “ele foi esposo, pai e mãe”. Na fase inicial da doença, RF relata que teve o suporte dos familiares, em especial de sua irmã T, com quem declara ter um excelente relacionamento. T é portadora de hérnia de disco, artrose e artrite. Atualmente RF demanda cuidados e ajuda total da família para realizar suas atividades diárias, como tomar banho e ir ao banheiro. O contexto familiar é o espaço primário de identificação e explicação do adoecimento de seus membros e onde os fenômenos da saúde e da doença adquirem maior relevância. O impacto da doença recai sobre todos da família, assim como a interação familiar exerce influência sobre a sua cura (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012). Portanto, quando um acontecimento inesperado, como um problema de saúde, surge dentro do contexto familiar, isso poderá afetar todos os membros da família. Quando um membro de uma família está com problema, o cuidado deve se estender à família como um todo (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Embora a condição crônica da qual RF é portadora não seja um reflexo direto de problemas familiares, impactou diretamente cada um de seus membros.

A cartografia do genograma está descrita na Figura 1.

Figura 1. Genograma da Família de RF.



Fonte primária

O filho EF, homem de 27 anos, é casado com BF, 22 anos e pai de TF, de três anos. Reside numa construção em anexo à casa dos pais (RF e FHF). O segundo filho do casal é FHF de 25 anos, casado com LF, com quem teve um filho natimorto. Mora em casa separada dos pais, na mesma cidade. O terceiro filho é EVF, atualmente empregado morando em outra cidade. O quarto filho é ADF, falecido aos nove meses de idade de causa não especificada. AKF é a quinta filha, terminou o ensino médio e procura emprego. AF é o sexto filho, é estudante e faz pequenos trabalhos para ajudar na renda familiar. JRF é a filha caçula de 12 anos, estudante um pouco rebelde e acima do peso. RF e seu marido FHF estão desempregados. A família vive em condições precárias, o que torna ainda mais difícil os cuidados de saúde de RF, sendo seu companheiro quem auxilia em todas as atividades.

RF, que está caquética, passa todo o dia em uma rede na cozinha, onde observa toda a dinâmica da casa, relatando não confiar no auxílio dos filhos, pois tem medo que estes não consigam prestar cuidados como deve ser. RF tem uma cadeira de rodas para o banho e outra para auxiliar em sua locomoção, mas prefere o auxílio do marido. RF não apresenta ciclo de amizades, deixando claro seu isolamento social, pois não recebe visita de amigos e/ou familiares e diz não gostar de sair de casa. RF relata ter boas relações com seus filhos e que apenas um apresenta comportamento mais agressivo, porém, não se observou nenhuma expressão de carinho e cuidado dos filhos com a genitora no momento das visitas.

Durante as visitas à família de RF, foi relatado que os filhos respeitam a autoridade do pai, o que, de certa forma, impõe limites e mantém a família relativamente unida e os filhos afastados de problemas sociais complexos, como prostituição e drogas. A equipe da ESF visualizou a necessidade de reabilitação e integração social da família, não podendo o acompanhamento limitar-se apenas ao

apoio de assistência sanitária, sendo necessário um conjunto de medidas sociais para que o cuidado oferecido possa ser de qualidade. A partir das estruturas da família, pode-se analisar a dinâmica desta e suas inter-relações, as quais se mostram por meio de seus limites, papéis e padrão de comunicação (BRASIL, 2012).

Dentro do conceito de tipologia familiar, a ferramenta revelou a família de RF como biológica, pois se constitui de pai, mãe e filhos legítimos. Nuclear íntegra, ou seja, é o primeiro casamento com filhos biológicos do casal. RF e FHF possuem um casamento com contrato religioso e civil, coabitam o mesmo espaço e a união do casal é reconhecida pelos demais membros da comunidade (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

Na interpretação da ferramenta abordando a categoria ciclo de vida, observou-se que a família de RF vivencia os estágios com filhos criança, filhos adolescentes, filhos adultos e já pode ser considerado um casal de meia idade, vivenciando quatro dos oito estágios que a literatura cita (início de vida a dois, família com filhos pequenos, com crianças pré-escolares, com crianças em idade escolar, com adolescentes, casais de meia idade e famílias envelhecendo (ALVES *et al.*, 2015; LACERDA *et al.*, 2017). Os diferentes estágios evolutivos no ciclo de vida familiar apontam que as diversas conjunturas podem gerar variadas formas de conflito interfamiliar (BRASIL, 2012), com o é o caso da família do caso-índice.

Sendo o Ciclo de Vida Familiar uma ferramenta baseada em estágios, havendo uma caracterização de papéis específicos a cumprir, é possível a previsão dos desafios que poderão ser enfrentados pela família, o que possibilita uma intervenção profissional mais apropriada (BRASIL, 2012). Sabe-se que as etapas do ciclo de vida familiar são permeadas por crises e que estes conflitos interferem no processo saúde-doença-cuidado. RF descreve a filha caçula, de 12 anos, como problemática, trazendo preocupações para a família. RF se refugia na sua fé em Deus, que a conforta e traz esperança e na companhia de seu cão de estimação, que, segundo ela, “está sempre aqui comigo”. Rodrigues (2015) discorre que a fé e a religião desempenham um papel significativo no enfrentamento de um evento inesperado que acometa as famílias, o que as ajuda a aceitar o sucedido e a procurarem um novo sentido para a vida. Além dos conflitos percebidos entre sujeitos de ciclos de vida diferenciados, percebem-se, em famílias de classe social vulnerável, alguns fenômenos que contribuem para abreviar as fases do ciclo de vida (BRASIL, 2012).

Percebeu-se, no relato de RF, que o filho mais velho EF, 27 anos, teve sua infância e adolescência consumidas em ajudar nos afazeres da casa e no cuidar dos irmãos mais jovens, auxiliando seu pai e, apesar de casado, reside próximo, continuando a ser um suporte para os pais. AF, o sexto filho de RF, de 16 anos, tendo de estudar e trabalhar, sente-se ressentido pelas condições de vida precária da família que o obriga a trabalhar precocemente e externa isto frequentemente, conforme relatou a matriarca. Nessa trajetória, foram-se encontrando as tensões às mudanças e transições, o impacto da condição crônica da matriarca e as condições de extrema pobreza que afetaram, visivelmente, os membros deste núcleo familiar, requerendo um olhar peculiar da equipe de saúde na condução da assistência integral à família.

Mello (2019, p. 183) mostra que “o emprego do genograma como ferramenta analítica oferece potencialidades para compreender o modo como a família organiza o cuidado intrafamiliar e busca a rede de apoio”. A fase que pretende avaliar a funcionalidade familiar durante a interpretação do genograma refere-se à capacidade de adaptação da família, à habilidade do sistema familiar em mudar a sua estrutura de poder, suas relações de papéis e regras de relacionamento para cumprir e conciliar as suas funções, de forma adequada. Nesta fase, observa-se o nível de união familiar, a relação emocional existente entre os seus integrantes e a comunicação, que é facilitadora dos processos de mudança (MOREIRA *et al.*, 2018). Aguiar Pérez (2017) afirma que a qualidade de vida em sujeitos com esta patologia é afetada devido ao avanço dos sintomas. A evolução da morbidade gera a perda de capacidades funcionais da pessoa, requerendo que o indivíduo venha a se adequar e assimile estas mudanças drásticas na sua vida. É um impacto que causa no paciente um sentimento de tristeza e/ou desamparo. A equipe precisa considerar este quadro ao planejar o acompanhamento assistencial de forma integral à família, incluindo a avaliação psicológica de todos do núcleo familiar.

A ferramenta de abordagem familiar genograma tem sido bastante útil para visualização dos padrões de repetição ao longo das gerações, fornecendo mais dados sobre as doenças de transmissão hereditária. Entretanto, observou-se que a siringomielia, uma doença de etiologia multifatorial, idiopática, congênita ou pós-traumática, patologia da qual a paciente-índice é portadora, não mostrou padrão de repetição nas gerações trabalhadas pelo instrumento. Os demais membros da família não possuem morbidades.

Tais ferramentas de abordagem familiar, conforme Cunha *et al.* (2017), são valiosas para a construção de planos de cuidado de famílias e poderiam estar sendo mais utilizadas pelas equipes da ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem familiar foi de grande relevância para estreitar as relações dos membros da família e com a equipe da ESF. Possibilitou o conhecimento da estrutura e tipologia desta, além do processo saúde-doença-cuidado, proporcionando clareza e discernimento para propor uma linha de cuidado personalizada, apropriada e oportuna para o caso-índice deste estudo. A aplicação da escala de risco de Coelho e Savassi viabilizou para a ESF, de forma rápida e fácil, a escolha da família dentro dos critérios de risco. O genograma mostrou-se como uma ferramenta simples e viável para avaliação da dinâmica social da família. A experiência da aplicação de ferramentas de abordagem familiar permitiu constatar que um membro de uma família, quando doente, altera a dinâmica familiar, sendo o apoio da equipe multiprofissional de saúde de grande valia para minimizar essas alterações. Por meio do reconhecimento da dinâmica familiar, o plano de ação junto à família deverá ser construído, com respeito a seus limites e crenças, objetivando amenizar a problemática da família.

Trabalhar com famílias em seu contexto de vida comunitária é algo que as equipes da ESF

precisam retomar e aperfeiçoar, com o intuito de melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade, abordar melhor os casos de doentes crônicos que necessitam de cuidados especiais e reabilitação contínua. Evidenciou-se a oportunidade para estimular e direcionar a família na procura do apoio necessário para o cuidado integral, promovendo interação social entre seus membros e amigos, articulando o apoio social e os serviços de saúde disponíveis, com objetivo de oferecer-lhe todos os recursos necessários para enfrentamento da situação vivenciada. Esta ressignificação do processo de trabalho permitirá não somente a melhoria da qualidade de atendimento de tais sujeitos mas a ampliação do vínculo e a construção de uma relação afetiva entre sujeito-família-comunidade-trabalhadores da saúde/equipe, numa perspectiva de unicidade dialética e não de poderes hegemônicos instituídos e instituintes no território sanitário, seja na unidade de saúde, seja no lar. O estudo deixa claro ser indispensável o uso de ferramentas de abordagem familiar, para colaborar positivamente com os processos de trabalhos das equipes de saúde da família.

Frente aos benefícios das ferramentas de abordagem familiar, em especial a escala de Coelho e Savassi e genograma, torna-se importante a introdução desses instrumentos na ESF. Eles trazem melhoria na qualidade da assistência, tornam possível à equipe conhecer o modo como a família se distribui para o cuidado, as redes e recursos de que faz uso para se manter e quais os cuidados que precisam ser revistos e aprimorados, considerando as necessidades da pessoa doente. O estudo evidencia algumas limitações. Por ser estudo de caso, a amostra pode não balizar a generalização dos resultados, novos estudos são sugeridos em áreas afins com vistas à melhoria do cuidado integral.

REFERÊNCIAS

AGUIAR PÉREZ, B. C. **Manejo de calidad de vida en pacientes con siringomielia en las Islas Canarias (Grado en Enfermería)**. La Palma: Universidad de La Laguna, 2017. Disponível em: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5509/Manejo%20de%20calidad%20de%20vida%20en%20pacientes%20con%20siringomielia%20en%20las%20Islas%20Canarias..pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ALVES, A. P. *et al.* Ferramentas de abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família: relato de caso da Equipe Vila Greyce em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **EFDeportes Revista Digital**, v. 19, n. 202, 2015. Disponível em <https://www.efdeportes.com/efd202/abordagem-familiar-na-estrategia-saude.htm>. Acesso em: 30 jun. 2018.

BARRETO, M.; CREPALDI, M.A. Genograma no contexto do SUS e SUAS a partir de um estudo de caso. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n. 58, p. 74-85, 2017. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/pdf/nps/v26n58/n26a06.pdf. Acesso em: 30 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro

de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Melhor em Casa - A segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar. v. 2.** Brasília: MS, 2012. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP2.pdf. Acesso em: 30 mai. 2018.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/104>. Acesso em: 02 abr. 2018.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H.Y.S.O.; ARAÚJO, M.R.N. **A família como foco da Atenção Básica.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/referencia/0000002370>. Acesso em: 22 mai. 2018.

CUNHA, C. G. *et al.* Acidente vascular cerebral na gestação: estudo de caso com a utilização de ferramentas de abordagem familiar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, p. 1-12, 2017. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4740/pdf_801. Acesso em: 20 mai. 2018.

MELLO, D. F. *et al.* Interações de suporte à primeira infância: uso do genograma e ecomapa. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 179-184, 2019. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2017/1953>. Acesso em: 2 abr. 2018.

LACERDA, M. K. S. *et al.* Ferramentas de Abordagem Familiar: estudo de uma família cadastrada em uma equipe de estratégia saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 7, n. 1, p. 25-34, 2017. Disponível em: <https://www.periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaocientifica/article/download/3984/3184>. Acesso em: 17 jun. 2018.

MARTINEZ, M.; CHARRIS, J. A. I.; GARCIA, C. K. R. Siringomielia “idiopática”: a propósito de un caso. **Neurocirugía**, v. 19, n. 6, p. 556-561, 2008. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v19n6/7.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C.S.; GONÇALVES, L. H. T. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 685-690, 2012.

MELO, R. H. V. *et al.* Análise de risco familiar na Estratégia Saúde da Família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 3, n. 4, p. 58-71, 2013. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/reb/article/download/4437/4021/>. Acesso em: 18 mai. 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431-436, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0431.pdf>. Acesso em: 16 set. 2018.

MOREIRA, L. T. *et al.* Abordagem familiar: quando, como e porquê? Um caso prático. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 34, p. 229-236, 2018. Disponível em:

www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v34n4/v34n4a07.pdf. Acesso em: 30 jun. 2018.

NOBRE, L. L. R. *et al.* Abordagem familiar no âmbito da estratégia saúde da Família: uma experiência de cuidado interdisciplinar. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 458-468, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4901269.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

RODRIGUES, Q. F. *et al.* Abordagem familiar na estratégia saúde da família utilizando as ferramentas de acesso no cuidado em saúde mental. **Revista Unimontes Científica**, v. 18, n. 2, 2016. Disponível em: <http://ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/399/376>. Acesso em: 20 jun. 2018.

RODRIGUES, S. R. **A família como suporte à reabilitação da pessoa com deficiência: paraplégicos e tetraplégicos**. 2015. Dissertação (Mestrado em em Enfermagem de Reabilitação) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/10775>. Acesso em: 20 jun. 2018.

REBELO, L. Genograma familiar: o bisturi do médico de família. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 23, p. 309-317, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4425.pdf>. Acesso em: 8 set. 2018.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2017. *E-book*. Disponível em:

<https://www.uc.pt/fmuc/gabineteeducacaomedica/recursoseducare/livro28>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SILVEIRA, B. J. *et al.* Aplicação de ferramentas de abordagem familiar na Atenção Primária: um relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. sup. 15, s2002-s2008, 2018. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS386.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2018.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (NESCON). **Software álbum de família**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais/NESCON, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/genograma/>. Acesso em: 20 mai. 2018.

WRIGHT L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

CAPACIDADE FUNCIONAL E NECESSIDADE DE CUIDADOS EM IDOSOS: UM ESTUDO DE CASO

Francisca Nataiane Maciel Lima; Magda Almeida Freire;
Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva; Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto;
Ivaldinete de Araújo Delmiro Gémes; Eliany Nazaré Oliveira;
Maria Adelane Monteiro da Silva



INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno vivenciado na atualidade, trazendo crescentes demandas sociais e econômicas para os países. Envelhecer não significa estar ou ser doente, mas que cuidados diferenciados devem ser oferecidos a essa população, pois chegar à velhice remete a mudanças (SANTOS; TONHOM; KOMATSU, 2016).

Tais modificações podem levar ao declínio das capacidades funcionais, que, associadas às alterações emocionais, morfológicas e do funcionamento fisiológico dos órgãos e sistemas, refletem em dificuldades para a realização de atividades diárias, como o autocuidado e execução de tarefas simples, ocasionando, nos idosos, uma condição de sofrimento e pensamentos de inutilidade (ARAÚJO *et al.*, 2017; FERREIRA *et al.*, 2012).

Neste cenário, destaca-se a família como espaço de produção de cuidado, cujos membros estão articulados por laços de consanguinidade e/ou de afinidade. É considerada o principal pilar de apoio ao idoso em situação de dependência (CUSTÓDIO *et al.*, 2013).

O objetivo deste estudo foi avaliar a capacidade funcional de uma idosa em acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de caso descritivo sob abordagem qualitativa, realizado com uma família, tendo como índice um sujeito do sexo feminino e como cenário um território da ESF de Sobral – Ceará, no período de maio a julho de 2018.

O estudo de caso é um método que consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos casos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, contribuindo para a compreensão de fenômenos sociais complexos (YIN, 2015).

O acompanhamento da família se deu durante o módulo de Atenção Integral à Saúde da Família, do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A coleta das informações ocorreu por meio de entrevistas realizadas durante visitas ao lar e análise de prontuários, utilizando como ferramentas de abordagem o Genograma, o Ecomapa e o Índice de Independência em Atividades Básicas da Vida Diária ou Índice de Katz.

O Genograma é um diagrama, uma árvore familiar que representa a estrutura da família interna. É um instrumento que descreve de forma rápida a sua configuração e as relações familiares ao longo do tempo, permitindo também obter informações úteis sobre o desenvolvimento e funcionamento familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2012). O Ecomapa consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais, as relações entre a família e a comunidade.

Ajuda a avaliar os suportes disponíveis e sua utilização pela família, podendo apontar a presença de recursos. É o retrato de um determinado momento da vida de seus membros, portanto, dinâmico (BRASIL, 2013).

O Índice de Katz baseia-se numa avaliação da capacidade funcional, considerando o desempenho de seis funções relacionadas ao autocuidado (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação), definidas como Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) (KATZ *et al.*, 1963; PINTO *et al.*, 2016). A escala modificada é composta de seis questões e a pontuação é o somatório das respostas. Um total de seis pontos significa independência para ABVD, quatro pontos ou menos, dependência moderada, e dois pontos ou menos, muito dependente (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Foram considerados os preceitos éticos, conforme Resolução 466/2012, e os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e consentimento pós- informado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição do caso

T.M.A., 85 anos, sexo feminino, casada, natural de Sobral-Ceará, não alfabetizada, aposentada, católica. Tem diagnóstico médico de mal de Parkinson e depressão, antecedentes de hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo e fratura do ombro direito, resultante de um trauma por queda da própria altura. Manifesta sintomas depressivos e ansiosos. Faz uso apenas de medicação para o mal de Parkinson e abandonou o tratamento para depressão e HAS.

É matriarca de uma família de nove membros, composta por seu companheiro e seus sete filhos, cinco do sexo masculino e dois do sexo feminino. Atualmente, reside com o esposo J.P.L., 91 anos e os filhos P.S.P.L., 53 anos e F.P.L., 51 anos. Seu companheiro é aposentado e não alfabetizado. Os filhos estão desempregados, não são alfabetizados e têm histórico de tabagismo e alcoolismo. A renda familiar é proveniente da aposentadoria dos idosos, a casa é própria, composta por três cômodos em condições precárias de higiene e saneamento.

Genograma e Ecomapa

Figura 1. Genograma da família de T.M.A.

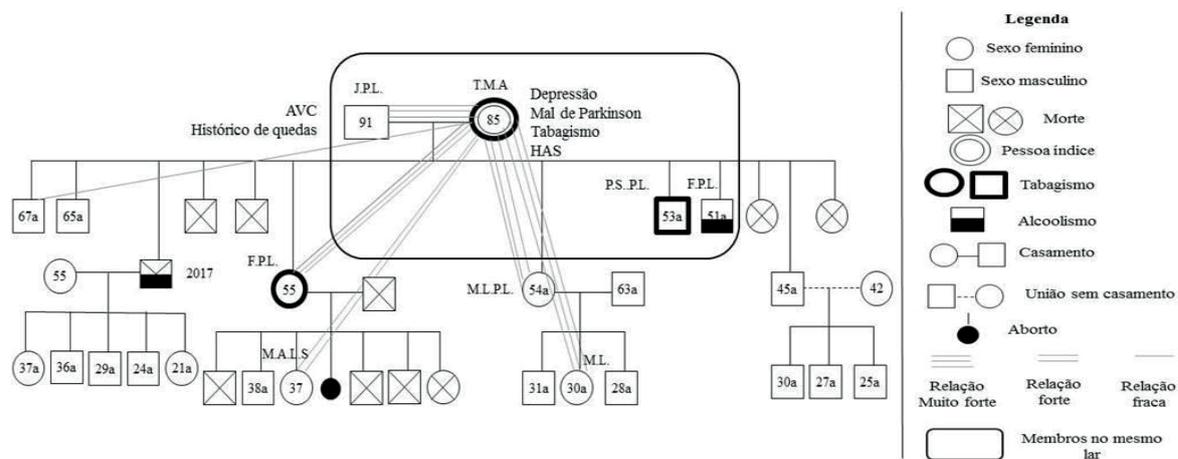
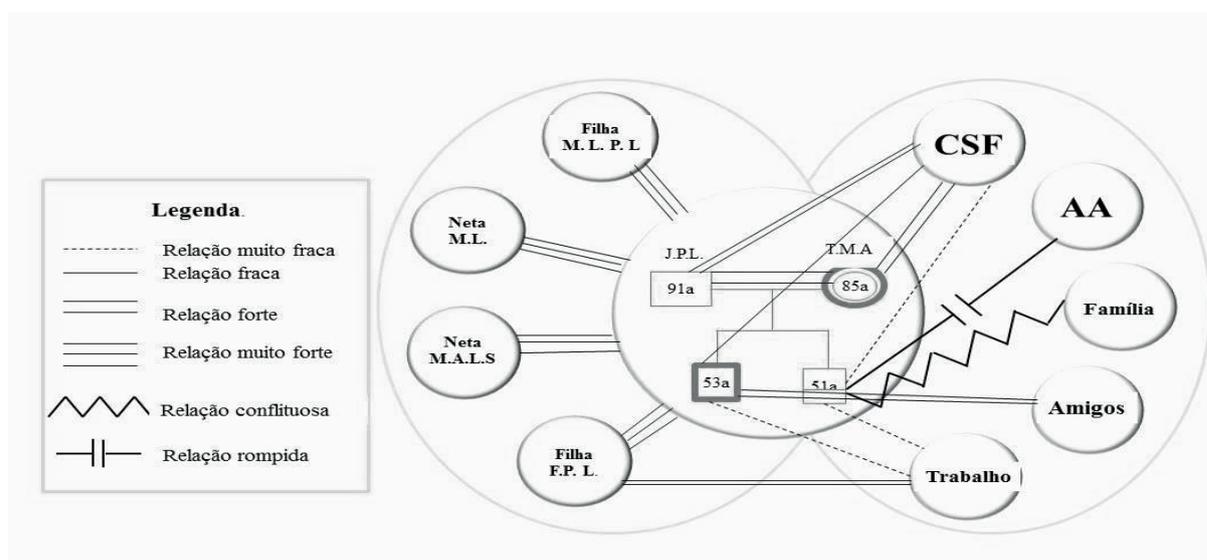


Figura 2. Ecomapa da família de T.M.A.



T.M.A. mantém uma ligação forte com o esposo e os filhos que moram com ela. Entretanto, foi evidenciada a presença de conflitos familiares decorrentes do alcoolismo de F.P.L., interferindo de forma negativa nas relações de dinâmica da família, contribuindo para um elo enfraquecido com o pai.

Identificou-se também que duas filhas e duas netas, que residem no mesmo bairro prestam cuidados aos idosos, por meio da realização de afazeres domésticos, auxílio nas ABVD, administração dos medicamentos, acompanhamento em consultas, configurando-se como um apoio familiar externo que potencializa o cuidado.

Ademais, constatou-se uma forte ligação com o trabalho de reciclagem realizado pela filha e com a vizinhança, e um elo rompido com o núcleo de Alcoólicos Anônimos (AA).

A família caracteriza-se fundamentalmente pelas interações instituídas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade, considerando sua complexidade, globalidade e diversidade, que ultrapassam as dimensões associadas à consanguinidade e à afinidade (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012).

Custódio *et al.* (2013) apontam que as redes de suporte familiar e da vizinhança asseguram, na maior parte das vezes, a continuidade de cuidados ao idoso dependente e, geralmente, não é fruto de uma decisão livre e consciente, mas sim da circunstância da relação familiar e/ou de proximidade.

No que se refere ao contexto comunitário revelou-se forte vínculo com a ESF que proporciona uma atenção integral para manutenção de seu estado de saúde, por meio de uma assistência multiprofissional, procurando envolver ações integradas para o cuidado da família.

A ESF tem como objetivo promover atenção centrada na família. A abordagem integral aos sujeitos e famílias na ESF é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais, que compõem as equipes interdisciplinares. Logo, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença-cuidado (VIEGAS; PENNA, 2013).

Índice de Katz

A tríade do cuidado da pessoa idosa é formada pelo idoso e seus familiares, pela comunidade e pela equipe de atenção à saúde. Essa tripla parceria é essencial ao tratamento das condições crônicas e ao gerenciamento do cuidado do idoso (BRASIL, 2006).

Identificar a funcionalidade dos idosos é fundamental para promover um envelhecimento ativo e mantê-lo com independência. Evidenciou-se que o caso-índice é muito dependente para as ABVD, atingindo pontuação zero que corresponde ao escore dois ou menos no Índice de Katz (Quadro 1).

Quadro 1. Índice de Katz do sujeito do estudo. Sobral, Ceará, Brasil, 2018.

Atividades Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência.	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação, ou assistência pessoal ou cuidado integral	
Banhar-se Pontos: 0	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, gênitais ou uma extremidade incapacitada.	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheiro ou requer assistência total no banho.	
Vestir-se Pontos: 0	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	(0 ponto) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.	
Ir ao banheiro Pontos: 0	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.	(0 ponto) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre.	
Transferência Pontos: 0	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	(0 ponto) Necessita de ajuda sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira.	
Continência Pontos: 0	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar ou evacuar)	(0 ponto) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.	
Alimentação Pontos: 0	(1 ponto) Leva comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	(0 ponto) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral.	
Total de pontos: 0	6 pontos = independente	4 pontos = dependência moderada	2 pontos ou menos = muito dependente

Necessita de ajuda para banhar-se, requerendo assistência total no banho, assim como para vestir-se, ir ao banheiro e se higienizar. Apresenta dificuldade na locomoção exigindo auxílio para sentar-se, deitar-se ou levantar-se da cama ou cadeira. Não apresenta total controle das eliminações intestinais e urinárias, e demanda apoio nos momentos de alimentação, intensificado devido aos tremores decorrentes do mal de Parkinson, associados, à recente fratura no ombro direito.

Os dados apresentados corroboram o estudo de Franco *et al.* (2018), realizado em uma ESF de Santa Rosa/RS, que demonstrou a relação da capacidade funcional com a idade, sendo evidenciado que a partir dos 70 anos é possível perceber mais facilmente uma diminuição da independência para uma ou mais ABVD e, que os maiores graus de dependência estão presentes em pessoas com idade superior a 75 anos.

A diminuição da capacidade funcional acarretou na idosa um sentimento de desânimo, tristeza e inutilidade, demonstrando sofrimento por não conseguir realizar atividades básicas do cotidiano, afetando de forma significativa a sua qualidade de vida. Confirmando esses achados, o estudo realizado por Farias-Antúnez *et al.* (2018) verificou que algumas das consequências decorrentes da incapacidade funcional incluem a limitação da autonomia do idoso na realização das atividades cotidianas, redução da qualidade de vida e aumento do risco de dependência, de institucionalização, e até mesmo de morte prematura.

Fatores individuais têm sido apontados como responsáveis pela incapacidade funcional, e estudos prévios evidenciam que o declínio das funções está relacionado a aspectos demográficos, socioeconômicos, como também às condições adversas de saúde, majoritariamente, às morbidades crônicas (BARBOSA *et al.*, 2014).

No estudo o sujeito-índice possui mais de uma condição crônica, reforçando as evidências de que o envelhecimento populacional está associado ao aumento das doenças crônicas e degenerativas (FRAZÃO *et al.*, 2018). Os resultados da pesquisa de Rocha *et al.* (2017) mostraram que o número de doenças crônicas é um fator importante para o comprometimento da funcionalidade.

A presença de doenças crônicas tem associação com a dependência para ABVD. Um estudo revelou que a HAS foi a condição crônica mais prevalente entre os idosos classificados como dependentes (BARBOSA *et al.*, 2014; PINTO *et al.*, 2016). Foi identificada, também, a correlação entre depressão e perda da capacidade funcional, na qual, segundo Araújo *et al.* (2017), ocorre um processo de “retroalimentação, onde o surgimento de um sintoma desencadeia o surgimento de outro que, por sua vez, reforça aquele primeiro sintoma, levando a um ciclo de perdas”.

Assim, analisar a funcionalidade e seus determinantes torna-se fundamental para a avaliação da saúde do idoso, visto que, com o aumento da expectativa de vida, surge a necessidade de retardar a ocorrência de incapacidades no idoso, preservando a sua autonomia e proporcionando-lhe melhores condições de bem-estar e o fortalecimento da qualidade de vida dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da família demonstrou o quanto é necessário conhecê-la, seus conflitos, relações, percepção do processo de saúde-doença-cuidado e suporte. Analisar a dinâmica da funcionalidade possibilitou identificar o grau de dependência para realização das ABVD no processo de envelhecimento, bem como os papéis assumidos pelos familiares no cuidado. Demonstrou a perda de autonomia da idosa, o que comprometeu a sua qualidade de vida.

Além disso, permitiu adquirir conhecimento acerca do método e dos instrumentos que podem ser aplicados no processo de trabalho, como uma forma de compreender melhor as necessidades das famílias do território da ESF.

Espera-se, portanto, sensibilizar os profissionais para importância da utilização de ferramentas de abordagem familiar, com objetivo de colaborar no planejamento da assistência prestada pela equipe da ESF que, apoiada no conhecimento dos fatores determinantes das dificuldades funcionais dos idosos poderá desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção de riscos, agravos e doenças e na reabilitação que reduzam as interferências funcionais, levando-os a uma situação de independência.

Como limitação desta pesquisa, destaca-se o estudo de um único caso e a não continuidade do acompanhamento, fazendo-se necessário o seguimento com uma investigação mais detalhada dos fatores associados à incapacidade funcional nos idosos, com a identificação de intervenções que possam promover a manutenção da capacidade funcional dessa população.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. K. N. *et al.* Functional capacity and depression in elderly. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3778-3786, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22627>. Acesso em: 11 set. 2018.

BARBOSA, B. R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf> Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2006. 192 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

CUSTÓDIO, J. *et al.* Cuidadores informais de idosos: os níveis de sobrecarga às formas de enfrentar dificuldades. In: NERI, D. S.; RUA, M.; TEIXEIRA, H. **Cuidadores de pessoas idosas: caminhos de mudança**. Aveiro: CIDTFF, 2013. p. 125-129. Disponível em: http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/E-bookCuidadores%20Informais%20Pessoas%20Idosas_Congressistas.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRAO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

FARIAS-ANTUNEZ, S. *et al.* Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, e2017290, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02-e2017290.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.

FRANCO, M. *et al.* Capacidade funcional de idosos adscritos em uma estratégia saúde da família do meio rural. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 15, n. 1, p. 62-75, 2018. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/7781>. Acesso em: 29 jun. 2019.

FRAZÃO, L. O. *et al.* Resiliência e capacidade funcional de pessoas idosas com diabetes mellitus. **Rev René**, v. 19, p. 1-7, 2018. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324054783022>. Acesso em: 28 jun. 2019.

FERREIRA, O. G. L. *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functions. **JAMA**, v. 185, n. 11, p. 914-919, 1963. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/666768>. Acesso em: 10 set. 2018.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S.; GONCALVES, L. H. T. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 685-690, 2012.

PINTO, A. H. *et al.* Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3545-3555, 2016.

ROCHA, J. P. Relação entre funcionalidade e autopercepção de saúde entre idosos jovens e longevos brasileiros. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 283-291, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5789>. Acesso em: 29 jun. 2019.

SANTOS, S. C.; TONHOM, S. F. R.; KOMATSU, R. S. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, (supl), p. 118-127, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6413/5220>. Acesso em: 10 set. 2018.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 133-141, 2013.

WRIGHT, L. M, LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM SOBRAL, CEARÁ

Ana Karoline Soares Arruda; Raissa Mont'Alverne Barreto;
José Cleano Dias Arruda; Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vem mudando o seu perfil de morbimortalidade com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) liderando as principais causas de morte, com destaque para o Acidente Vascular Cerebral (AVC), responsável por 10% dos óbitos na população adulta e consistindo no diagnóstico de 10% das internações hospitalares públicas (BRASIL, 2017).

Segundo Brito (2013), a incidência de AVC dobra a cada década após os 55 anos, ocupando posição de destaque entre a população idosa. Lotufo (2017) afirma que de todos os países da América Latina, o Brasil é o que apresenta as maiores taxas de mortalidade por AVC, sendo entre as mulheres idosas a principal causa de morte.

Existem diferenças notáveis entre homens e mulheres na epidemiologia do AVC, incluindo diferenças na incidência e mortalidade, tendo em vista que as mulheres têm maior risco de sofrerem um AVC ao longo da vida, maior risco de morte por AVC e maior risco de resultados funcionais ruins após AVC do que os homens (MADSEN; LISABETH, 2017).

Em pesquisa realizada por Bassi et al (2018) na qual investigavam a qualidade e hábitos de vida das pessoas acometidas por AVC, o sexo feminino apresentou maiores probabilidades de desenvolver a doença, tendo em vista que as mulheres apresentaram piores desempenhos quanto ao histórico de saúde e hábitos de vida. Além disso, pesquisas apontam que o sedentarismo, diabetes, tabagismo, obesidade, circunferência abdominal aumentada e hipertensão arterial sistêmica são maiores nas mulheres que nos homens (DINIZ; TAVARES, 2013).

Prevê-se que a prevalência de AVC em mulheres aumente rapidamente, devido ao aumento da idade média da população feminina global. Além disso, os fatores de risco vascular diferem entre mulheres e homens em termos de predomínio, uma vez que as evidências apoiam a importância clínica das diferenças sexuais no AVC. Observa-se a influência de alguns fatores de risco para o acidente vascular cerebral com mais intensidade em mulheres, tais como diabetes mellitus, fibrilação atrial e os distúrbios hipertensivos da gravidez, os quais também afetam o risco de adoecer décadas após a gravidez (CORDONNIER *et al.*, 2017).

Diante do significativo impacto do acometimento deste agravo entre mulheres, em especial, as idosas, este trabalho objetivou descrever o perfil epidemiológico e clínico das mulheres acometidas por AVC, no município de Sobral, Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, observacional, descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, o qual integra uma pesquisa maior, intitulada: Registro Epidemiológico e Biobanco

Brasileiro de Acidente Cerebrovascular, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), de base populacional, multicêntrica, prospectiva e observacional, ocorrida em uma cidade de cada macrorregião geográfica brasileira. Sobral foi contemplada na região Nordeste com a participação de 366 pessoas acometidas por AVC. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com parecer favorável nº 828.538.

Neste recorte, a amostra foi constituída por 178 mulheres diagnosticadas com AVC, atendidas nos serviços de urgência/emergência hospitalar, ambulatorios e em unidades básicas de saúde do município de Sobral, Ceará. A coleta de dados foi realizada durante o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, no banco de dados do Registro Epidemiológico e Biobanco Brasileiro de AVC.

A presença de sequelas foi avaliada segundo critérios da escala de Rankin modificada, os quais objetivam mensurar o grau de incapacidade e dependência nas atividades da vida diária em pacientes acometidos por AVC. A escala originalmente foi dividida em seis graus: o grau zero corresponde aos indivíduos sem sintomas residuais ou incapacidade e o grau cinco, aos indivíduos com incapacidade grave, restritos ao leito ou à cadeira, geralmente incontinentes. Posteriormente, a escala foi modificada com acréscimo do grau seis, que corresponde à morte (BRITO, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres entrevistadas apresentavam idade média de 70,7 anos (variando de 21 a 97), 76,9% delas com idade acima de 60 anos, 135 (75,8 %) afirmaram ser o primeiro episódio de AVC, 138 (77,5%) eram analfabetas ou fizeram até a quarta série do ensino fundamental, 16 (8,9%) completaram o ensino fundamental, 12 (6,7%) mulheres concluíram o ensino médio e apenas 6 (3,3%) finalizaram o ensino superior, e 6 tinham a escolaridade desconhecida.

Quanto à renda, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (ABEP, 2016), o qual mensura a classe social não a partir da renda propriamente dita, mas sim do nível de conforto, escolaridade e serviços públicos presentes na vida de cada família, constata-se que 50,5% (90 mulheres) encontram-se incluídas na classe social D (com renda familiar até R\$ 424,00 reais), seguida da classe C, contemplando 38,2% das entrevistadas (renda até R\$ 927,00 reais), 8,9% pertencentes à classe B (rendas entre R\$ 1.669,00 a R\$ 2.804,00 reais), apenas 1,6% encontravam-se na classe A (renda até R\$ 4.648,00 reais) e uma (0,5%) (apresenta renda de até R\$ 207,00 reais), constituindo a classe E. No que concerne à raça, 94 (52,8%) declararam-se pardas, 60 (33,7%) consideraram-se brancas, 22 (12,3%) afirmaram ser negras, 2 mulheres não responderam (1,2%).

Quando questionadas sobre antecedentes familiares para AVC, 46 (25, 8%) delas confirmaram a presença da doença entre os genitores e 47 (26,4%) mulheres confirmaram a presença do AVC entre parentes de primeiro grau. Quanto à classificação do AVC, prevaleceu o subtipo isquêmico (76,9 %), e os fatores de risco modificáveis identificados foram: hipertensão arterial sistêmica em 128 (71,9%)

mulheres, contudo, apenas 109 delas realizavam o tratamento regularmente. Das 178 mulheres, 50 (28%) afirmaram ter dislipidemia, 42 (23,5%) eram diabéticas, das quais 36 cumpriam regularmente o tratamento farmacológico, 38 (21,3%) eram cardiopatas, 37 (20,7 %) eram tabagistas e 25 (14%) consumiam bebidas alcoólicas.

De acordo com a escala de Rankin modificada, as mulheres que não manifestaram sintomas (rankin 0) totalizaram 37 (20,7%), 31 (17,4%) não apresentaram nenhuma deficiência significativa (rankin 1), 20 (11,2%) apresentaram uma leve deficiência (rankin 2), oito (4,4%) apresentaram deficiência moderada (rankin 3), 21 (11, 7%) manifestaram deficiência moderadamente grave (rankin 4), sete (3,9%) apresentaram deficiência grave (rankin 5) e 56 (31,4%) mulheres evoluíram para óbito intra-hospitalar, incluídas na classificação 6 de rankin.

Tabela 1. Caracterização das mulheres segundo as variáveis faixa etária, número de episódios, escolaridade, renda, raça, antecedentes familiares, subtipos, fatores de risco e avaliação funcional

VARIÁVEIS	N	%
Faixa Etária		
< 60 anos	41	23
60 – 65	11	6,1
66 – 70	18	10,1
71 – 75	28	15,7
76 – 80	27	15,1
> 80	53	29,7
Nº de episódios de AVC		
1º Episódio	135	75,8
> 1 Episódio	43	24,2
Escolaridade		
Analfabetas ou até 4ª série do ensino fundamental	138	77,5
Ensino fundamental completo	16	8,9
Ensino médio completo	12	6,7
Ensino superior	6	3,3
Desconhecida	6	3,3
Renda		
Até R\$ 4.648,00 reais	3	1,6
Entre R\$ 1.669,00 a R\$ 2.804,00 reais	16	8,9
Até R\$ 927,00 reais	68	38,2
Até R\$ 424,00 reais	90	50,5
Até R\$ 207,00 reais	1	0,5
Raça		
Pardas	94	52,8
Branças	60	33,7
Negras	22	12,3

Não declararam	2	1,2
Antecedentes Familiares		
Genitores com AVC	46	25,8
Parentes de primeiro grau com AVC	47	26,4
Sem antecedentes familiares para AVC	61	34,2
Desconhece antecedente entre quaisquer familiares	28	15,7
Subtipo de AVC		
Isquêmico	137	76,9
Hemorragico	15	8,4
Hemorragia Subaracnoide	9	5
Acidente Isquêmico Transitório	16	8,9
Não classificado	1	0,5
Fatores de Risco		
Hipertensão Arterial Sistêmica	128	71,9
Dislipidemia	50	28
Diabetes <i>Mellitus</i>	42	23,5
Cardiopatias	38	21,3
Tabagismo	37	20,7
Etilismo	25	14
Avaliação Funcional		
Sem sintomas	37	20,7
Nenhuma deficiência significativa	31	17,4
Leve deficiência	20	11,2
Deficiência moderada	8	4,4
Deficiência moderadamente grave	21	11,7
Deficiência grave	7	3,9
Óbito	56	31,4

No presente estudo constata-se a prevalência de AVC entre pessoas pertencentes às classes sociais mais baixas e com precário nível educacional, chamando a atenção o índice de analfabetismo e o nível de escolaridade até a 4ª série. Segundo demonstra o Estudo de Mortalidade e Morbidade do Acidente Vascular Cerebral (EMMA), em São Paulo, a diferenciação social não induz somente à maior incidência da doença cerebrovascular, mesmo em condições de atendimento médico adequado ao evento agudo, a mortalidade subsequente guarda relação com indicadores socioeconômicos, como menor grau de educação formal, o que representou um fator de risco para pior sobrevida a longo prazo (GOULART, 2016).

Um estudo nacional desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, em 2013, o qual foi considerado o mais completo sobre saúde e seus determinantes já realizado no Brasil, também revelou, em seus achados, maior prevalência de DCNT entre pessoas com níveis de educação baixos, padrão este detectado em vários estudos realizados em países desenvolvidos (MALTA, 2016).

Em um grande estudo de coorte prospectivo australiano, do qual um dos objetivos foi determinar se a associação entre o maior nível educacional e o AVC diferia por sexo e idade, sugere que a relação educação-acidente vascular cerebral está presente em homens e mulheres, mas pode ser marginalmente mais forte para as mulheres com baixa escolaridade do que para os homens, e desvantagem para as mulheres ao longo da vida (JACKSON *et al.*, 2018). Ademais, ressalta-se a importância da educação tanto de homens quanto de mulheres, para a saúde positiva ao longo da vida, o que deve ser refletido na saúde pública, na política educacional e na tomada de decisões governamentais.

Segundo a American Heart Association (2013), os fatores de risco para AVC dividem-se em não modificáveis, tais como idade (quanto mais idoso maior o risco), sexo (homens têm maior risco do que as mulheres), raça (negros, latino-americanos e asiáticos têm maior risco do que brancos), história familiar de AVC ou doença cardíaca e ter sofrido um AVC prévio ou ataque isquêmico transitório; e fatores de risco modificáveis, como pressão arterial elevada, doença cardíaca, doença arterial de carótidas, tabagismo, altos níveis de colesterol, diabetes, obesidade, sedentarismo e alcoolismo.

Nesta pesquisa, foi relevante a presença dos fatores de risco modificáveis em mulheres acometidas por AVC, com destaque para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemia e Diabetes *Mellitus*. A literatura destaca a HAS como o mais forte fator de risco correlacionado ao AVC, como também ressalta que a terapia anti-hipertensiva é capaz de reduzir a morbidade e mortalidade por essa causa. Para os idosos, o controle da hipertensão, além de diminuir significativamente o risco de serem acometidos por um AVC, reduz a incidência de demência (CAMAFORT; SIERRA, 2016).

Adicionalmente, na coorte de Bambuí, estado de Minas Gerais, a incidência de hipertensão foi significativamente mais elevada entre os pobres e entre aqueles com menor educação formal, independentemente de fatores relativos à etnia e ou ancestralidade genética (LIMA-COSTA, 2016). Por essa razão, ações ligadas diretamente à identificação, ao tratamento e controle da hipertensão arterial devem ser consideradas determinantes principais para a redução da mortalidade: primeiro, por diminuir a incidência da doença; segundo, por alterar a história natural da doença, reduzindo a letalidade (LOTUFO, 2017).

Na revisão de Madsen *et al.* (2018), os autores demonstram que os fatores de risco tradicionais de AVC podem ser potencializados nas mulheres. Adiposidade abdominal, síndrome metabólica e diabetes mellitus parecem interagir com o sexo biológico e conferem um risco maior às mulheres. A fibrilação atrial continua a ser uma das principais causas de AVC de grande porte, resultando em mau prognóstico, com as mulheres experimentando maior incidência proporcional de acidente vascular cerebral e morte como resultado.

Segundo Kaplovitch e Anand (2018), as diferenças entre os sexos na sobrecarga do AVC são mais influenciadas pelas diferenças na carga do fator de risco cardiovascular, assim, os maiores ganhos na prevenção do AVC virão do aumento da triagem e do tratamento desses fatores de risco primários em mulheres no início da vida, especialmente nas obesas, durante a gravidez, e naqueles de

grupos étnico-raciais de alto risco.

As doenças cerebrovasculares, contudo, são apontadas como Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde – CSAP, as quais são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas por meio de uma atenção primária oportuna e eficaz (BRASIL, 2008). Ademais, o controle e acompanhamento longitudinal com vigilância à saúde podem melhorar a adesão aos tratamentos para as DCNT e diminuir a incidência de eventos agudos que precipitem o AVC. Portanto, a Estratégia Saúde da Família assume uma posição privilegiada dentro da linha de cuidados integrada para a assistência em AVC, com ações capazes de influenciar em sua prevenção primária e secundária, além da redução da morbimortalidade (BRASIL, 2012).

CONCLUSÕES

A partir dos resultados deste estudo, evidenciou-se que a incidência de AVC é significativa entre mulheres com mais de 60 anos, pardas, com baixo grau de escolaridade e renda familiar menor que um salário mínimo. Quanto aos aspectos clínicos prevaleceram o subtipo isquêmico e a presença de fatores de risco modificáveis para o AVC, predominando a HAS, além de dislipidemia, Diabetes *Mellitus*, tabagismo e etilismo.

Quanto à avaliação funcional por meio da escala de Rankin modificada, verificou-se que 49,7% das mulheres não apresentaram sintomas ou apenas uma leve deficiência, com a qual é possível ainda realizar atividades da vida diária. No entanto, houve expressiva letalidade com uma em cada três mulheres diagnosticadas evoluindo para óbito.

Este estudo apresentou como limitação a coleta de dados em único momento, não sendo possível realizar um acompanhamento longitudinal dos casos a fim de conhecer a evolução da doença. Ademais, a população investigada restringe-se aos moradores de um município do interior nordestino, não sendo possível realizar maiores inferências acerca dos achados.

Tendo em vista o impacto do AVC como problema de saúde pública e seu carácter evitável por meio de ações de vigilância e monitoramento dos fatores de risco, os achados deste estudo trazem informações relevantes as quais podem auxiliar na elaboração de ações de estruturação e operacionalização de um sistema de vigilância específico, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência da doença e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção de saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), e às instituições que colaboraram com a coleta de dados em Sobral, a saber: Secretaria de Saúde, Santa

Casa de Misericórdia, Hospital Regional Norte, Policlínica, Centros de Saúde da Família e a todos os profissionais que contribuíram com os pesquisadores.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil – 2016**. Disponível em: <http://www.abep.org/>. Acesso em: 03 set. 2018.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack a statement for healthcare professionals. **Stroke**, v. 37, p. 577-617, 2013.

BASSI, A. K. Z. *et al.* Condições sociodemográficas de adultos saudáveis no desenvolvimento do acidente vascular encefálico. **Saber Científico**, v. 7, n. 1, p. 34-47, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acidente Vascular Cerebral**. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc>. Acesso em: 03 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (avc) na rede de atenção às urgências e emergências**. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221**. Lista de condições sensíveis à atenção primária. Brasília: MS, 2008.

BRITO, R. G. *et al.* Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. **Revista Neurociências**, v. 21, n. 4, p. 593-599, 2015.

CAMAFORT, M.; SIERRA, C. Hipertensión arterial y demência: una relación compleja. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 51, n. 1, p. 3-4, 2016.

CORDONNIER, C. *et al.* Stroke in women – from evidence to inequalities. **Nature Reviews Neurology**, v. 13, p. 521–532, 2017.

DINIZ, M. A.; TAVARES, D. M. S. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. n. 4, p. 885-892, 2013.

GOULART, A. C. EMMA Study: a Brazilian communitybased cohort study of stroke mortality and morbidity. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 134, n. 6, p. 543-554, 2016.

JACKSON, C. A. *et al.* Education, sex and risk of stroke: a prospective cohort study in New South Wales, Australia. **BMJ Open**, v. 8, e024070, 2018.

KAPLOVITCH, E.; ANAND, S. S. **Stroke in women: recognizing opportunities for prevention and treatment.** *Stroke*, v. 49, n. 3, p. 515-517, 2018.

LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Socioeconomic position, but not african genomic ancestry, is associated with blood pressure in the Bambui-Epigen (Brazil) Cohort study of aging. **Hypertension**, v. 67, n. 2, p. 349-355, 2016.

LOTUFO, P. A. *et al.* Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global burden of disease 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, suppl 1, p. 129-141, 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 153, 2016.

MADSEN, T. E. *et al.* Impact of conventional stroke risk factors on stroke in women: an update. **Stroke**, v. 49, p. 536–542, 2018.

MADSEN, T. E.; LISABETH, L. D. Identifying Strategies to Reduce Poor Outcomes in Women With Stroke. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 10, n. 2, e003546, 2017.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO CONTRIBUIÇÃO PARA ATIVIDADES GRUPAIS COM GESTANTES

Lycélia da Silva Oliveira; Viviane Oliveira Mendes Cavalcante;
Maria Adelane Monteiro da Silva; Ana Karina de Sousa Gadelha;
Eliany Nazaré Oliveira; Susana Maciel Pinto



INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem sua base conceitual no pressuposto da aprendizagem significativa, que sugere a transformação das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica em as práticas reais, por envolver mudanças nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nos profissionais, por meio do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho. Dessa forma, é proposto que os processos de qualificação dos trabalhadores ocorram por meio do enfrentamento criativo das situações de saúde (BRASIL, 2004).

Diante dessa perspectiva profissional, torna-se necessária a adoção de metodologias que levem em conta as experiências dos participantes e o contexto em que estão inseridos, proporcionando a problematização de suas práticas. Assim, as ações educativas devem essencialmente ser dirigidas à construção do conhecimento de forma ativa, colocando os envolvidos como protagonistas do processo de aprendizagem, tornando-os corresponsáveis pela sua trajetória educacional (PRADO *et al.*, 2012).

Os profissionais envolvidos no cuidado às gestantes, têm um papel fundamental de escuta atenta, expressando-lhes apoio e confiança, para que as mulheres possam conduzir com autonomia suas gestações e partos. Por isso, é conveniente o estímulo a trocas de experiências entre as gestantes e os profissionais da saúde, sendo oportuna a realização de ações educativas que facilitem a compreensão do processo gestacional. Dessa forma, entende-se que a educação deve compor processos pedagógicos que, em vez de práticas formativas, prescritivas e generalizáveis, se desenvolvam em múltiplas formas de ação, fundamentadas em necessidades contextualizadas (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Destarte, o campo de práticas está permanentemente produzindo conhecimento e agindo tecnologicamente no campo do cuidado. E isso acontece a partir da troca de saberes e nos modos de agir, e saberes, produzindo sentido ético e político no campo da saúde. Cabe aos profissionais estarem sensíveis à mudança, constituindo-se um agente da transformação (MERHY, 2015).

Compreendendo-se a importância da orientação no processo gestacional e a condução do cuidado grupal com gestantes, visualizou-se a necessidade de proporcionar aos profissionais da unidade de saúde momentos de reflexão das atividades grupais com gestantes. O estudo possibilita uma reflexão aos profissionais da saúde e lhes dá uma oportunidade de transformação nos processos de trabalho que envolvem atividades grupais destinadas às gestantes, fortalecendo o grupo como estratégia de cuidado. Assim, este estudo busca relatar momentos de educação permanente com profissionais, acerca das atividades grupais com gestantes, utilizando o Arco de Maguerez.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de caráter qualitativo, realizada a partir do recorte de um Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, vinculado à Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, intitulado “Entre saberes e fazeres da gestão: tecendo novas práticas em saúde”.

O estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde da Família Dr. Everton Mont’Alverne, em Sobral - CE, durante o período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018. Os participantes do estudo foram 4 enfermeiras, 1 médica, 20 ACS, 3 técnicos de enfermagem, 2 cirurgiãs-dentistas, dois auxiliares de saúde bucal, 5 residentes multiprofissionais em Saúde da Família, totalizando 37 participantes.

Para coleta das informações foram utilizados as técnicas da observação participante e o diário de campo, associados ao Arco de Maguerez como referencial teórico-metodológico.

A observação participante inscreve-se numa abordagem de observação etnográfica na qual o observador participa ativamente nas atividades de recolha de informações, sendo requerida a capacidade de o investigador se adaptar à situação (PAWLOWSKI *et al.*, 2016). O diário de campo expressa as informações referentes aos contextos físicos, culturais, sociais e afetivos que estão sendo estudados: tudo o que se observa no ambiente, acompanhado de todas as expressões verbais e não verbais que ocorrem. Registram-se as reflexões referentes ao método empregado, ao tema e aos seus sentimentos em relação ao estudo (PATRÍCIO, 1995).

Quanto ao Método do Arco de Maguerez, trata-se de uma estratégia de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da problematização, a partir da participação ativa dos sujeitos, em que estes possam observar a realidade à qual estão inseridos para atuar de forma a transformar a realidade (BORILLE *et al.*, 2012). O método foi criado por Charles Maguerez e divide-se em cinco etapas: *a observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade* (BORDENAVE; PEREIRA, 2004).

A observação da realidade caracteriza-se por problematizar e “empoderar” os participantes na busca de respostas que possam contribuir para superação do problema. Os pontos-chave caracterizam-se por compreender como está representado o problema naquela comunidade. A teorização compõe a organização de evidências científicas, reunindo um acervo teórico que apoie as atividades educativas. Nas hipóteses de solução são traçadas propostas para intervir na realidade, identificando os objetivos a serem alcançados e as estratégias a serem utilizadas. A aplicação à realidade contribui para superar as condições de opressão e sofrimento social (ARAÚJO; ALMEIDA; THERRIEN, 2013).

Figura 1. Arco de Maguerez.



Fonte: Adaptado a partir de Bordenave (1998).

A intervenção aconteceu em dois momentos: inicialmente conversou-se com a gerente da unidade de saúde, a fim de apresentar os objetivos do estudo e, em seguida, foi agendado um encontro com os profissionais da saúde para problematizar o processo de cuidado das gestantes em grupos.

O estudo foi desenvolvido com base na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e respeita os princípios da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (BRASIL, 2012). Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) por meio do parecer nº 2.399.751.–

RESULTADOS

A intervenção ocorreu utilizando-se as duas primeiras etapas do Arco de Maguerez: observação da realidade e levantamento dos pontos-chaves por meio de um momento presencial com os profissionais de saúde, desenvolvido no formato de oficina.

Para iniciar o momento, realizou-se uma dinâmica inicial com os profissionais, a fim de promover uma acolhida e aproximá-los ao momento proposto. Os participantes recebiam uma cartela com 15 características, entre elas: gosta de trabalhar conduzindo grupos, sente dificuldades em trabalhar com grupo, já participou do grupo de gestantes, entre outras. A dinâmica consistiu em preencher a cartela com os nomes dos profissionais e correlacionar a característica com o nome do que estivesse presente, fazendo assim com que os participantes interagissem e avaliassem suas características relacionadas ao trabalho grupal.

O momento objetivou o reconhecimento dos profissionais que apresentavam maior proximidade com a abordagem grupal, e quais enfrentavam dificuldades na condução ou na participação dos grupos. Essa atividade possibilitou uma autoavaliação diante da dinâmica de trabalho na Atenção Primária à Saúde, bem como identificou entre os colaboradores características e potencialidades para o trabalho coletivo. Após este momento, iniciaram-se duas etapas do Arco de Maguerez: observação da realidade e levantamento dos pontos-chave.

Observação da realidade

Iniciou-se o momento apresentando um vídeo com fotos de vários momentos do grupo de gestantes, realizando uma retrospectiva das atividades desenvolvidas no grupo, bem como estimulando uma reflexão e discussão sobre abordagens grupais para com as gestantes, no intuito de os participantes relatarem o que observavam, e quais sentimentos advinham dos momentos expostos.

Cada participante recebeu uma tarjeta, em que deveria responder ao questionamento: “Enquanto profissional, você consegue perceber importância/relevância do grupo de gestantes, por quê?”. Os profissionais tiveram a oportunidade de compartilhar informações sobre o cuidado das gestantes, identificando-se como colaboradores da mudança nesse processo.

Henriques *et al.* (2015) referem que o grupo de gestantes é uma estratégia valiosa na promoção da saúde materna, tendo em vista a contribuição das informações e trocas de experiências que contribuem para uma vivência mais segura e humanizada. A integração no grupo permite à gestante multiplicar informações, pois as interações suscitadas entre as integrantes e os profissionais da saúde proporcionam a promoção da saúde (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2016). Dessa forma, a integração grupal permite as vivências e experiências compartilhadas, tornando a gestação um processo de saúde mais confiante.

Na observação da realidade, ocorre a intervenção no cenário, possibilitando a interação grupal diante dos problemas e, assim, transformando práticas e processos anteriormente falhos (CAUDURO *et al.*, 2017). Dessa forma, por meio da realização da atividade, foi possível identificar as perspectivas quanto ao trabalho grupal com as gestantes. Os profissionais relataram a sua experiência com as atividades grupais, sendo realizada uma análise das ações desenvolvidas e dos benefícios identificados com as atividades grupais. Os participantes falaram sobre a relevância do grupo para todos os envolvidos, para as gestantes possibilitava o aprendizado e a troca de experiências entre elas e profissionais, tendo como benefício o diálogo e o apoio multiprofissional.

Durante a atividade, os participantes reconheceram a importância de se trabalhar em grupo. Entre os benefícios indicaram a melhora no compartilhamento das informações e o fato de o grupo ser um espaço terapêutico de transformação e vinculação social (não apenas um espaço para ensinar as gestantes, mas também um momento de diálogo e apoio, em que a figura central são as

próprias gestantes e suas aspirações), por meio de assuntos variados que incorporam e estimulam o pensamento crítico dos envolvidos. Proporciona também a utilização de tecnologias ativas como estratégias promotoras da saúde.

Foi observado que os colaboradores estavam sensibilizados a contribuir nos encontros grupais, sentindo-se gratos, valorizados e felizes por compreenderem a importância das atividades grupais também na vida das mulheres e por saberem que muitas ações desenvolvidas são cruciais para a condução da gestação de forma positiva e saudável. Também são importantes para as gestantes, por ser um momento de descontração e construção de novos vínculos.

A educação permanente não diz respeito somente a uma questão metodológica, na qual os problemas do serviço viriam à tona para serem resolvidos, mas também para vivenciar conteúdos que ampliam a visão dos trabalhadores, com compreensão do trabalho em saúde. Isso se torna possível pela compreensão e concepção dos profissionais como sujeitos formadores de conhecimento e por meio do estímulo e da elaboração coletiva do saber (MELO; QUINTAO; CARMO, 2015).

Figura 2. Educação Permanente em Saúde - 1º Encontro.



Levantamento dos Pontos-chave

Durante a atividade também foi questionado com os participantes: Quais as principais dificuldades encontradas pelos profissionais na condução dos grupos de gestantes?

Foi possível levantar alguns pontos-chave, no que concerne à indagação, entre eles a resistência dos profissionais da saúde em realizar atividades grupais; dificuldade na organização do cronograma

das atividades; e falta de interesse em serem facilitadores e/ou apoiadores dos grupos. Também foram apontadas a sobrecarga das equipes de saúde, a rotatividade dos profissionais na unidade de saúde e o seu despreparo para o manejo das atividades grupais. Por fim, constatou-se que as práticas grupais não eram priorizadas.

Obstáculos como a não cooperação e a alta rotatividade dos profissionais são os principais entraves para a integralidade e efetividade do trabalho (DUARTE; BOECK, 2015). A rotatividade dos profissionais, em especial os de Enfermagem, foi um fator citado pelos participantes que dificultava a continuidade das práticas de saúde, comprometendo tanto a realização de atividades de atendimento individual, como grupal.

Durante o encontro também foram citadas a necessidade e a relevância do profissional de enfermagem para a realização das atividades. Muitos profissionais acreditam que a função de coordenador de grupo deve ser específica da categoria de enfermagem. Dessa forma, a presença do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família tem-se mostrado fundamental para a expansão, consolidação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Isso, porque esse profissional possui atribuições várias, de naturezas diversas que contemplam desde a organização das atividades, ao funcionamento do centro de saúde, e assistência direta ao indivíduo e à comunidade (CAÇADOR *et al.*, 2015).

A existência de lacunas de conhecimento na formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, no que concerne ao trabalho em grupos, também foi outra realidade constatada que pode fragilizar as práticas em saúde. Assim, Ceccim e Feuerwerker (2004) relatam que, para a gestão das ações educativas, deve-se ter como base o “quadrilátero de formação”: o ensino, a gestão, a atenção e o controle social, constituindo-se um espaço concreto de participação dos diversos sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde, estabelecendo critérios de relevância para a qualificação dos trabalhadores.

Foi identificado que os profissionais operacionalizavam o encontro grupal em forma de palestras, comprometendo ainda mais o interesse dos usuários nas atividades coletivas. Tradicionalmente, nos grupos educativos, há prevalência de passagem de informação de forma verticalizada pelos profissionais da saúde, fragilizando a integração e discussão coletiva (FORTUNA *et al.*, 2013).

A transferência de conhecimento deve priorizar o surgimento de variadas formas de ensinar e aprender, por meio de uma relação dialógica, em que a simples transferência de informações seja substituída pela construção ativa do conhecimento (GOMES *et al.*, 2010; FREIRE, 2006).

Este tema foi importante para reflexão e problematização das principais necessidades encontradas pelos profissionais a serem trabalhadas no aprimoramento de suas práticas no cuidado grupal com as gestantes. Esta reflexão foi necessária para realização da terceira, quarta e quinta etapas do arco, que serão compartilhadas em pesquisas posteriores.

Compreende-se que o Arco de Maguerez instrumentaliza os participantes a produzirem mudanças nas práticas de saúde, problematizando-as não em abstrato, mas no concreto do trabalho, e

construindo novas estratégias que aproximam os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada, de qualidade e equidade (CECCIM, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção possibilitou um primeiro passo para a compreensão acerca do processo de trabalho com grupos. Haja vista a exploração do assunto evidenciar uma necessidade profissional, para aprimoramento de práticas de saúde, e permitir que os participantes expusessem as suas experiências e dificuldades. Valorizou a percepção dos envolvidos, possibilitou ofertar um tipo de cuidado que não se caracterizasse apenas como curativo, ou medicamentoso, estimulando o desenvolvimento de atividades com ênfase na promoção da saúde.

Os profissionais mostravam-se sensibilizados e dispostos a colaborar com as atividades grupais, e convém registrar que, apesar das dificuldades apresentadas pelos participantes, a atividade despertou o interesse em melhorar os processos de trabalho, mobilizando os demais profissionais e evidenciando estarem disponíveis a tornar o espaço grupal um encontro de saberes, em que aos profissionais não cabe a função de ensinar, mas de construir conhecimento de forma coletiva.

Em relação à metodologia empregada, a utilização do Arco de Maguerez demonstrou ser efetiva por problematizar o processo de trabalho grupal. Envolveu diferentes trabalhadores; fomentou a interação entre diferentes categorias profissionais; possibilitou a escuta mútua e a elaboração coletiva de estratégias para a melhoria dos serviços ofertados aos usuários do sistema de saúde, valorizando os conhecimentos e as habilidades dos envolvidos.

Assim, recomendam-se momentos que busquem reflexões, focalizem a realidade do cotidiano de trabalho das equipes de saúde, sensibilizem os profissionais quanto ao seu compromisso e responsabilidade na atuação das atividades grupais e proponham ações que incentivem a qualificação profissional na Atenção Básica.

A intervenção realizada resultou em um aprimoramento profissional, estimulando o surgimento de ideias e do aprendizado coletivo, bem como contribuiu na qualificação dos trabalhadores com a incorporação de outros saberes por meio de uma ação refletiva. O fazer saúde requerer uma lógica de organização que demanda o desenvolvimento de um processo educacional contínuo, que possibilita o aprendizado de outros conhecimentos e formas de atuação, intermediado pelo diálogo, visando à reflexão do processo de trabalho para a produção do cuidado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M; ALMEIDA, M. I; THERRIEN, S. M. N. Educação em Saúde: reflexões para promoção da Vigilância à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Med. Book, 2013.

BORILLE, D. C *et al.* A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 209-216, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a24v21n1.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Resolução 466/12**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília: MS, 2012.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **A estratégia de ensino-aprendizagem**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

CAÇADOR, B. S. *et al.* Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **REME**, v. 19, n. 3, p. 612-626, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportarpdf/1027/v19n3a07.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

CAUDURO, F. L. *et al.* Uso da problematização com apoio do Arco de Maguerez como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente. **Espaco e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 150-156, 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/28769>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **INTERFACE – comunicação, saúde, educação**. v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DUARTE, M. L. C.; BOECK, J. N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 709-720, 2015.

FORTUNA, C. M. *et al.* Educação permanente na estratégia saúde da família: repesando os grupos educativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 47-65, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf. Acesso em: 12 mar. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

HENRIQUES, A. H. B. *et al.* Grupo de gestantes: Contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, 2015. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2015_v28_n1_artigo3.pdf. Acesso em: 28 jan. 2019.

MELO, M. B; QUINTÃO, A. F; CARMO, R. F. O Programa de qualificação e desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 86-99, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0086.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2019.

MERHY, E. E. Educação Permanente em movimento- uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**. v. 1, n. 1, 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/article/view/3>. Acesso em: 20 mar. 2019.

PATRÍCIO, Z. M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável**: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. 215 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Saúde/Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/76294>. Acesso em: 18 jan. 2019.

PAWLOWSKI, C. S. Comportamento da atividade física das crianças durante o recesso escolar: um estudo piloto usando GPS, acelerômetro, observação participante e entrevista com comparativo. **Plos One**, v. 11, n. 2, 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148786>. Acesso em: 18 jan. 2019.

PRADO, M. *et al.* V. Arco de Charles Maguerez: Refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 172-177. 2012.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G *et al.* Promovendo a autoestima na gestação: foco no acolhimento. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 7, n. 2, 2016. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/801/326>. Acesso em: 28 jan. 2019.

VASCONCELOS, M. F. F. *et al.* Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, v. 20, n. 59, p. 981-991, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807-5762-icse-1807-576220150707.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

ARCO DE MAGUEREZ COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DO CENTRO POP DE SOBRAL, CEARÁ

Lorena Saraiva Viana; Eliany Nazaré Oliveira; Roberta Magda Martins Moreira;
Heliandra Linhares Aragão; Bruna Torres Melo; Andressa Galdino Carvalho



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, houve alguns avanços na Política Nacional sobre Drogas no Brasil, com modificações importantes na Lei sobre drogas, mediante o desenvolvimento de novos dispositivos para promoção de acolhimento, escuta e cuidado, além da criação de ações voltadas para a Política de Redução de Danos (PRD), buscando promover melhoria da qualidade de vida e fortalecimento da autonomia dos usuários (SOUZA; MESQUITA; SOUSA, 2017).

Neste contexto de uso de substâncias psicoativas inserem-se alguns grupos específicos, dentre eles, as pessoas em situação de rua. Esse grupo é caracterizado como uma população heterogênea, composta por pessoas com diferentes realidades, que passam a ter a rua como espaço de moradia e existência, por diversos motivos, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. Portanto, o seu uso abusivo por esse público torna-se um meio para amenizar as consequências de um sintoma da insanidade social que exclui e agride profundamente estas pessoas. (TONDIN; BARROS; PASSOS, 2013).

Seguindo-se essa lógica, o desenvolvimento de atividades de redução de danos voltadas aos profissionais que atuam no cuidado a esse público torna-se fundamental, pois busca amenizar a estigmatização e o preconceito em relação à pessoa em situação de rua. Visa também à elaboração de estratégias de cuidado mais próximas da realidade dos sujeitos, com noções de cuidado e autocuidado contextualizadas e compartilhadas, valorizando-se a sua autonomia (DANTAS; CABRAL; MORAES, 2014).

Nessa perspectiva, este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) com os profissionais envolvidos no cuidado à população de rua sobre a Política de Redução de Danos, mediante utilização do Arco de Magueréz.

METODOLOGIA

O presente estudo foi construído a partir dos fundamentos teóricos da pesquisa intervenção, utilizando-se a abordagem qualitativa. A intervenção aconteceu junto aos profissionais do Centro Pop (Centro de Referência Especializada para População em Situação de Rua), durante o mês de agosto a dezembro de 2018, totalizando três oficinas.

O planejamento e a operacionalização das oficinas foram fundamentados pela Metodologia da Problematização, apoiada no Arco de Magueréz, como fio condutor das atividades. Seguiu-se a organização das cinco etapas dessa metodologia: observação da realidade (problema); Pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade (prática) (BRASIL, 2009).

Figura 1. Etapas para elaboração do Arco de Magueréz.



Fonte: Bordenave (2005)

Para melhor sistematização das informações, o trabalho foi organizado em duas etapas: observação e problematização da realidade (primeira oficina) em que foram discutidos as potencialidades, desafios e fluxo do cuidado à Pessoa em Situação de Risco (PSR); e as propostas de intervenção aos profissionais no âmbito da PRD (segunda e terceira oficina), fundamentadas em oficinas teórico-práticas e utilização da metodologia do Mapa Falante.

A Análise de Conteúdo (AC) foi adotada como estratégia de análise das intervenções, em que se buscou dividir as discussões em núcleos de sentido, permitindo-se realizar uma descrição multifocal do conteúdo que foi encontrado (BARDIN, 2004).

O trabalho obedeceu aos princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, sob o parecer de nº 3.002.885. Ademais, para que os nomes dos sujeitos fossem resguardados, os profissionais foram identificados por meio de um sentimento associado à palavra “POP”.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES —●

Primeira etapa: Observação e Problematizações acerca do cuidado à pessoa em situação de rua (1ª Oficina)

Na primeira oficina, colocou-se em prática a primeira etapa do Arco de Magueréz, (observação da realidade) que consistiu na participação ativa dos sujeitos (neste caso, os profissionais envolvidos

no cuidado à pessoa em situação de rua) para um olhar atento e sensível da realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 2005). Utilizou-se um momento vivencial com papelões e fotos de diferentes locais onde esse público mais acessa junto aos profissionais, a fim de que eles pudessem se visualizar como PSR.

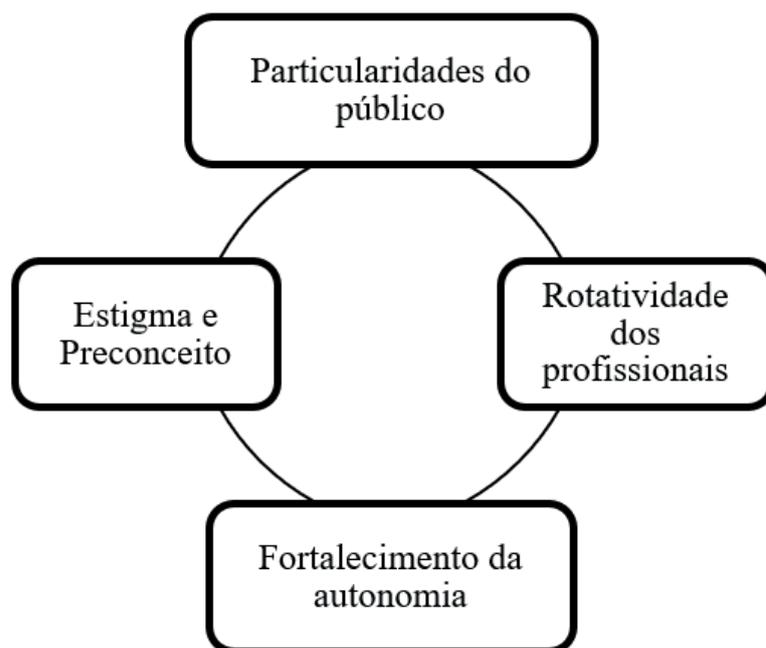
Após essas reflexões, deu-se início à segunda etapa do Arco de Maguerez na primeira oficina, em que se tentou identificar os Pontos-chave envolvidos acerca do que foi observado na realidade de trabalho dos profissionais. Utilizou-se de algumas perguntas norteadoras: “Quais os principais desafios encontrados nesse cuidado?” “Quais as principais potencialidades?” “Como acontece o fluxo?”.

Diante disso, identificaram-se alguns pontos que foram fundamentais para ser trabalhados nas oficinas posteriores. A partir dessa identificação, levantaram-se algumas temáticas para melhor discussão e análise desses primeiros resultados que serão descritos a seguir.

Pedregulhos encontrados no cuidado à Pessoa em Situação de Rua (PSR)

A partir das falas, identificaram-se as seguintes dificuldades no cuidado à PSR: particularidades do público; estigma e preconceito; fortalecimento da autonomia dos usuários e rotatividade dos profissionais, conforme figura abaixo:

Figura 2. Dificuldades encontradas pelos profissionais do CAPS AD e CENTRO POP no cuidado à PSR.



Fonte: Própria.

Acerca dos desafios do cuidado, a maioria dos profissionais apontou que o trabalho junto à PSR é desafiador, devido às características e particularidades dessa população, como o nomadismo, que, por sua vez, pode ser compreendido como uma situação permanente de circulação itinerante da PSR por diferentes regiões, o que dificulta a continuidade do cuidado (WIJK; MÂNGIA, 2017), como é colocado na fala do profissional abaixo:

Adequar estratégias de cuidado ao modo de vida deles é um pouco complicado, é difícil porque eles estão em situação de rua. O estar em situação de rua é um desafio por si só. Então, adequar estratégias dentro da rotina deles solta é um pouco complicado e trazer eles pra esse espaço.

Mansidão POP

Outro aspecto que foi tratado por todos os profissionais, diz respeito ao preconceito e estigma ainda muito presente em relação à PSR, o que dificulta a garantia de uma série de direitos em diversas perspectivas, principalmente quando necessitam de algum atendimento no setor da saúde:

Eles acham que se forem em um posto de saúde, se não for acompanhado pela equipe, o pessoal vai tratar eles mal. E realmente acontece isso mesmo, quando eles vão acompanhado com a gente é uma coisa, quando eles vão só, ficam jogando eles de um lado pro outro. E acaba que no final das contas eles nem são atendidos.

Maturidade POP

Sobre essa problemática, Castro, Andrade e Chernicharo (2018) nos aponta que a PSR está vulnerável ao estigma e preconceito pela sua condição social, tanto pelo modo como vivem, como pelo estigma das doenças que podem acometê-las, o que tem impacto no acesso a diversos serviços de saúde e em outros âmbitos, inclusive sociais e afetivos.

Diante disso, faz-se a compreensão de que para se efetivar as políticas públicas de acesso à saúde para essa população, é preciso valorizar as particularidades e subjetividade de cada um desses indivíduos; compreendê-los como cidadãos, que possuem os mesmos direitos de qualquer outro; promover questionamentos acerca dos problemas mais prevalentes, mostrando-se as dificuldades nas inter-relações entre os processos de cuidado e modos de vida na rua (ANTUNES, 2016).

Quanto à dificuldade de acesso aos demais serviços quando os técnicos de referência não estão presentes, os profissionais procuram trabalhar a autonomia dos usuários acompanhados, na perspectiva de que eles consigam resolver, mesmo que minimamente, suas diversas demandas. Nas falas abaixo, são apontadas diversas perspectivas relacionadas ao fortalecimento dessa autonomia:

Às vezes tem a “tutelagem” que eles querem que a gente faça pra ir pra consulta, principalmente pra os usuários mais antigos, para levar até o CAPS ou levar em algum lugar. A gente tenta explicar, a gente aqui tá com a intenção de conseguir essa autonomia.

Felicidade POP

Outra dificuldade mencionada diz respeito à rotatividade. Nesse caso, Giovani (2013) afirma que a rotatividade não é a causa, mas a consequência de fenômenos internos e externos à organização do processo de trabalho. Entre os fenômenos externos, destacam-se a oferta e a procura no mercado de melhores oportunidades de trabalho. Internamente, relacionam-se aos baixos salários, falta de oportunidades de desenvolvimento profissional, entre outros.

Potencialidades no cuidado à Pessoa em Situação de Rua (PSR)

A partir das discussões nessa segunda etapa, foi apontada por todos os profissionais do serviço a importância do próprio espaço físico e das atividades internas que acontecem em cada um dos locais que articulam o cuidado à PSR, assim como da parceria com a Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) e Liga Interdisciplinar em Saúde Mental (LISAM), conforme segue na figura abaixo:

Figura 3. Potencialidades no cuidado à Pessoa em Situação de Rua (PSR).



Fonte: Própria.

No que concerne às atividades internas que são realizadas no serviço no âmbito da PSR, foi apontado o seguinte:

Observamos o serviço em si mesmo para eles, a segurança, de higiene que a gente oferece pra eles, esse apoio que a gente tem em relação ao encaminhamento deles na saúde. A gente até pensou em um planejamento também de uma hora de televisão, uma hora de jogos de tabuleiros, ou jogo de botão, de xadrez e também leitura.

Maturidade POP

Nesse sentido, Costa (2013) destaca que a instituição Centro Pop se coloca nos dias atuais como uma importante referência para a PSR, principalmente no que diz respeito aos serviços que disponibiliza, os quais possibilitam o acesso a diversos direitos básicos (acesso a documentos, serviços de saúde, educação, acessória jurídica, benefícios sociais, alimentação, atividades recreativas, entre diversos outros). Além desses aspectos, procura trabalhar a partir da autonomia dos seus usuários em relação às questões que surgem no seu dia a dia, que vão ao encontro do que é preconizado pela PDR (SANTOS; GOMES, 2014).

Na maioria dos relatos, percebeu-se a importância da atuação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) no serviço, mediante realização de atividades sistemáticas, tais como o grupo de redução de danos e discussões de casos, que envolvem diversas perspectivas do cuidado à PSR no âmbito da PRD. A partir dessa lógica, as Residências Multiprofissionais em Saúde surgem como uma estratégia importante de desenvolvimento e articulação das atividades e proposições da EPS dentro dos serviços. A estruturação da residência possibilita uma abordagem da EPS para os processos educativos possam ocorrer em sintonia com a realidade vivida no cotidiano do trabalho, permitindo perceber o contexto do trabalho como contexto de aprendizagem (SILVA *et al.*, 2012).

Além da parceria com a RMSM, compreende-se a importância da atuação da Liga Interdisciplinar em Saúde Mental (LISAM) no Centro Pop. A Liga atua todas as semanas e desenvolve atividades relacionadas à PSR junto aos profissionais e aos usuários, tendo como foco a PRD. As Ligas Acadêmicas (LA) constituem-se pela união de acadêmicos de diferentes anos de graduação e de diferentes cursos. Realizam atividades didáticas em determinada especialidade ou área do conhecimento da saúde. (PANOBIANCO, 2013).

Organização dos fluxos de cuidado à Pessoa em Situação de Rua (PSR)

No que concerne aos fluxos de cuidado à PSR no serviço, pode-se afirmar que o modo de organização do cuidado está inter-relacionado aos desafios que também são encontrados. A princípio, constata-se que boa parte dos serviços de saúde ainda não compreende o verdadeiro papel do Centro Pop. Essa queixa foi colocada por todos os profissionais e está expressa na fala abaixo:

A gente queria que os equipamentos entendessem qual o trabalho do CENTRO POP, a gente não é caridade, a gente trabalha em cima de políticas. A gente também tem uma resistência que é isso, a dificuldade de acesso dos usuários em algumas instituições por não compreenderem nosso trabalho.

Cumplicidade POP

Para Wijkl (2017), os serviços de saúde e assistência social reforçam em seus discursos os seus limites de atuação, repetindo e repercutindo uma forte setorialização e hierarquização em suas ações, o que configura um trabalho focado, muitas vezes, em “caixinhas”. Sendo assim, as equipes atuantes nesses serviços possuem diferentes entendimentos em relação ao processo de trabalho um do outro, o que promove o surgimento de possíveis dúvidas e discordâncias entre a concepção de atuação e atribuições de cada setor.

Apontaram também os profissionais do Centro Pop as dificuldades dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) em estar organizando/estruturando o cuidado nesse dispositivo. Primeiramente, percebe-se que não há organizada uma linha de cuidado específica para a PSR. Sendo assim, há divergências na equipe. Diante do que já foi dito acima, Lisboa (2013) destaca a necessidade da construção de uma linha de cuidados para a PSR que seja pautada nas suas características e considere os determinantes do processo saúde-doença, problemas clínicos e dificuldades enfrentadas no relacionamento com a rede de cuidados.

A dificuldade de articulação intersetorial entre os pontos da rede e a ausência de corresponsabilização são descritas como desafios do cuidado à PSR. Ademais, o acolhimento nos serviços pode ser prejudicado pela discriminação e pelo afastamento dos profissionais, bem como por uma intensa burocratização do cuidado. A discrepância entre concepções de cuidado que norteiam os serviços também prejudica a construção de um trabalho compartilhado (LISBOA, 2013).

Ao longo da oficina, pôde-se observar outro entrave no fluxo, este relacionado à articulação dos serviços da assistência com as Comunidades Terapêuticas. Estudos retratam embates entre serviços de saúde mental e essas instituições. Inclusive, foram apontados no momento da realização dessa primeira oficina. Não se trata somente se a fé é eficaz na recuperação, mas também do fato de estas instituições estarem sendo estabelecidas como modalidades de tratamento e, portanto, serem responsáveis pela oferta de serviços de tratamento à saúde que deveriam ser sistemáticos e independentes de credos, preservando a autonomia e o desejo dos sujeitos (SILVA; CALHEIROS, 2017).

Segunda etapa: Propostas de intervenção no cuidado à Pessoa em Situação de Rua no âmbito da Política de Redução de Danos (2ª e 3ª oficinas)

Na segunda oficina, foi realizada a etapa seguinte do Arco, que é a teorização do problema ou à investigação propriamente dita. As informações pesquisadas foram avaliadas e analisadas de modo que os princípios teóricos auxiliassem na elaboração de estratégias para melhoria da realidade (BRASIL, 2009). Para esse momento, foram utilizadas fontes bibliográficas que retratassem o cuidado à pessoa em situação de rua, englobando principalmente o âmbito da Política de Álcool e outras Drogas, por meio da Portaria, nº 1.028, de 1º de julho de 2005 (BRASIL, 2005).

Uma participante se referiu à compreensão do conceito de RD que ainda é muito limitada e, possivelmente, mal interpretada por alguns profissionais:

Na minha visão, essa palavra redução de danos foi mal trabalhada, mal construída, mal repassada, porque todos os dispositivos que foram falados, eles fazem algum tipo de redução de danos. E redução de danos nada mais é do que você realizar um cuidado individual, realizar um projeto terapêutico pra aquela pessoa.

Maturidade POP

Essa perspectiva pode estar correlacionada com as questões sociais, religiosas e familiares que estão envolvidas com PRD e que dificultam no fortalecimento dessa política nos serviços. Nesse sentido, Deleuze (2004) nos traz que os paradigmas relacionados ao uso de substâncias estão, muitas vezes, relacionados aos dispositivos de poder, os quais se consolidam junto à justiça e ao exercício da lei, com uma postura de quase sempre criminalizar a pessoa que faz uso de alguma substância.

Finalizando essa etapa, pôde-se perceber que os profissionais, dentro de suas possibilidades e limitações, tais como a falta de financiamento para os insumos, conseguem desenvolver minimamente práticas de RD direcionadas à pessoa em situação de rua. No entanto, ainda prevalece a orientação da abstinência e do encaminhamento a comunidades terapêuticas, sem um diálogo aberto e esclarecimento junto ao usuário.

Na terceira oficina foi utilizada a Metodologia do Mapa Falante como estratégia para o levantamento de hipótese de soluções (quarta etapa do Arco de Maguerez). O Mapa Falante é um potente instrumento para fazer uma leitura da realidade a partir de suas múltiplas dimensões, caracterizando-se como a expressão de um território que considera a representação objetiva e simbólica do espaço vivo, permitindo a visualização de informações de uma localidade e a representação de áreas de relevância e interesse para um conjunto de atores (FERREIRA; PEREIRA, 2013).

Apresentou-se um caso hipotético de uma usuária em situação de rua, com demandas clínicas e sociais relacionadas ao uso de substâncias. Para construção do Mapa Falante dessa oficina, foi elaborado um material com bonecos feitos de papelão que representassem a usuária, profissionais e os dispositivos que poderiam estar envolvidos no seu processo de cuidado. Assim, os participantes construíram um possível fluxo de cuidado a essa usuária, articularam os dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), equipamentos da assistência social, assim como os mecanismos informais de cuidado.

Os profissionais apontaram a importância de se articular um cuidado junto a Atenção Básica, como principal porta de entrada para o cuidado em saúde e reordenação dos outros processos em parceria com a equipe especializada e a assistência.

Debateu-se a importância em saber se a usuária teria realmente o desejo em iniciar um tratamento para o uso abusivo de substâncias, para possível articulação com a Rede Integral de Saúde Mental (RAISM) do município, em especial o CAPS AD. Pensou-se também em como os serviços da assistência social poderiam contribuir com as demandas sociais que estavam envolvidas no caso, inclusive para continuação do cuidado no Centro Pop. Poderiam contribuir com às demandas sociais que estavam envolvidas nesse caso.

Na fala abaixo de um dos profissionais do Centro Pop, retratou-se que as Casas de Recuperação poderiam estar em uma perspectiva mais distante no cuidado aos usuários do serviço que fazem uso de substâncias:

Ai, a Fazenda da Esperança como é o último caso de internação, digamos assim, também poderia ficar um pouquinho mais distante porque depende muito do desejo do sujeito mesmo para ele nos dizer isso.

Felicidade POP

Tencionou-se também, como quarta e quinta fase do Arco (hipóteses de solução e aplicação à realidade), de que as discussões propostas nas intervenções fossem aplicadas à realidade do trabalho dos profissionais, a fim de se buscar a melhoria e aperfeiçoamento do cuidado a esse público, na perspectiva da Política de Redução de Danos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização das intervenções, percebeu-se que apesar de todos os desafios e obstáculos encontrados, como disponibilidade de horários, espaço adequado e alguns posicionamentos

proibicionistas por parte de alguns profissionais, a utilização da problematização com o apoio do Arco de Maguerez mostrou-se muito valiosa no desenvolvimento das intervenções, tendo em vista que gerou importantes reflexões acerca do processo de trabalho dos profissionais do Centro Pop.

Identificam-se também as necessidades de conhecimentos sobre o cuidado à PSR, na perspectiva da PRD; falta de aproximação maior acerca das dificuldades e potencialidades vivenciadas no serviço e de suas políticas; ligação intensa com encaminhamentos para as Casas de Recuperação; e dificuldade de se desenvolver atividades práticas pela carência de financiamento da Política.

Diante dos apontamentos e dos resultados alcançados por meio dessa pesquisa, constatou-se a relevância de se trabalhar esses diversos aspectos com pessoas imersas nesse cuidado. Mesmo assim, é de extrema importância que mais estudos e pesquisas sejam desenvolvidos acerca dessa temática, tendo em vista a complexidade e as particularidades que envolvem a articulação da redução de danos a PSR.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, C. M. C.; ROSA, A. S; BRÊTAS, A. C. P. Da doença estigmatizante à resignificação de viver em situação de rua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, e1150, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/832781/33141-172511-4-pb.pdf>. Acesso em: 17 de set. de 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. P. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **PORTARIA N° 1.028, de 1° de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012.

CASTRO, L. Z.; ANDRADE, M. C.; CHERNICHARO, R. L. A população em situação de rua e a busca pelo sentido da vida: uma questão de sobrevivência. **Pretextos**, v. 3, n. 6, p. 223-235, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/16001>. Acesso em: 23 out. 2018.

COSTA, A. L. P. **Política Municipal de atendimento à pessoa em situação de rua de Fortaleza**. 2013. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

DANTAS, S.; CABRAL, B.; MORAES, M. Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 539-550, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0539.pdf>. Acesso em: 26 out. 2018.

DELEUZE, G. **Spinoza, filosofia prática**. Buenos Aires: Fabula Tusquets, 2004.

FERREIRA, A. L.; PEREIRA, M. F. W. O mapa falante como instrumento do processo ensino-aprendizado do aluno de medicina. **Revista de Pediatria**, v. 14, n. 1, p. 29-32, 2013. Disponível em: http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=631. Acesso em: 25 nov. 2018.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 7, n. 4, p. 1-14, 2013. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572>. Acesso em: 26 nov. 2018.

LISBOA, M. S. **Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização**. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

PANOBIANCO, M. S *et al.* A contribuição de uma Liga Acadêmica no ensino de graduação em Enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 169-178, 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3351>. Acesso em 10 jan. 2019.

GOMES, T. C. S.; SANTOS, T. G. D. **Os invisíveis que eles querem esconder: a luta por direitos básicos, a violência e a reflexão da Copa do Mundo FIFA 2014**.

FIFA 2014. **Livro do grupo de trabalho direitos sociais e políticas públicas II**. IX Congresso Nacionalidade Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), 2014.

SILVA, L. A. A. *et al.* Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 3, p. 496-506, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5364>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SILVA, L. G.; CALHEIROS, P. R. V. Práticas empregadas no tratamento para dependentes de substâncias psicoativas em comunidades terapêuticas brasileiras: uma revisão sistemática da literatura entre 2005-2015. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 23, p. 67-83, 2017.

SOUZA, S. E. F.; MESQUITA, C. F. B.; SOUSA, F. S. P. Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência. **Saúde debate**, v. 41, n. 112, p. 331-339, 2017.

TONDIN, M. C.; BARROS, M. A. P.; PASSOS, L.A. Consultório de rua: Intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **Revista de Educação Pública**, v. 22, n. 49/2, p. 485-501, 2013.

WIJKL, L. M.; MÂNGIA, E. F. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde Debate**, v. 41, n. 115, p. 1130-1142, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n115/1130-1142/pt/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

JORNAL ESCOLAR “O CORUJINHA” COMO RECURSO PEDAGÓGICO PARA ENSINO DE SOCIOLOGIA, UM RELATO DE SUCESSO

Ricardo de Moura Borges



INTRODUÇÃO

A proposta de intervenção pedagógica na prática docente de Sociologia partiu da necessidade de expandir, para além da sala de aula, as discussões sociológicas feitas no período letivo do ano de 2018, por entender a importância dos conteúdos abordados durante o ensino dessa disciplina, que permaneciam dentro de um espaço limitado, devido às poucas aulas ofertadas no currículo escolar do ensino médio.

Por isso surgiu a proposta de intervenção pedagógica que proporcionasse a problematização de assuntos trabalhados em sala de aula e que, complementados por outros saberes anteriormente adquiridos, ampliasse e produzisse outros saberes, a partir das discussões e proposições feitas no jornal escolar. Com essa metodologia, o professor tem a oportunidade de intervir positivamente no curso do processo de ensino-aprendizagem, usando o jornal escolar como proposta para um ensino crítico e reflexivo, propondo uma educação contextualizada e interdisciplinar que trabalhe com os conteúdos adquiridos na escola e a realidade social dos participantes, numa relação dialética de construção de conhecimento. Cumpram-se, assim, os objetivos do ensino de Ciências Sociais, contribuindo para a formação no sujeito de conceitos estruturados e de diversas competências para além de uma disciplina, em articulação com as várias áreas do saber.

A disciplina de Sociologia no ensino médio atualmente passa por vários desafios. Poucas aulas oferecidas no currículo, uma prática pedagógica que prioriza reprodução de conceitos e teorias, a insuficiência de professores licenciados, dentre outros fatores, tornam um desafio ensinar Sociologia. Essa realidade pouco satisfatória faz que seja indispensável o uso de metodologias eficazes naquilo a que se propõe esse ensino, a fim de compensar as dificuldades encontradas, e tornar o processo educativo mais atrativo e eficaz tanto para alunos como para professores.

Para tanto, é preciso um recurso didático no qual os alunos possam interagir com o conteúdo trabalhado em sala de aula, de modo a estabelecer uma conexão entre a teoria e a realidade social da qual fazem parte, permitindo uma melhor apreensão dos conteúdos, pois a prática e a criação são grandes aliados no processo de aprendizagem de qualquer conhecimento. Nesse sentido Tajra (2001, p. 131): “A produção de textos é um dos componentes mais importantes para a consolidação de nossos conhecimentos. Quem se expressa, se expressa em função de alguma situação e finalidade; quem conclui desenvolve uma visão crítica sobre algo”.

Em vista disso, foi pensado o jornal escolar como recurso pedagógico, uma vez que nele é possível expor opiniões, problemas e discussões de temas que afetem a todos. Essa proposta não pretende esgotar o tema nem sanar todas as dificuldades, pois não é uma panaceia que procura curar todos os problemas de se trabalhar em sala de aula com uma disciplina que está inserida no espaço escolar há tão pouco tempo.

É justamente no sentido de despertar no aluno o interesse pelo estudo de Sociologia, a partir da experiência aplicada à sua realidade, que o jornal escolar O Corujinha propõe-se a despertar as várias potencialidades do aprendiz a partir do uso da criatividade, autonomia, senso de criticidade para a produção textual e leitura, com objetivo de desenvolver a escrita, o respeito à opinião alheia e a formação de uma juventude reflexiva, socializando o saber construído na e pela escola.

O jornal escolar constitui, assim, uma ferramenta que possibilita a produção, construção e reafirmação do conhecimento a partir de conceitos, temas e teorias abordados pelos livros de Sociologia e demais manuais, com a potencialização dos saberes presentes no espaço escolar em sintonia com as Orientações Curriculares Nacionais (2006). Além disso, tende a despertar o interesse dos alunos não só na produção de textos como também pela leitura daquilo que já foi produzido por outros colegas; é um recurso interativo que busca a comunicação de todos e a percepção das realidades sociais de cada um.

A escola na contemporaneidade muito se utiliza dos vários recursos metodológicos atualmente disponíveis, principalmente os digitais, como *Datashow*, *Tvs*, *tablets*, entre outros, mas pouco se trabalha com a técnica do jornal escolar. De acordo com Cèlestin Freinet *apud* Silva e Henrique (2018) em o Guia do Jornal Escolar, esta mídia, usada como mecanismo de ensino, permite que se explorem múltiplas capacidades dos alunos, como a de expressão de seus pontos de vista, bem como o entendimento das dimensões sociais, aproximando o aluno a uma linguagem cotidiana e dinâmica, sem, contudo, desconsiderar os padrões da escrita.

O ato de produzir textos de teor jornalístico estimula os alunos não só a ler e a escrever de acordo com os padrões de língua portuguesa, mas também a aplicar os conteúdos estudados às suas realidades nos mais diferentes níveis, numa nítida perspectiva multidisciplinar e democrática do saber. Constitui um recurso didático no qual os alunos interagem a partir dos conteúdos trabalhados em sala de aula, de modo a estabelecer uma conexão entre a teoria e a realidade social, o que permite que os conteúdos que são aplicados na disciplina de Sociologia sejam mais bem apreendidos.

Assim, no entender de Sousa (2016), depreende-se da importância de se pensar num método de ensino-aprendizagem que exija relações de interação entre professor e aluno, em que ambos possam construir e desenvolver saberes, respeitando os distintos olhares de cada sujeito envolvido no processo.

A proposta de utilização desse recurso pretende ainda quebrar hierarquias no ambiente escolar, pois a sua construção se faz por meio do conhecimento e da contribuição de todos os agentes presentes na escola, por acreditar que todos têm algo a ensinar e a aprender e que respeitar e aprender as diferenças faz parte dos objetivos propostos para o ensino de Sociologia. Agente escolar quer seja aluno, professor e ou auxiliar passa a inserir-se no processo de ensino e aprendizagem a partir de textos e outras produções de cunho jornalístico, de modo a expor as concepções de mundo e problematizar a realidade social.

Assim, o ensino de Sociologia passa a ter um processo de vivência, em prol de um ensino descolonizado, no qual os integrantes da escola começam a interagir-se na construção de um saber,

evidenciando o cotidiano que, por sua vez, é apreendido por meio das teorias de Ciências Sociais, numa espécie de pulverização do saber, questionando, problematizando e construindo o conhecimento a partir da produção textual.

O jornal escolar, como método pedagógico, permite também uma continuação do processo de aprendizagem. Os conhecimentos abordados passam a ser praticados e refletidos, por meio da releitura que vai desde a escolha e a reflexão sobre um determinado conteúdo exposto, necessário para a produção dos textos, até a sua finalização editorial. E mesmo depois de produzido, há o momento de socialização do conhecimento, com a impressão do jornal e sua divulgação para todos os integrantes da escola. Dessa forma, o sujeito passa a dar sentido ao que está sendo estudado e produzido.

Esse projeto metodológico surgiu assim da necessidade de se estabelecer conexões com os temas de Sociologia e a vida social dos alunos, com a produção de textos para o jornal, a partir de temas de interesse da comunidade escolar e de conteúdos trabalhados em sala de aula, promovendo assim uma socialização do saber em prol de uma educação para a vida (FREINET, 1974).

POR QUE USAR UM JORNAL ESCOLAR COMO RECURSO DIDÁTICO PARA O ENSINO DE SOCIOLOGIA

Para Raviolo (2010), o jornal escolar surge já nas primeiras décadas do século 20, a partir do pensamento de Cèlestin Freinet (1896-1966), que o inseriu dentro de uma proposta pedagógica articulada, com o intuito de aproximar a escola da vida e dos interesses dos alunos. O pensamento de Freinet compõe, assim, o principal aporte teórico sobre o jornal escolar. Para esse educador, a produção de um jornal na escola proporcionava benefícios pedagógicos, psicológicos e sociais.

As práticas pedagógicas tradicionais, nas quais o professor é apenas ministrador de conteúdos teóricos, sem qualquer intervenção mais interativa dele com a consequente integração dos alunos aos conhecimentos que são apresentados, terminam por afastar o aluno, por se apresentarem muitas vezes pouco acessíveis à apreensão e à linguagem dos estudantes. Outro fator que constitui um desafio para o professor da atualidade é fazer com que a aula e o conteúdo apresentados possam despertar o interesse dos estudantes.

Escolher artifícios adequados para serem utilizados na prática educativa em sala de aula é um ponto fundamental para qualquer professor, o que o auxiliará no processo de educação, uma vez que o uso de recursos apropriados facilita o ato de ensinar e aprender, além de estimular e enriquecer a vivência diária no ambiente escolar. O diferencial que trará benefícios à aprendizagem está na metodologia que o professor utiliza para que esses conhecimentos sejam elaborados, compreendidos, reelaborados e aproveitados pelo aluno (FERREIRA; NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2018).

Os recursos didáticos são capazes de motivar tanto alunos como professores para o processo de ensino-aprendizagem, representando uma alternativa ao uso exclusivo do livro na escola. Conforme explicita Libâneo (1994), o ato de ensinar requer uma direção de sentido para formação humana de indivíduos e métodos que garantam a atividade prática que lhe corresponde. Em outras palavras, para tornar efetivo o processo educativo é preciso dar-lhe uma orientação prática, conforme os objetivos e finalidades quanto ao homem que se deseja formar, para qual sociedade e com que propósitos (LIBÂNEO, 1994).

Outro fator importante a ser considerado na prática docente do professor de Sociologia consiste na concepção de escola e de produção do conhecimento que vão sendo idealizados ao longo da história. O professor, que até a metade do século XX era visto como o detentor de todo o conhecimento em comparação a seu aluno, sendo, portanto, o reprodutor desse conhecimento em sala de aula, tinha a velha concepção de mundo de que o aluno seria apenas um receptáculo vazio que não seria capaz de por si só produzir saber. Na atualidade, no entanto, percebe-se que os alunos chegam à escola com uma cosmovisão já moldada pela família, religião, classe social, meios eletrônicos, etc.; sendo, pois, capazes de formular e reformular saberes.

Essa compreensão pode levar a dois problemas: primeiro um distanciamento dos temas sociológicos, quando se percebe que o aluno abstrai os conceitos e teorias dos sociólogos e aplicativos a realidades distantes da sua; e em um segundo momento levando a uma banalização da realidade social, percebida em muitas afirmações em sala de aula pelos próprios alunos, a exemplo: “Pra quê estudar Sociologia? Eu só estudo para as demais disciplinas, pois Sociologia é muito fácil”.

É preciso mostrar para todos, não só para os alunos, que o ensino de Sociologia vai muito além do que a mera apreensão das teorias e que essas nada mais são do que ferramentas para a interpretação crítica da realidade de cada um. O próprio espaço escolar é um campo de estudo para as Ciências Sociais, onde até mesmo os documentos como o projeto político pedagógico, ou as relações mais banais, como uma conversa descontraída em sala dos professores, possui uma intencionalidade.

A escola não é neutra e, portanto, carrega conflitos sociais dos mais diversos aspectos. Nesse sentido a Sociologia tem um papel de incomodar por despertar a consciência dos sujeitos. A utilidade do saber sociológico como salienta Lahire, p. 47 consiste em:

Política (pesquisador-expert, pesquisador conselheiro do príncipe, pesquisador dando armas de lutas aos dominados de toda natureza); terapêutica (a Sociologia como sócia, análise e meio de diminuir os sofrimentos individuais pela compreensão do mundo social e de seus determinismos); cognitivo-científica (a Sociologia como saber, não tendo outros objetivos que o de ser mais verdadeiro possível).

Dessa forma, a natureza da Sociologia também não é neutra, mostrando uma intencionalidade em suas ações, quer seja política, terapêutica ou cognitivo científica. Por vezes passa a ser um

instrumento de conscientização de longo prazo. O sujeito, que está no ensino médio e é provocado pela Sociologia, passa a questionar e apenas depois de análises e leituras vai passando por outros níveis de entendimento, naturalizando esse conhecimento e até fazendo conexões com os sociólogos clássicos e ou contemporâneos e, o mais importante, tornando significativo o seu conhecimento a partir da realidade social presente.

Vários temas sociais são abordados pela Sociologia do ensino médio, dando a percepção de uma amplitude de conhecimentos já difundidos pelo senso comum, mas que muitas vezes, são apenas consumidos como verdades absolutas, que possuem uma significação passageira e deslocada da realidade social do indivíduo. São justamente as disciplinas humanas, em especial a Sociologia, que proporcionam o debate necessário, a fim de desnaturalizar essas verdades apresentadas ou impostas, consistindo o saber sociológico como aquele que permite adentrar de forma mais perspicaz nesses temas, por dialogar com assuntos que dizem respeito às questões sociais, fazendo conexões com outras construções de sentido sociológico que permitem uma reflexão mais crítica da realidade. Com esse tom de problematizar a realidade para dialogar com ela, a Sociologia insere-se como meio necessário para a desmistificação de muitos dos preconceitos sociais já sedimentados pela sociedade e presentes na escola.

Diante dessas reflexões, tem-se que uma boa metodologia que permita e facilite o ensino e apreensão dos conteúdos de Sociologia é essencial para que o seu processo de aprendizagem possa ser vivenciado e experimentado pelos sujeitos da escola e assim lhes desperte o interesse por essa área do conhecimento.

Na sua prática docente, o professor pode fazer uso de muitos recursos didáticos. A escolha entre um e outro depende dos objetivos do professor, condições financeiras dos participantes do processo de ensino-aprendizagem, da disponibilidade da escola e da aceitação por parte dos alunos. Essa escolha deve ser refletida sob diversos aspectos, principalmente, naquilo que a educação tradicional não é capaz de atender de forma satisfatória, a de facilitar a apreensão de conhecimentos, propiciando uma formação intelectual significativa para o aluno. (SILVA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o jornal escolar como apoio metodológico se constitui um recurso quase que completo, por permitir que o aluno, além de poder dialogar com os diversos temas da Sociologia a partir de conhecimentos prévios e outros adquiridos na escola numa perspectiva interdisciplinar, também pratique o ato da escrita e leitura. Ele é suporte de uma experiência de vida do aluno, que se mobiliza para comunicar. Nesse engajamento, o aluno utiliza e desenvolve seu julgamento e criatividade. Assim, constrói sua autonomia (RAVIOLO, 2010).

Na perspectiva de Celestin Freinet (1974), o produto jornal escolar expressa sempre o resultado de um processo de aprendizagem e a vivência dos alunos na sua produção.

Escrever no jornal escolar é uma experiência de vida para a criança, um fator de estímulo e motivação que abre um caminho direto para a mobilização interior necessária ao

aprendizado. Suas opiniões e produções são valorizadas pela circulação na escola, na família e na comunidade. Escrever passa a ter significado pessoal e social (RAVILOLO, 2010, p. 08).

Um dos principais motivos para se trabalhar com jornal escolar na disciplina de Sociologia é o de formar no aluno um pensamento sociológico, que, segundo Tomazi e Lopes Júnior (2004, p. 73), “se constitui em preparar o aluno para analisar situações e contextos nos quais esteja envolvido e, por isso, sinta-se motivado a refletir e não somente atento a apreender teorias e conceitos sociológicos, sem fazer uso deles para compreensão de sua realidade, sem pensar sociologicamente”.

Um jornal escolar aprecia a experiência, os saberes e a cultura do aprendiz no seu meio social, valorizando esses aspectos da vida. Esse recurso permite integrar os conhecimentos já adquiridos com aqueles que estão sendo repassados pela escola, de forma a inserir também o sujeito na produção de conhecimentos.

Propõe ainda renovar os ares da escola clássica, e fazer dela um espaço de sujeitos que atuam na sua formação, possibilitando a aplicação de saberes e a disseminação de ideias. O ensino de Sociologia, com o uso dessa técnica, pode ir para muito além da transmissão de conteúdos, permitindo aos alunos refletir sobre os temas sociais, desconstruir ideologias e entender os aspectos da vida em sociedade, numa perspectiva weberiana, para quem a Sociologia era a ciência que tinha como objetivo a apreensão reflexiva da ação social, de forma a explicar as causas, o curso e os efeitos dos acontecimentos.

Aquela escola do trabalho, que já não cogita segundo normas intelectualizadas, mas sim com base numa atividade crítica e social. “O jornal escolar é um inquérito permanente que nos coloca à escuta do mundo e é uma janela ampla, aberta sobre o trabalho e a vida” (FREINET, 1974, p. 47).

Outro aspecto importante que merece destaque quanto ao uso do jornal na escola são suas vantagens do ponto de vista social. Na concepção de Paulo Freire, a escola antes de qualquer coisa é:

[...] o lugar que se faz amigos.
Não se trata só de prédios, salas, quadros,
Programas, horários, conceitos...
Escola é, sobretudo, gente.
Gente que trabalha, que estuda,
Que alegre, se conhece, se estima.

(A escola é, Paulo Freire)¹

O uso dessa técnica possibilita, pois, desenvolver no espaço da escola uma atmosfera integrativa, amigável, promovendo mecanismos de comunicação social. Com isso, a construção do

¹ Poesia de autoria de Paulo Freire, disponível no site do Instituto Paulo Freire (www.paulofreire.org).

conhecimento parte da interação e das experiências que despertam o interesse sobre a aprendizagem. Proporciona-se, dessa forma, a construção por meio da observação e investigação, numa educação sob a perspectiva de formar cidadãos críticos e reflexivos aptos a exercerem a vida adulta.

É nesse intuito que foi desenvolvido e está em construção e disseminação o jornal escolar O Corujinha, como um recurso didático possibilitador da discussão e apreensão dos mais diversos temas sociais que são abordados em Sociologia, na sala de aula, no ensino médio, sob a orientação interacionista, multidisciplinar e integrada na apreensão de conteúdos.

Figura 1. Edições do Jornal O Corujinha.



JORNAL “O CORUJINHA”: EXPOSIÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA NA DISCIPLINA DE SOCIOLOGIA

O Jornal O Corujinha foi aplicado como metodologia de ensino na disciplina de Sociologia do ensino médio da Escola Estadual Pedro Evangelista Caminha, na cidade de Geminiano-PI, no ano letivo de 2018, com o objetivo geral de promover a socialização do conhecimento, numa perspectiva multidisciplinar e articulada, que contemple os diversos saberes presentes na escola. Buscou-se ainda o alcance de outras finalidades específicas como: desenvolver habilidades de leitura e escrita; promover a interdisciplinaridade e a contextualização do conhecimento, potencializando a criatividade e a interação entre os agentes da escola, de forma a estimular o senso crítico, as discussões e reflexões sobre temas sociais.

A produção de matérias para o jornal vai desde textos de cunho jornalístico, desenhos, poesias,

indicação de filmes e de livros, entre outras, que têm por núcleo mostrar um panorama social por meio de recursos expressivos diversos, e que possibilitem uma interpretação social a partir daquilo que está sendo trabalhado na disciplina de Sociologia. A edição mensal, com temas da atualidade, traz produções não só dos alunos, mas de outros agentes que atuam na comunidade escolar.

De início, pensar na proposta de um jornal como ferramenta metodológica em tempos em que a tecnologia com as mídias digitais estão em constante crescimento e consolidação no espaço pareceu ser um absurdo, mas com o desenvolver e a afirmação do jornal, percebeu-se que os produtores se sentiam confiantes com suas produções e motivados a escrever para as próximas edições, além de despertar o interesse para a leitura e crítica da realidade que se lhes apresenta. Borges (2018, p. 81), sobre o Jornal O Corujinha expõe que:

Criado no presente ano de 2018, demonstra um aspecto de intencionalidade para o despertar crítico da comunidade escolar, sendo um espaço onde os atores sociais da escola podem colocar suas diversas opiniões sobre o cotidiano da escola e também trazer os conteúdos vistos em sala de aula, procurando adequar ou entender a realidade social percebida no contexto dos alunos.

Um caso particular percebido pelo corpo docente da escola como êxito no uso desse recurso metodológico, por ter despertado o senso crítico atrelado com a intencionalidade da Sociologia em acordar a autonomia do sujeito, foi na 10ª edição do jornal. Esta edição, a última do ano letivo de 2018, teve por objetivo fazer com que aqueles alunos que ficaram para recuperação produzissem textos para serem publicados no jornal. Num primeiro momento, os discentes mostraram-se resistentes quanto a fazerem essa atividade, preferindo a forma habitual de prova de recuperação, com questões objetivas, de fácil memorização com o fim único de obter a média para aprovação.

Foi então que um aluno do 1º ano do ensino médio, que tinha ficado para a prova final, ao ver-se diante da árdua tarefa de produzir um texto da disciplina de Sociologia que abordasse a vida cotidiana a partir dos conceitos de dominação trabalhados pelo sociólogo Weber, demonstrou autonomia e criticidade já nas primeiras linhas de seu texto, com um título que demonstra aparente indiferença: “Max Weber – não sei nem quem é”, o aluno começa a refletir sobre as teorias desse sociólogo e as implicações na sua vida, dando continuidade com um texto no qual fez uma análise de sua realidade de modo crítico:

Figura 2. Edições do Jornal O Corujinha, edição nº 10.

Dezembro 2018

Max Weber – Nem sei quem é

Na recuperação final de sociologia o professor pediu para produzirmos um texto dissertativo sobre a importância da sociologia para a sociedade onde moro. Primeiro comecei a pensar: “Esse professor não tem o que fazer não! Porque ele não faz uma prova final de marcar e pronto, em dois ou três minutos eu termino essa prova fechada tranquilamente”.

Em um segundo momento, fui lembrar do que pensava o sociólogo Weber sobre as três formas de poder e entendi que não tinha muito sentido as explicações de Weber para a minha vida cotidiana.

Enfim, existem três tipos de dominação legítima: tradicional, carismática e racional legal. E isso meus colegas que estão escrevendo nesse momento já devem ter repetido, ou seja, até aqui não acrescentei nada de novo.

Vou começar pela última, imagino que essa racional-legal está ligada as leis e normas da cidade, por exemplo, quando um ladrão rouba determinada coisa, como um celular ou tênis, imediatamente a polícia é acionada. Ou aqui na escola quando preciso aprender os conteúdos ou de nota para passar preciso seguir as leis, assistindo aulas (cansativas muitas vezes), fazer os trabalhos e prestar atenção nos afazeres da escola.

A segunda, ou seja, a tradicional, é aquela que aprendo em casa com minha família. Gosto muito de vaquejada e aprendi isso com meu pai. Quando um fazendeiro cuida da

fazenda com muito gado, cavalos, ovelhas e etc. ele vai deixar para seus filhos futuramente e isso vai passando de geração em geração, onde sempre ficam os herdeiros para cuidar da roça, ou da fazenda. Assim, como domar um animal bravo, derrubar o boi no braço ou no laço como meus familiares fazem.

A terceira é uma dominação carismática, ou seja, por carisma. Na verdade inicialmente eu não entendi, mas quando o professor explicou um pouco comecei a perceber que essa forma de poder está muito presente hoje. Por exemplo, quando Neymar (jogador de futebol), aparece tomando uma cerveja bem gelada, ele estabelece uma dominação em uma multidão de pessoas que consomem o produto. Cristiano Ronaldo joga no mundo inteiro e faz propaganda de cerveja, Coca-Cola e acaba atraindo uma multidão de consumidores.

Mas percebo que na minha vida, eu que gosto muito de vaquejada sou dessa dominação por tradição onde aprendi com meus primos, tios a tomar conta dos animais.

(Robson Teixeira de Sousa – 1º B)

Geminiano-PI

Diante dessa produção textual, observou-se que esse aluno conseguiu atingir um nível de crítica ao sistema escolar de que participa, e ainda mais, agregou os conhecimentos ouvidos em sala de aula sobre as formas de poder em Weber, adaptando essas teorias aprendidas para a sua realidade, e ao refletir sobre a Sociologia, entendeu que ela faz parte de sua existência.

A partir disso, pôde-se verificar que um dos objetivos proposto para o ensino de Sociologia no ensino médio foi atendido, o de levar o aluno a pensar a realidade social da qual faz parte a partir das Ciências Sociais e suas teorias, desenvolvendo uma consciência de que toda sociedade é uma construção humana e não uma fatalidade regida por “leis naturais”, podendo ser construída e reconstruída, segundo as necessidades dos agentes.

Essa atividade tinha por escopo não apenas reavaliar o aluno, a fim de que obtivesse uma média para a aprovação, mas, antes, de fazê-lo perceber que o conteúdo teórico de Sociologia é útil para entender e interpretar a sua realidade, que o professor não deseja pura e simplesmente “enfiar” na sua cabeça essas ideias chatas e sem sentido, mas que o aluno apreenda a sua própria vida, a partir

desse saber já formalizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com a consolidação do ensino de Sociologia no ensino médio e a distribuição do livro didático percebeu-se que a escola passa por muitas dificuldades quanto à concretização efetiva de um ensino que produza sentido e significado para os alunos e que não permaneça hierarquizado e singular.

A proposta do jornal escolar apresentada aqui não pretende esgotar possibilidades de intervenção metodológica para o ensino de Sociologia e muito menos solucionar todos os problemas encontrados na prática docente dessa disciplina. A própria execução, permanência e efetividade do Jornal O Corujinha na escola implica novas relações sociais, pois novos conhecimentos são produzidos e disseminados pelos agentes da escola. Esse envolvimento produz sentido para a existência do sujeito que passa também a querer escrever sobre os temas, ou a fazer caricaturas sobre algo que está presente na realidade e que chama a atenção da comunidade estudantil.

O jornal da escola está, assim, em construção permanente, sendo repensado e reavaliado, procurando desenvolver estratégias e meios para que o conhecimento acumulado pela humanidade que é difundido nas escolas possa obter sentido para os alunos. Sua aplicação estende-se ao aluno, mas também aos professores que entendem que a formação é constante e precisa ser revista a cada momento.

Produzir textos, imagens e outros documentos para o jornal dá ao aluno a possibilidade de construir sua própria consciência e estabelecer sua visão de mundo, manifestando-se como cidadão, numa participação social. Desta forma, a escola desenvolve habilidades na reflexão e criticidade de seus alunos sobre o mundo, proporcionando uma aprendizagem significativa e uma educação para a vida.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, A. P. O.; NOGUEIRA, C. M. I.; OLIVEIRA, L. L. A. **Os recursos didáticos como mediadores dos processos de ensinar e aprender matemática**. 2018. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2164-8.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2019.

FREINET, C. **O Jornal Escolar**. Lisboa: Editorial Estampa, 1974.

LAHIRE, B. Vive e interpretar o mundo social: para que serve o ensino da Sociologia? **Revista de Ciências Sociais**, v. 45, n. 1, p. 45-61, 2014. Disponível em: http://www.rcs.ufc.br/edicoes/v45n1/rcs_v45n1a2.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

LIBANEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

MORAIS, A. C. L.; BATISTA, A.; ALVES, G. S. A. **Projeto Jornal Escolar “Wilson Notícias”**. Nova Olímpia: 2008. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/aclmoraes/projeto-jornal-escolar-wilson-de-almeida>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BORGES, R. M. Jornal Corujinha: uma experiência inovadora na Escola Pedro Evangelista Caminha (PEC) em Geminiano – PI. **Perspectiva Sociológica: a revista de professores de sociologia**, v. 1, n. 22, p. 81-85, 2018. Disponível em: <https://www.cp2.g12.br/ojs/index.php/PS/article/view/1971/1379>. Acesso em: 03 jan. 2019.

RAVIOLO, D. Guia do Jornal Escolar. **Comunicação e cultura**. Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://comcultura.org.br/wp-content/uploads/2010/04/guia-do-jornal-escolar-versaoweb.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2019.

SILVA, T. F.; HENRIQUE, A. R. P. **O jornal escolar como mídia facilitadora no processo de ensino e aprendizagem na educação básica**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO E TECNOLOGIAS. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

SOUSA, M. D. **Identidade e docência: o professor de sociologia do ensino médio**, 1 ed. Curitiba: Appris, 2016.

TAJRA, S. F. **Informática na Educação: novas ferramentas pedagógicas para o professor na atualidade**. São Paulo: Editora Erica, 2001.

TOMAZINI, N. D.; LOPES JUNIOR, E. Uma angústia de duas reflexões. In: CARVALHO, L. M. G. X. (Org.). **Sociologia e ensino em debate: experiências e discussão de sociologia no ensino médio**. Ijuí: Unijuí, 2004. p. 197-218.

DOI: 10.37158/ed.uva.199620191-p.152-163

VILA UNIÃO: MEU BAIRRO! MEU LUGAR!

Nildemar Pereira da Silva; Nilson Almino de Freitas



INTRODUÇÃO

O presente trabalho expõe como ocorreu a configuração territorial do bairro Vila União, Sobral-CE, a partir das narrativas de seus moradores, pensando suas agências na territorialização do lugar, com o objetivo de identificar as vivências e as relações de pertencimento dos moradores com o bairro. Pensar as temporalidades marcadas nas histórias contadas pelos narradores individuais favorece ao geógrafo perceber que o território construído e a relação com a definição de lugar, assim como o vínculo com uma determinada forma de conceber a identidade local seguem um fluxo muito pouco coerente, bastante móvel e complexo de agências, que devem ser pensadas como construções criativas que transformam e dão dinâmica rizomática ao espaço.

É importante frisar que o enfoque aqui é a agência do narrador individual, pois, como aponta Portelli (1997), a narrativa não pode ser vista dissociada do narrador. Sua narrativa expressa o desejo que aciona a agência que cria o lugar, o território e a desterritorialização, dinamizando o espaço geográfico.

METODOLOGIA

Para produzir esta pesquisa, primeiro realizou-se um levantamento e leitura de obras e textos científicos que versam sobre a cidade de Sobral. As fontes primárias foram produzidas por meio de metodologias próprias da história oral, e da experiência da pesquisa de campo no bairro Vila União. As narrativas utilizadas como fontes, nesta pesquisa, foram selecionadas a partir do documentário “Vida e Bairro Vila União”¹ e de entrevistas do acervo do Laboratório das Memórias e das Práticas Cotidianas – LABOME².

A entrevista, sem dúvida, é uma metodologia que aproxima o pesquisador do sujeito que faz o território. As entrevistas utilizadas como fontes, neste artigo, foram realizadas em mais de um encontro, e os moradores foram os sujeitos protagonistas no processo. Nessa perspectiva, o território passa a ser visto como elemento existencial, como pensaria Deleuze (1997), pois caracteriza, do ponto de vista individual, o campo da segurança e do vínculo identitário.

No caso da territorialização que é a agência para invenção do território (espaço de conflitos, diferenças e movimentos múltiplos), quando o entrevistado tende a falar do lugar estável desejado, o leitor precisa entender, como aponta Portelli (1997, p. 35), ser fundamental “[...] que o pesquisador aceite o informante e dê prioridade ao que ela ou ele deseje contar e dê preferência ao que o

1 O filme pode ser visto em: <https://vimeo.com/82281116>.

2 O LABOME é um arquivo público de documentos orais e visuais, de apoio à investigação científica, vinculado ao Mestrado Acadêmico em Geografia e ao Curso de Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas (CCH) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

pesquisador quer ouvir, reservando algumas questões não respondidas para mais tarde ou para outra entrevista.” É um momento de diálogo entre dois seres humanos que minimamente tentam entender um ao outro.

A história oral estabelece uma relação original entre o geógrafo e os agentes da territorialização do espaço, entendendo aqueles que fazem a geografia do lugar como atores concretos, portadores de subjetividades e materialidades. Assim, além de conhecer o processo de ocupação do bairro Vila União, busca-se identificar a relação de afetividade da população com o bairro, por meio da história oral, assim como suas repercussões materiais, conflitos e diferenças.

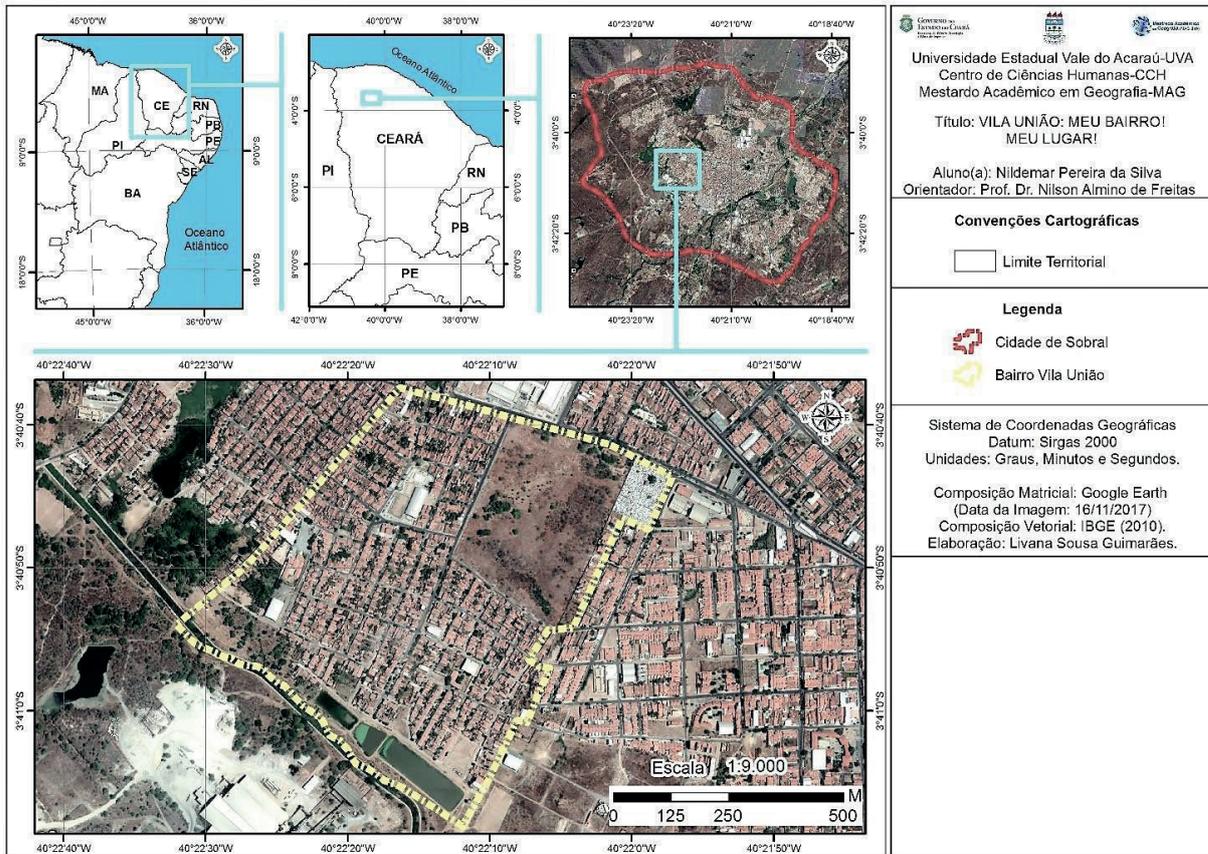
No presente texto as narrativas correspondem a uma espécie de segmentação de falas que contam a territorialização em Sobral, especificamente, em um bairro da cidade: Vila União. Pensando nesta inserção na cidade, mais ampla e, ao mesmo tempo, fuga de uma simples inclusão em um lugar mais desenvolvido, já que falam de especificidades, é preciso fazer uma breve incursão, mesmo que superficial, nas espacialidades e temporalidades de Sobral, para perceber as fugas e entradas do bairro em questão, em espaços e tempos mais amplos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Sobral é uma cidade média com população de 188.222 habitantes, segundo o censo do IBGE de 2010. Está situada na porção noroeste do Ceará, entre as coordenadas de 3° 41' 10" latitude sul e 40° 20' 59" de longitude oeste, a 230 km da capital Fortaleza. A cidade também é conhecida pelo codinome “Princesa do Norte Cearense”, devido à relevância econômica no contexto regional.

Desde o final do século XX, a Princesa do Norte vivencia um processo de urbanização, acompanhando a tendência nacional, com investimento nas áreas elitizadas e implantação de bairros nobres. Em contrapartida, expeliu os migrantes que vinham em busca de uma “vida melhor” em cidade de maior porte que a sua de origem, indo morar em áreas periféricas, já que o “sonho de uma vida melhor” não foi realizado. Nesse contexto, foram ocupados alguns espaços periféricos, como o bairro Vila União, localizado no noroeste de Sobral (Figura 1).

Figura 1. Mapa de delimitação territorial do bairro Vila União, Sobral-CE.



Fonte: Guimarães (2018); Silva (2018); Google Earth (2018).

Para Corrêa (1989) é na produção de bairros periféricos, em terrenos públicos ou privados ocupados, que grupos sociais excluídos se tornam, efetivamente, agentes modeladores, produzindo seu próprio espaço. A produção deste espaço é uma forma de resistência e sobrevivência de grupos sociais, em uma sociedade excludente, migrantes do campo e desapropriados de áreas urbanas que passaram por um processo de “revitalização”.

Cabe frisar, que foram valorizadas as histórias de vida dos interlocutores, visando a uma maior aproximação entre o pesquisador e o sujeito da territorialização do espaço geográfico em foco. Na ótica de Portelli (1997, p. 36) “os entrevistados estão sempre, embora talvez discretamente, estudando os entrevistadores que os estudam. Os historiadores podem reconhecer este fato e tirar vantagens, em vez de experimentar eliminá-lo em razão de uma neutralidade impossível (e talvez desejável)”.

Pensa-se, aqui, que não só o historiador, como informa o autor, pode entender estas fontes como resultado de diálogo, em que ambos, entrevistador e entrevistado, agem na construção da narrativa, mas também o geógrafo, pois, como já dito, a narrativa não é somente uma expressão simbólica do espaço, é também uma agência, é criativa e territorializa, ao mesmo tempo, em que desterritorializa. Começa-se, aqui, por dois entrevistados: Manuel Vieira Linhares (Maneco) e Osvaldo Aguiar. Ambos informam que tiveram papel relevante na gênese do bairro, pois foram eles que arquitetaram a ocupação e organização inicial da Vila União.

Conforme Linhares/Maneco (2005), em 1992, aproximadamente às 10 horas, ele recebeu a visita de um amigo do PT (Partido dos Trabalhadores), o Osvaldo Aguiar, para conversar sobre política. Nessa ocasião, Linhares/Maneco relatou a sua preocupação com uma população do “Pantanal” do Alto da Brasília, atual conjunto Cesário Barreto Lima, que estava desabrigada por conta da inundação da lagoa presente no bairro (a Lagoa da Fazenda).

Ainda nessa visita, Osvaldo Aguiar falou para Linhares/Maneco sobre um terreno da União que estava abandonado:

Eu ouvi uma conversa lá e tal que eles iam ocupar a fazenda. Aí eu fui pra uma reunião na comunidade, aí eu disse: Maneco, eu sei pra onde é que nós vamos. Ali no Mucambinho tem uma terra lá, cara, que é da União, uma terra que é pública e tal. Vamo ver o que a gente pode fazer. Aí deu um insight, né? Vamo ocupar e vamo levar esse pessoal. Aí começamos a planejar a comunidade, discutindo com o pessoal. E aí, olha, é o seguinte em vez de vocês ficarem aqui e tal e alugar casa, não ter pra onde ir, vocês topa ocupar uma área? Aí fomos trabalhando o imaginário das pessoas, né? de ocupação. O que significa ocupação que a gente já tinha noção, né? quais são os problemas, os riscos que é de ocupação, fomos preparando as pessoas pra ocupação (sic) (Aguiar, (depoimento), 2009, p. 43).

Linhares/Maneco, ao tomar conhecimento da existência de um terreno público desocupado, ficou entusiasmado com a possibilidade de ocupar e construir um conjunto habitacional, solucionando o problema da população sem moradia. Conforme Linhares/Maneco a (2005, p.42) “quando o Osvaldo Aguiar me contou essa história, caiu a sopa no mel (risos); aí foi como se fosse um estalo, eu fiquei do tamanho dessa casa aqui, eu lá em cima, porra nós vamos fazer... coragem, coragem, nós vamos ocupar, tu topa? você sabe onde é?”, o Osvaldo: ‘sei!’” (sic).

Linhares/Maneco e Aguiar visitaram a área que seria ocupada, fizeram uma estimativa da quantidade de famílias que a área comportaria, fizeram planta de como seria o arruamento e organizaram os lotes. Conforme Aguiar (2009, p.44), “enquanto isso, eu fui com o Linhares/Maneco pra ver esse terreno, pra gente fazer um mapeamento da região, fazer um plano lá, que a gente não queria fazer uma favela, né, com uma visão, essa visão que o Linhares/Maneco tinha da Construção Civil” (sic).

Conforme Linhares/Maneco (2005, p. 34), “a dimensão do terreno, 6 m que eu tirei aqui pelo meu terreno, aqui dá 6 m, por 15 de comprimento, por 30 de comprimento; a rua da Vila União foi toda tirada pela rua daqui de frente, a mesma dimensão de 12 m [...]” (sic). De acordo com as entrevistas, foi o próprio Linhares que fez a planta inicial do bairro, pensando em futuro arruamento e organização dos lotes, e também criou o nome Conjunto Habitacional Bairro Vila União, Linhares:

Foi eu que fiz o ‘croquis’. E toda a modéstia, dei o nome, porque aí vem a influência, porque eu tava certo do que eu queria, né? o que a gente tava querendo. Claro que o Osvaldo foi um parceiro no sentido de dar informação ,de entrar na briga e concordar com aquilo, com

a proposta, a proposta que foi dada, por isso que digo partiu de mim a ideia. Por que Vila União? Primeiro não tinha um bairro com o nome de Vila União; segundo, porque era a união das pessoas em torno de um bairro; terceiro, porque a gente pensava que era um terreno da União (risos), essas razões... (sic) (Linhares/Maneco, (depoimento), 2005, p. 34).

Após a visita e o reconhecimento do espaço, Linhares/Maneco e Oswaldo Aguiar realizaram o cadastramento de pessoas sem moradia para serem contempladas com lotes no futuro bairro. Segundo Oswaldo Aguiar (2009, p.44), “aí a gente organiza o pessoal, o pessoal topa. A gente conseguiu ainda cadastrar umas cento e cinquenta famílias né, aí: olha o seguinte nós vamos ocupar tal dia, marcamos o dia e tal [...]” (sic).

Quando chegaram no local junto com os primeiros moradores, depois de superarem a resistência inicial da polícia, começaram a limpar a área, e, para felicidade deles, perceberam que a área era maior do que tinham imaginado. A princípio fizeram uma limpeza coletiva, para depois realizarem o sorteio dos lotes para os moradores. Cabe frisar que o bairro não foi ocupado apenas por pessoas do Pantanal, pois vieram pessoas de outros bairros e até mesmo de cidades vizinhas, como Forquilha e Meruoca.

Um desafio, no processo de ocupação, foi garantir a permanência da população na área, mesmo antes de construírem as casas. Oswaldo Aguiar fala o seguinte:

Começamos a abrir a área, mas aí a gente disse (já tinha preparado o grupo) olhai quem vier pra cá vai ter que ficar aqui, né? Então tem que, mesmo que volte lá pra levar as coisas, as coisinhas que tiver, né? mas nós já temos que ir abrindo a área e ir fazendo as caixinhas de papelão, de saco e tem que ficar aqui. Então, quer dizer eu fiquei praticamente eu o Maneco ficamos uns quatro meses das nossas vidas lá pra consolidar, porque a gente sabia que nós tínhamos que planejar...(sic) (Aguiar, (depoimento), 2009, p. 45).

Os primeiros moradores foram responsáveis por preparar o terreno para a construção das casas, tempo de muito esforço e suor, como pode ser percebido na fala de dona Teresinha Rodrigues de Lima, uma das primeiras moradoras do bairro:

Tinha muita jurema preta, todo mato, tinha pau branco, todo mato tinha aqui e... aí nós cortando, os mais fino as mulher cortava, os mais grosso era os homem e assim nós trabalhava até lá perto da fábrica de cimento, nós só saía de lá, nós cortava, o sol muito quente, né? aí nós ia queimar cinco hora da tarde, seis hora da tarde, nós começava a queimar. As mulher ia botando só mato era uma coivara mais medonha do mundo e nós trabaiando e assim nós passemo o tempo todinho trabaiando pra poder arranjar, tinha que trabalhar. Os derradeiro já pegaram na garapa (sic) (Lima, (depoimento), 2009, p. 26).

Percebe-se que, segundo os depoimentos colhidos, os primeiros habitantes do bairro enfrentaram muitos desafios, tendo que superar a resistência da polícia, providenciar a limpeza do espaço e construir suas moradias. Também revelam que tiveram que conviver com a ausência de infraestrutura básica, como abastecimento de água e distribuição de energia elétrica, mesmo o bairro tendo sido planejado pelos idealizadores da ocupação, conforme Aguiar (2009, p.52) “[...] Esses bairros que surgiram na cidade de Sobral eu acho que, o que foi planejado não oficial foi a Vila União, né? Os outros foram pensados depois [...]”(sic).

Contam que o planejamento pelos ocupantes da área facilitou a instalação da energia elétrica e distribuição de água encanada no local, mostrando a força de sua agência na territorialização do lugar. Uma característica presente na configuração territorial do bairro é a presença de casas conjugadas e de pequeno porte, favorecendo relações de vizinhança, marcada pela força da pessoalidade (figura 2). Este tipo de moradia favorece o uso da rua como espaço de sociabilidade, como se fosse uma extensão da casa, sem o conceito de propriedade privada.

Figura 2. Configuração das moradias no bairro Vila União.



Fonte: Silva (2018)

Para entender a relação da comunidade com o espaço e suas experiências é imprescindível conhecer o conceito de bairro, que aqui é relacionado à concepção de lugar. Para entender o que é um bairro, vale a pena frisar que não dá para definir com precisão o que realmente é, do ponto de vista conceitual e territorial. Não é nada mais que uma construção arbitrária e administrativa por parte do poder público, virtual e livre por parte do morador. Ao mesmo tempo é uma convergência e divergência de extensões fluidas por parte do morador, que não corresponde a um território homogêneo de ordem moral, religiosa, ideológica, social e econômica, apesar dos esforços dos moradores em criar consensos sociais. Os seus limites são imprecisos, quando comparados aos que são definidos pelo poder público e aos que são falados pelos moradores.

O bairro poderia ser pensado também, a partir de um determinado feixe de relações sociais, formando uma comunidade, em função da pessoalidade fundada em forte reconhecimento social entre seus moradores. Duarte (2002) chama a atenção de que faz sentido pensar que o bairro, especialmente o periférico, é formado por casas conjugadas pequenas, com estrutura precária, sem o conceito de propriedade privada do morador, como supostamente habitadas por pessoas que partilham de sentimentos recíprocos, produzindo um suposto consenso ou modo comum de perceber e agir no espaço. Entretanto, não é bem assim que empiricamente está se constituindo o espaço. Os conflitos, diferenças internas e dissensos sociais estão presentes no bairro, ao mesmo tempo que acompanhados de investimentos na consolidação de identidades.

Nesse caso, o conceito central talvez não seja o de bairro, mas o de lugar. Esta categoria geográfica apareceu como conceito-chave na evolução do pensamento geográfico, no contexto da Geografia Humanista, na década de 1970. Na ótica de Staniski, Kundlasch e Pirehowki (2014), o lugar é onde estão as referências pessoais e as subjetividades que direcionam as diferentes formas de perceber e constituir a paisagem e o espaço geográfico. Trata-se na realidade de espacialidades carregadas de laços afetivos, com os quais a sociedade desenvolve ao longo da vida na convivência com o lugar e com os outros.

O conceito de lugar assume um caráter subjetivo, uma vez que cada indivíduo traz já a memória e uma experiência direta com seu espaço, com o seu lugar, pois é a partir desse envolvimento com o local agenciado pela territorialização dos indivíduos que se adquire tal pertencimento. Para Santos (2006, p. 212), “os lugares são vistos como intermédio entre o mundo e o indivíduo”.

Certeau (1998) ajuda a compreender o lugar para além da dinâmica da reprodução da vida material, sem descartá-la, ampliando sua definição. Enfatiza como cada indivíduo vê e define o lugar. Assim, conforme Certeau (1998, p. 201) “um lugar é a ordem (seja qual for) segundo a qual se distribuem elementos nas relações de coexistências. Aí se acha, portanto, excluída a possibilidade para duas coisas, de ocuparem o mesmo lugar. Aí impera a lei do ‘próprio’ e distinto que define. Um lugar é, portanto, uma configuração instantânea de posições. Implica uma indicação de estabilidade”.

Nesse caso, o autor valoriza a agência cotidiana dos indivíduos para territorialização do lugar, fugindo da armadilha da propriedade estável de características espaciais. O espaço, para o autor, é movimento, tensão e contradições instáveis. Durante este movimento, os indivíduos, com suas astúcias e práticas cotidianas, vão criando propriedades, mesmo que contextuais e fluidas, sem consistências definitivas, que definem lugares e os defendem como territórios deles. São movimentos contraditórios que permitem visualidades a territorialização do espaço.

Já Tuan (1975) associa o conceito de lugar às relações de afetividade e sentimento das pessoas com o meio em que vivem. O lugar tem muitos significados que são atribuídos pelas pessoas e traduzem os espaços com os quais as pessoas têm vínculos mais afetivos e subjetivos que racionais e objetivos. Acrescenta-se, com base em Certeau (1998), que o lugar e o espaço não podem ser pensados somente como sentimentos aplicados à territorialização. São também agências pragmáticas,

acionadas no tempo do cotidiano, visando a interesses que não passam necessariamente somente por sentimentos e emoções, mas envolvem também dinâmicas que passam por materialidades e imaterialidades, conflitos e sinergias muito pouco controláveis por cada indivíduo, apesar dos esforços para a efetivação deste controle.

Os relatos das entrevistas podem ser muito bem utilizados para identificar o lugar potencial produzido pelos indivíduos, pois mostram os espaços com os quais as pessoas têm vínculos mais afetivos e subjetivos, assim como também pragmáticos, racionais e objetivos. Portelli (1997, p.31) afirma que “o único e precioso elemento que as fontes orais têm sobre o historiador, e que nenhuma outra fonte possui em medida igual, é a subjetividade do expositor”. Para a Geografia, este tipo de fonte mostra mais um percurso no espaço do que um mapa fixo de pontos estáveis.

Nesse contexto, é notório nas entrevistas e no documentário que, mesmo diante dos desafios enfrentados pela comunidade, os moradores apresentam uma grande identificação e afetividade com o bairro, ou seja, a Vila União é o lugar de seus moradores. Para Tuan (1983, p.83), “quando o espaço nos é inteiramente familiar, torna-se lugar”. Entretanto, deve-se lembrar aqui que a narrativa também tem um caráter pragmático de causar um efeito no interlocutor. Assim, não se pode interpretar que os moradores sustentam seus argumentos em crenças ou que suas falas são objetivamente uma identificação da afetividade com o lugar. São potências e agências que visam causar este efeito em quem escuta.

Esse efeito de afetividade com o lugar pode ser percebido nas palavras da dona Minervina de Melo Vasconcelos (2009, p. 16), ao dizer: “eu acho bom demais a minha rua”, e Terezinha Rodrigues de Lima (2009, p.24) quando indagada se gostava do antigo local que morava, ao que respondeu: “gostava, mas aqui eu gosto mais”. Observa-se que para ambas o afeto pelo bairro está associado à conquista da moradia.

Na ótica de Carlos (2007), a produção espacial realiza-se no plano do cotidiano e aparece nas formas de apropriação, utilização e ocupação de um determinado lugar, num momento específico e revela-se pelo uso como produto da divisão social e técnica do trabalho que produz uma morfologia espacial fragmentada e hierarquizada. Uma vez que cada sujeito se situa num espaço, o lugar permite pensar o viver, o habitar, o trabalho, o lazer como situações vividas, revelando, no nível do cotidiano, os conflitos do mundo moderno.

Nas narrativas também foram observadas as diferenças internas na percepção do lugar pela comunidade, uma vez que cada indivíduo vê e percebe o bairro a partir de suas experiências. A ligação de Osvaldo Aguiar e Linhares/Maneco com o bairro está associada à mobilização política comunitária, como pode ser percebido na fala de Aguiar (2009) sobre o processo de ocupação do bairro: “a gente começa a se preparar e nós olha, nós temos que formar um grupo, então todo dia cinco horas a gente tinha uma reunião do grupo, tinha um grupo lá da liderança né e a gente tinha uma reunião todo dia cinco horas né. (sic).

Também pode-se perceber que algumas narrativas falam que no contexto de organização e ocupação da Vila União ocorreram conflitos por terreno entre os sujeitos ocupantes, fato que pode ser percebido na fala da moradora Francisca da Silva Arruda:

Pois sim, pois sim, aí eu fui lavar roupa aqui numa barragem [...] Quando voltei, aí eu avistei aqui nesse altinho, eu vinha descendo, aí quando eu vi o caboco aí marcando. Aí eu deixei a trouxa de roupa lá na minha irmã e disse: seu Zé, me diga aqui uma coisa o que é que você tá fazendo aqui nesse terreno? É meu terreno. [...] Aí ele disse: não! Eu tô marcando... Eu digo: pois se você vai marcar eu vou ficar aqui porque o terreno é meu, tá aqui marcado já, tem meu papelzinho botando o número da quadra. Aí ele disse: não! Aí eu: não digo eu! [...] Ele ficou desconfiado, minha fia, aí eu acho que eu só vi esse homem nesse dia e não vi mais (sic) (Arruda, (depoimento), 2009, p. 20).

Os moradores da Vila União apresentam em suas narrativas uma potência de identificação com o local de vivência, pois insistem em falar da afetividade e o sentimento de pertencimento da comunidade com o lugar, segundo alguns, expressos em suas práticas e modos de vida. Entretanto, as justificativas para esse gostar podem variar. Um expõe que o motivo do afeto é a casa que mora, interesse pragmático expresso como sentimento, como no caso de Minervina e Terezinha. Outro motivo é o sentimento de comunidade, seja ele pensado como politicamente agenciado, como no caso de Linhares/Maneco e Osvaldo Aguiar. O motivo também pode ser fundado na ideia de se estar perto de seus iguais, apesar dos conflitos abertos presentes na territorialização do espaço, materializados na “guerra” entre grupos de jovens rivais e da violência urbana.

Assim, percebe-se que o bairro é produzido e produto das relações sociais que se estabelecem no território em que as pessoas vivem e constroem. É um território carregado de contradições e movimentos de territorialização e desterritorialização constantes, que não sustentam qualquer tentativa de estabilidade e fixidez, apesar de não descartá-la como desejo e agência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Princesa do Norte ou Sobral não oferece moradias nos bairros elitizados para todos os seus habitantes, expelindo os migrantes pobres para as áreas periféricas da cidade. Essa periferia abriga pessoas vindas de vários lugares em busca de uma “vida melhor”, em comparação àquela experimentada no seu lugar de origem.

Como exposto, o bairro Vila União surgiu nesse contexto de ineficiência do poder público, que não garante a uma parte da população o acesso à moradia, um dos direitos básicos assegurados na Constituição Federal. Surgiu também da mobilização popular em busca da solução para este problema.

Conforme as narrativas dos moradores sobre o processo de configuração territorial do bairro, o que hoje consiste em um local densamente povoado era uma área desabitada. Quando os primeiros moradores chegaram, tiveram que limpar o terreno, marcar os lotes e construir as primeiras casas, com base em um planejamento urbano feito por integrantes do movimento social que organizaram o processo. Era um planejamento ainda incipiente, mas fundado na lógica do arruamento regular, linear, formando quadras. As narrativas dos moradores mais antigos ressaltam seu “heroísmo” na conquista do território, mostrando suas trajetórias, dificuldades e soluções encontradas. As dificuldades circulam entre conflitos de interesses individuais, ausência de distribuição de água, falta de iluminação pública, entre outras.

Cabe salientar que, mesmo diante das dificuldades enfrentadas pelos moradores da Vila União, se percebe, em suas narrativas, laços de afetividade com o meio em que vivem, apesar de os critérios para justificar esse afeto sejam variados. Por fim, embora a comunidade receba influência exógena, o bairro é um espaço produzido e reproduzido pelas ações e intencionalidade da população local, que por meio de suas agências cotidianas territorializa o espaço geográfico, ao mesmo tempo mostrando conflitos e tentativas de consenso social sobre o território e o lugar desejado. Para a Geografia, esse movimento que parece contraditório enriquece a análise e diversifica os princípios metodológicos que procuram uma compreensão deste processo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, O. (depoimento, 26.04.09). Sobral: Laboratório de Memórias e Práticas Cotidianas, 2009.

ARRUDA, F. S. (depoimento, 08/09/09). Sobral: Laboratório de Memórias e Práticas Cotidianas, 2009.

CARLOS, A. F. A. **O lugar no/do mundo**. São Paulo: FFLCH, 2007.

CERTEAU, M. Relatos de espaço. In: CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. Vozes: Petrópolis, 1998, p. 199-217.

CORRÊA, R. L. **O espaço urbano**. São Paulo: Ática, 1989.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Devir-intenso, devir-animal, devir-imperceptível. In.: **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. 4. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

DUARTE, A. L. Os sentidos da comunidade: notas para um estudo sobre bairros operários e identidade cultural. **Trajeto Revista de História da UFC**. Fortaleza: Departamento de História da UFC, v. 1, n. 2, p. 103-113, 2002.

LIMA, T. R. (depoimento, 26.08.09). Sobral: Laboratório de Memórias e Práticas Cotidianas, 2009.

PORTELLI, A. O que faz a história oral diferente. **Projeto História**, n. 14, 1997.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo. Editora Universidade de São Paulo, 2006.

SOUZA (MANECO), E. R. (depoimento, 04.07.2001). Sobral: Laboratório de Memórias e Práticas Cotidianas, 2005.

VASCONCELOS, M. M. (depoimento, 05.11.09). Sobral: Laboratório de Memórias e Práticas Cotidianas, 2009.

STANISKI, A.; KUNDLATSCH, C. A.; PIREHOWSKI, D. O conceito de lugar e suas diferentes abordagens. **Revista perspectiva geográfica – UNIOESTE**. Cascavel, v. 9, n. 11, p. 1-19, 2014.

TUAN, Y. **Espaço e Lugar**: a perspectiva da experiência. São Paulo: DIFEL, 1983.

TUAN, Y. Place: na Experiential Perspective. **Geographical Review**, v. 65, p. 151-165, 1975.

LEVANTAMENTO FLORÍSTICO COMO SUPORTE AOS ESTUDOS FITOGEOGRÁFICOS NA SERRA DA PENANDUBA, CEARÁ, BRASIL

Raimundo Nonato Lima Freire; Isorlanda Caracristi



INTRODUÇÃO

O Nordeste semiárido brasileiro é um espaço caracterizado por sua homogeneidade quanto aos seus aspectos fisiográficos gerais (clima, hidrografia e vegetação), uma região com particularidades que “[...] se estende por depressões interplanálticas, situadas entre maciços antigos e chapadas eventuais, sob a forma de intermináveis colinas sertanejas [...]” (AB’SABER, 1997, p.10).

No que se refere às principais influências climáticas, a autora Caracristi (2000, p.08) nos revela que “no Nordeste do Brasil o regime de ventos é fortemente condicionado pela circulação em macroescala dos ventos alísios relacionados à Zona de Convergência Intertropical (ZCIT)”. Estes, além de outros fatores climáticos, interferem na distribuição das chuvas na região e, conseqüentemente, no tipo de vegetação predominante em cada subunidade de relevo nordestino.

A vegetação de caatinga, adaptada ao calor e ao período seco em boa parte do ano, também está interligada aos variados tipos de solos originados em decorrência dos processos pedogenéticos ligados a essas irregularidades pluviométricas, distribuídas entre um “[...] inverno seco e quase sem chuva, com duração de cinco a oito meses, e verão chuvoso, com quatro a sete meses de precipitações pluviais” (AB’SABER, op. cit., p.10).

Do ponto de vista fitogeográfico, Fernandes (2007) afirma que as caatingas se mostram como uma vegetação florestal, devendo ser incluída entre as Matas Secas, representada pelo modelo arbóreo, estacional, caducifólio, xerófilo, garranchento ou espinhoso. Nesse sentido, sua densidade e porte variam entre “[...] arbustivo-arbórea ou arbóreo-arbustiva, e, muito raramente, em arbórea, comportando folhas miúdas e hastes espinhentas, adaptadas para conter os efeitos de uma evapotranspiração muito intensa” (AB’SABER, op. cit., p.10).

Nessa mesma perspectiva, Pereira e Silva (2005), ao adentrar o estado do Ceará, descrevem que:

[...] há predomínio de condições de semiaridez, fazendo com que a vegetação tenha um caráter fisionômico dominado pela perda de folhas durante o período de estiagem, ou seja, a caducifólia e outras adaptações morfológicas e fisiológicas da seca. As unidades vegetacionais relacionadas com essas condições climáticas são a Caatinga, o Carrasco e a Mata Seca, sendo que a primeira predomina especialmente pelo interior cearense (p. 199).

A Depressão Sertaneja, onde se assentam as caatingas, são as unidades morfoestruturais que se originaram pelos processos tectônicos pretéritos e mudanças climáticas que ocorreram ao longo dos períodos Terciário e Quaternário (MEIRELES, 2005). “Os grandes pediplanos sertanejos modelados no cristalino ocupam, porém, as maiores áreas regionais, interrompidas pelas chapadas calcárias e pelas serras cristalinas” (ANDRADE, 1986, p. 41). Ou seja, no contexto geocológico do semiárido representado pelas caatingas, há ocorrência de ambientes de exceção, que “interrompem” o perfil

rebaixado das depressões e se apresentam como relevos residuais úmidos e secos, como as Serras da Ibiapaba, Meruoca (serras úmidas) e a Serra da Penanduba (serra seca), que possuem características geocológicas diferenciadas, com destaque para os aspectos da flora, dos solos e do microclima.

No que se refere A essas mudanças distributivas da vegetação, a Teoria dos Refúgios e Redutos apresentada por Ab'Saber (1977) baseia-se nos estudos paleoclimáticos, explicando a variação da distribuição espacial da cobertura vegetal com foco nas paisagens naturais de exceção do território brasileiro. Sobre os critérios para o embasamento de tal teoria, Aziz Ab'Saber (1977) dispõe que:

Os critérios que nos permitiram chegar a esta aproximação sintética, sobre o mosaico morfoclimático e fitogeográfico do último período seco, ocorrido entre 12.000 e 18.000 anos (Würm-Wisconsin), pertencem ao campo das observações múltiplas e correlatas (p. 3).

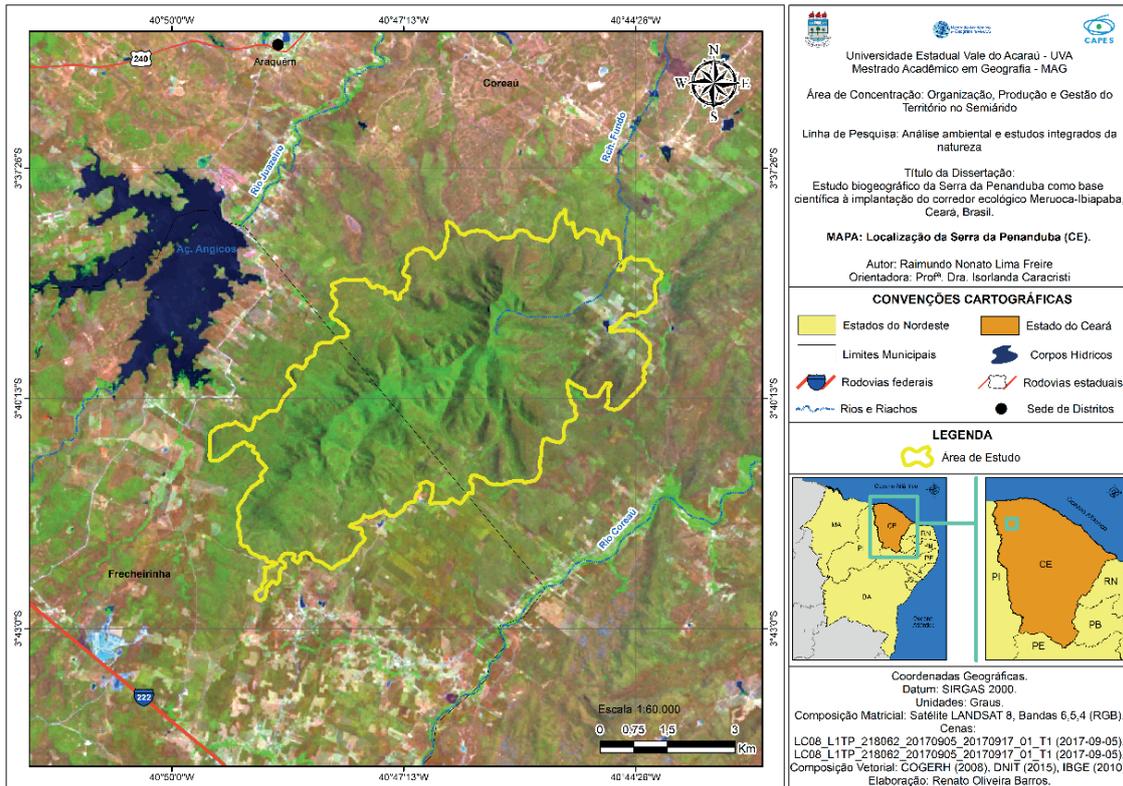
Esta ideia é comumente aplicada em estudos voltados aos ambientes de exceção como as serras úmidas ou brejos do Nordeste (AB'SABER, 2003), por conter aspectos, principalmente quanto à vegetação existente, mais relevantes que sustentam essa teoria. Mas cabe aqui mostrar que as serras secas também podem se destacar na paisagem das áreas circundantes quanto à distribuição das plantas e animais, tornando-se, assim, um objetivo imprescindível ter conhecimento das formações vegetais que incorporam esses ambientes, já que as serras úmidas possuem destaque no âmbito acadêmico, persistindo uma grande lacuna no que se refere ao conhecimento geográfico/ambiental das serras secas.

Por isso, o presente estudo tem como foco espacial uma das representativas unidades ambientais no contexto do Noroeste cearense e enquadrada na categoria das serras secas do semiárido nordestino, a Serra da Penanduba.

Localizada na divisa dos municípios de Coreaú e Frecheirinha situada entre duas áreas com fragmentos de vegetação de Mata Atlântica, o Maciço Residual da Serra da Meruoca e o *Glint* da Ibiapaba (CLAUDINO-SALES, 2016), a Serra da Penanduba (Figura 1), que atinge 650 m de altitude, apresenta uma área de exceção vegetacional com remanescentes de Caatinga Arbórea ainda conservada, caso este, cada vez mais raro no território cearense, pois abriga o primata guariba-da-caatinga (*Alouatta ululata*, Elliot, 1912) e a onça-parda ou suçuarana (*Puma concolor*; Linnaeus, 1771), espécies ameaçadas de extinção (COSTA, 2015).

Também se configura como um divisor de águas e um aquífero local, onde se localizam várias nascentes que drenam para os rios Coreaú e Juazeiro (ALBUQUERQUE, 2015). Apresenta características de uma crista residual, com topos aguçados e vertentes alongadas, assim como é classificado por Souza (2000), dispondo de sistemas ambientais que precisam de atenção tanto dos órgãos públicos quanto dos estudos voltados para a área da fitogeografia.

Figura 1. Mapa de localização.



Fonte: FREIRE, 2018.

Na etapa atual da pesquisa, os resultados preliminares de identificação mostraram que algumas espécies identificadas até o momento possuem elementos comuns às outras serras próximas, como a Serra da Meruoca e da Ibiapaba, nas mesmas altitudes, apresentando, além de remanescentes de Caatinga Arbórea, uma flora típica de Mata Seca ou Floresta Subcaducifolia Tropical Pluvial.

METODOLOGIA

Baseando-se em algumas técnicas aplicadas aos estudos biogeográficos (FURLAN, 2005), no caso, da análise florística, divide-se esta pesquisa em 2 (duas) etapas sequentes: a coleta de dados (pesquisa bibliográfica, documental e trabalhos de campo) e o suporte técnico das análises dos dados coletados.

Coleta de Dados

Realizaram levantamento, seleção e fichamento de informações relacionadas à pesquisa, em teses, dissertações e periódicos científicos, além de consultas a documentos governamentais tanto voltados aos fundamentos teórico-metodológicos como ao conhecimento específico sobre a área de estudo.

Em seguida, na etapa de campo, procedeu-se às coletas iniciais das principais espécies vegetais encontradas na área acima de 500 m de altitude, associadas às observações e registros das principais características ambientais da paisagem ao longo dos perfis amostrais (cotas altimétricas estabelecidas). Os perfis foram definidos em função da altitude e do maior adensamento e diferenciação visual da vegetação nativa encontrada em relação às vertentes e à depressão sertaneja circundante, sendo coletadas amostras nas cotas altimétricas de 200 m, 400 m e 600 m, visto que é no intervalo de 200 em 200 m de altitude que ocorrem as variações topoclimáticas mais significativas.

Sequencialmente, as espécies coletadas foram tratadas e catalogadas em parceria técnica e institucional com o Herbário Prof. Francisco José de Abreu Matos, da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA. Para a identificação das espécies, coletaram-se ramos que foram, posteriormente, secados e armazenados no acervo do herbário. Para isso, foram utilizadas tesoura manual de poda e prensa provisória constituída de folhas de papelão, intercaladas com folhas de jornal e amarradas com barbante. Além disso, teve-se o subsídio de fotografias da área e da utilização de GPS pelo pesquisador (cada ponto de coleta foi georreferenciado). Para classificar a vegetação utilizou-se a proposta de Figueiredo (1997) aplicada para a fitogeografia do Ceará.

Suporte Técnico

O mapa de delimitação da área em estudo foi elaborado, utilizando-se as ferramentas do programa *software livre QGIS* (versão 2.8.7), com delimitação estabelecida a partir da cota altimétrica de 150 m que corresponde ao início da vertente de sopé da Serra da Penanduba. Posteriormente, foi realizado o processamento das imagens *raster* na forma de Modelo Digital de Elevação (MDE) adquiridas no Instituto Nacional de Pesquisas Avançadas (INPE) com curvas de níveis de 30 metros e detalhamento da altitude. Os arquivos do tipo *shape* foram adquiridos nos endereços eletrônicos dos órgãos: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) e Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE, 2015).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A teoria dos Redutos e Refúgios de Ab'Saber (1977) explica as variações climáticas ocorridas durante o Pleistoceno (12.000 e 18.000 anos A.P.) as quais permitiram a penetração das florestas no

domínio das caatingas. A retornar à sua distribuição original, após períodos interglaciais, redutos de Floresta Atlântica permaneceram em locais de microclima favorável, devido à altitude nos planaltos úmidos. Nessa perspectiva, a Serra da Penanduba, além de desempenhar funções ecológicas rompendo com a “monotonia” da superfície sertaneja, apresenta também características que fazem com que ela se torne uma área de interesse para estudos biogeográficos e fitogeográficos.

Uma delas é a presença do primata guariba-da-caatinga (*Alouatta ululata* Elliot, 1912), na Serra, que apesar do nome guariba-da-caatinga (Figura 2), ele também habita outro bioma brasileiro, o Cerrado (FILHO, 2016). Em foco, Souza e Oliveira (2006), e Filho (2016) colaboram destacando que, no estado do Ceará, os guaribas estão mais restritos às áreas de enclaves úmidos que possuem temperaturas médias anuais abaixo das registradas nas Depressões Sertanejas e serras secas que possuem, em sua maioria, altimetria abaixo de 500 metros.

Figura 2. Presença do primata guariba-da-caatinga na Serra da Penanduba.

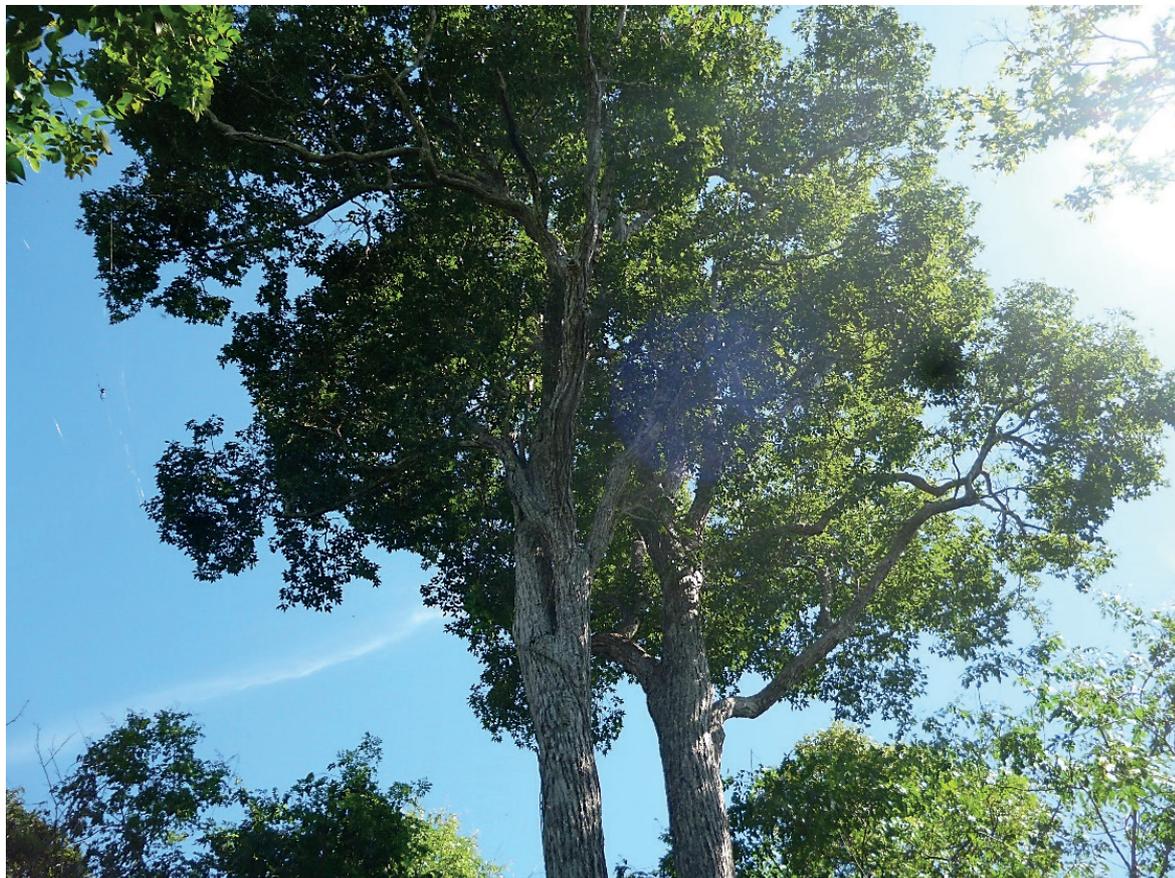


Fonte: COSTA, 2015.

Caracterizada geomorfologicamente por vertentes alongadas e topos aguçados, fatores estes que dificultam a prática das atividades agropecuárias, a Serra da Penanduba se torna um ambiente

favorável à permanência desse animal que encontra alimentos em meio à uma vegetação arbórea ainda conservada (Figura 3) e atualmente com pouca interferência humana.

Figura 3. Vegetação arbórea conservada acima de 500 m de altitude.



Fonte: FREIRE, 2018.

Destacam-se também a distribuição da flora nesse sistema ambiental, a presença de condições abióticas diferenciadas no *Topo Subúmido* (de 500 m acima), subsistema ambiental classificado por Costa (2015) com presença de vegetação arbórea, uma sensação térmica mais amena (menor sensação de calor) nas cotas mais elevadas da serra, isso comparada ao caimento ao longo das suas vertentes. Segundo o mesmo autor existem espécies de outros biomas como a fruta-de-jacu (*Psidium sartorianum*), típica do bioma Cerrado.

No trabalho de Costa (2015), na Serra da Penanduba foram encontrados exemplares de porte arbóreo como braúna (*Schinopsis brasiliensis*), angico (*Anadenanthera colubrina*), jatobá (*Hymenaea courbaril*), aroeiras (*Myracrodruon urundeuva*), cedro (*Cedrela fissilis*), barriguda (*Ceiba glaziovii*), sabiá (*Mimosa caesalpinifolia*) e pau d'arco roxo (*Tabebuia impetiginosa*),

Foi na cota acima de 500 m que foram feitos os primeiros trabalhos de levantamento florístico, por apresentar espécies típicas de áreas de transição entre a Floresta Plúvio-nebular, encontrada nas serras úmidas, e a Caatinga Arbustiva Aberta, predominante na depressão sertaneja.

Foram coletadas 12 espécies aleatórias, até o momento, envolvendo os extratos arbóreo, arbustivo e herbáceo, identificando-se visualmente as plantas que se diferenciavam das que eram encontradas ao longo das vertentes e das áreas aplainadas circundantes. Esclarece-se aqui a importância de métodos fitossociológicos mais específicos para a identificação de espécies vegetais e para a obtenção de dados quantitativos. Os resultados iniciais da coleta em campo foram catalogados e organizados em uma lista (Tabela 1).

Tabela 1. Lista preliminar da flora da Serra da Penanduba.

Família	Espécie	Nome popular	Ocorrência
Fabaceae	<i>Platymiscium floribundum</i> Vogel	Rabugem ou rabuja	Endêmica do Brasil, ocorrendo no Piauí, Ceará, Pernambuco e Bahia. No noroeste do estado do Ceará há registros para as Serras das Matas, o Glint da Ibiapaba e a Serra da Meruoca.
Euphorbiaceae	<i>Croton sonderianus</i>	Marmeleiro	—
Fabaceae	<i>Poiretia punctata</i> (Willd.) Desv.	—	Não endêmica do Brasil, ocorre nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. No Ceará foi coletada nas serras das matas, da Meruoca e região do Cariri.
Combretaceae	<i>Combretum glaucocarpum</i> Mart.	Cipaúba	Não endêmica do Brasil, exclusiva da América do Sul, encontrada no Peru, Bolívia e Brasil. Há registros na Serra da Meruoca.
Fabaceae	<i>Bauhinia unguolata</i> L.	Pata-de-vaca	Amplamente distribuída no Ceará, ocorrendo desde o litoral até o Cariri, em ambiente de Floresta de Tabuleiro, Caatinga, Cerrado e Floresta Estacional Semidecidual. Na região noroeste foi registrada no Glint da Ibiapaba e na Serra da Meruoca.
Acanthaceae	<i>Justicia aequilabris</i> (Nees) Lindau	—	Amplamente distribuída no Ceará, ocorrendo desde o litoral até o sul e sudoeste do Estado, em Caatinga e Floresta Estacional Semidecidual. Na região noroeste foi registrada para o Planalto da Ibiapaba, Pacujá, Granja e Serra das Almas em Crateús.

Acanthaceae	<i>Pseuderanthemum congestum</i> (S. Moore) Wassh.	—	Não endêmica do Brasil, ocorrendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. No Ceará há poucos registros desta espécie na Serra da Meruoca e no Glint da Ibiapaba.
Capparaceae	<i>Cynophalla flexuosa</i> (L.) J. Presl	Feijão-bravo	Espécie amplamente distribuída no Brasil em todas as regiões. No Ceará ocorre do litoral ao Cariri. Na região noroeste do estado há registros para a Serra da Meruoca, Sobral e Santa Quitéria, em vegetação de Caatinga, Caatinga Arbórea e Floresta Estacional Semidecidual.
Poaceae		Capim-de-mata	—
Malvaceae	<i>Byttneria fernandesii</i> Cristóbal	—	Espécie endêmica do Ceará, com registros somente na região noroeste, na Serra da Meruoca, Santa Quitéria e Itatira, em vegetação de Caatinga e Floresta Estacional Semidecidual.
Bignoniaceae	<i>-Dolichandra unguis-cati</i> (L.) L.G. Lohmann	Unha-de-gato	Espécie amplamente distribuída no Brasil, não endêmica. No Ceará há registros para o litoral, Chapada do Araripe e Planalto da Ibiapaba, em vegetação de Floresta de Tabuleiro, Caatinga e Floresta Estacional Semidecidual.
Bignoniaceae	<i>Fridericia s.it</i>	—	Muito comum na Floresta Estacional Semidecidual e Caatinga.

Fonte: Organizado pelos autores a partir da metodologia utilizada no Herbário/ UVA.

A partir desses resultados, pode-se perceber que na cota altimétrica acima de 500 m nota-se a presença de espécies que são encontradas em outras matas serranas da região nas mesmas altitudes, principalmente as que formam as matas secas.

Segundo Fernandes (1998), as principais espécies que caracterizam a Mata Seca são: o pau-d'arco (*Tabebuia serratifolia*), angico (*Anadenanthera macrocarpa*), imburana (*Amburana cearensis*), aroeira (*Myracrodruon urundeva*), pitomba (*Talisia esculenta*) e a barriguda (*Ceiba glaziovii*), acrescenta-se também a rabuja ou rabugem (*Platymiscium floribundum*).

Sobre isso, é importante destacar que as matas secas possuem características de transição entre a Floresta Subperenifolia Tropical Plúvio-nebular (mata úmida) e as caatingas, normalmente

ocupando os níveis inferiores e médios do maciço residual da Serra da Meruoca e do Glint da Ibiapaba, possuindo variação altimétrica de 330 a 500 metros, normalmente a declividade é superior a 25°, possuem maior porte quando comparadas com a Caatinga Arbórea, mesmo ocupando áreas de solos rasos (GOMES *et al.*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As serras secas desempenham um papel importante no contexto do semiárido cearense e a Serra da Penanduba em estudo apresenta características vegetacionais que a diferenciam do seu entorno, tornando-se uma área imprescindível aos estudos voltados à biogeografia regional.

Pontos importantes justificam essa afirmativa, como a presença do macaco guariba-da-caatinga, plantas típicas de outros biomas e por ser um ambiente diferenciado pela altitude em relação ao seu entorno, com várias funções ecológicas (diversidade florística que serve de abrigo para a vida silvestre) e sociais (fontes de água, madeira e extrativismo vegetal).

Por apresentar trechos de difícil acesso, com acentuado declive e a maior altitude local, essa área é imprópria para a prática de atividades agrícolas, tornando-se importante para a conservação da vegetação e preservação das espécies da fauna.

Este trabalho constitui uma das etapas iniciais da pesquisa de dissertação desenvolvida no MAG-UVA. Pretende-se contribuir como subsídio para a proposta de implantação de Unidade de Conservação da Serra da Penanduba e Corredor Ecológico.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), à Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), ao Herbário da UVA em especial ao Prof. Dr. Elnatan Bezerra de Souza e à professora orientadora pelo apoio e contribuição prestados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

AB'SABER, A. N. **Os domínios de natureza no Brasil – Potencialidades paisagísticas**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003. 159 p.

AB'SABER, A. N. **Estudos avançados**. São Paulo: EDUSP, 1997. p. 7-59.

AB'SABER, A. N. Espaços ocupados pela expansão dos climas secos na América do Sul, por ocasião dos períodos glaciais quaternários. **Paleoclimas**, v. 3, p. 1-19, 1977.

ALBUQUERQUE, F. N. B. **Recurso natural, organização espacial e ordenamento territorial: mineração e degradação de terras na depressão interplanálticas semiárida do Alto Coreaú (CE)**. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Instituto de Geociências e Ciências Exatas, 2015.

ANDRADE, M. C. **A terra e o homem no nordeste**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1986.

CARACRISTI, I. Estudo integrado do clima da região do médio curso do Rio Acaraú: uma análise geográfica do clima local. **Revista Essentia**, v. 1, n. 1, 2000.

CLAUDINO-SALES, V. **Megageomorfologia do Estado do Ceará: história da paisagem geomorfológica**. Novas Edições Acadêmicas, 2016.

COSTA, J. S. **Análise geoambiental da Serra da Penanduba (Coreaú/Frecheirinha): bases geográficas voltadas à criação de unidade de conservação**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2015.

FERNANDES, A. G. **Fitogeografia brasileira - Fundamentos fitogeográficos: fitopaleontologia, fitoecologia, fitossociologia, fitocorologia**. 1. parte. 3. ed. Fortaleza: Edições UFC, 2007.

FERNANDES, A. G. **Fitogeografia Brasileira**. Fortaleza: Multigraf, 1998. 205 p.

FIGUEIREDO, M. A. A cobertura vegetal do Ceará: unidades fitoecológicas. In: **ATLAS do Ceará**. Fortaleza: INPLANCE, 1997. p. 28-29.

FILHO, A. R. G. F. **Contribuição para uma estratégia de conservação de *Alouatta ululata*, Nordeste do Brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado em Biologia da Conservação) – Universidade de Lisboa, 2016.

FURLAN, S. A. Técnicas de Biogeografia. In: VENTURI, L. **Praticando geografia: técnicas de campo e laboratório**. São Paulo: Oficina de textos, 2005. p. 99-130.

GOMES, D. D. M. *et al.* Análise multitemporal do processo de degradação da vegetação da bacia hidrográfica do Rio Jaibaras no Estado do Ceará. **Geografia Ensino e Pesquisa**, v. 2, n. 15, p. 41-62, 2011.

MEIRELES, A. J. A. As unidades morfo-estruturais do Estado do Ceará. In: DANTAS, E. W. C; SILVA, J. B. **Ceará: um novo olhar geográfico**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2005.

PEREIRA, R. C. M.; SILVA, E. V. Solos e vegetação do Ceará: características gerais. In: DANTAS, E. W. C; SILVA, J. B. **Ceará: um novo olhar geográfico**. 1. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2005. p. 189-210.

PROJETO RADAMBRASIL. **Levantamento de recursos naturais**. Rio de Janeiro: MME, 1981.

SOUZA, M. J. N. Bases naturais e esboço do zoneamento geoambiental do Estado do Ceará. In: LIMA, L. C. *et al.* (Orgs). **Compartimentação territorial e gestão regional do Ceará**. Fortaleza: FUNECE, 2000. p. 106-180.

SOUZA, M. J. N.; OLIVEIRA, V. P. V. Os enclaves úmidos e sub-úmidos do semi-árido do Nordeste Brasileiro. **Mercator**, v. 5, n. 9, p. 85-102.

TABARELLI, M.; SANTOS, A. M. M. Uma breve descrição sobre a história natural dos brejos nordestinos. **Brejos de altitude em Pernambuco e Paraíba: história natural, ecologia e conservação**, 2004.

INDICADORES DE SEGURANÇA HÍDRICA NA SUB-BACIA HIDROGRÁFICA DO RIO BATOQUE, HIDROLÂNDIA, CEARÁ

Ana Mesquita Paiva; Ernane Cortez Lima



INTRODUÇÃO

O início do século XXI vem sendo marcado por profundas discussões na Geografia contemporânea diante dos graves problemas sociais que se instalam na superfície terrestre. A opção pelo tema central aqui transcrito – Análise Socioambiental - resulta de uma reflexão construída a partir de leituras preliminares acerca do assunto. Há muitos geógrafos mergulhados em atividades técnicas e de ensino relacionadas aos problemas ambientais do momento, problemas esses que recaem diretamente sobre a sociedade.

Desta maneira, a proposta de relatar os indicadores de segurança hídrica na sub-bacia hidrográfica do rio Batoque preocupa-se em descrever a relação entre as práticas de acumulação de água da população hidrolandense e como o fluxo do rio se encontra. Daí a necessidade de averiguação, com a finalidade de levantar informações que subsidiem a classificação das limitações e das potencialidades dos sistemas ambientais em prol de garantir a segurança hídrica.

A sub-bacia hidrográfica do rio Batoque está localizada no noroeste do estado do Ceará, situando-se nas cartas da SUDENE/DSG, SB.24-V-B-I (Santa Quitéria) SB-24-V-B-IV (Tamboril), pertence ao sistema hidrográfico da bacia do Acaraú. Tem sua área inserida nos limites do município de Hidrolândia.

Diante da discussão sobre bacias hidrográficas no semiárido nordestino do Brasil, deve-se dar enfoque a importância que a água tem para a vida de todos os seres, principalmente quando se trata da existência humana, que necessita dela para sua sobrevivência alimentar, cultural e econômica.

Ressalta-se a relevância da água, para o desenvolvimento de diversas atividades socioeconômicas criadas pelo ser humano, as quais apresentam valores sociais e culturais. Atualmente, a escassez dos recursos hídricos consiste na necessidade de controle dos diversos tipos de usos e, assim, buscar regulá-los de maneira a assegurar sua disponibilidade futura.

Portanto, o presente trabalho tem o intuito de realizar uma abordagem sistêmica, voltada para a análise ambiental. Pretende-se obter uma visão integrada dos elementos naturais, com o objetivo de contribuir para o planejamento de segurança hídrica, por meio de propostas que venham minimizar os impactos socioambientais diagnosticados.

Como unidade natural, a bacia hidrográfica pode ser conceituada como uma área da superfície terrestre que drena água, sedimentos e materiais dissolvidos em um canal fluvial (COELHO NETO, 2007). Entretanto, a necessidade de uso das águas, das planícies, terraços fluviais e demais áreas emersas resultou em diversos impactos, mudanças na paisagem e na dinâmica natural.

No Nordeste semiárido brasileiro, que apresenta baixo índice de precipitação devido aos fatores climáticos naturais, a segurança hídrica torna-se um fator de maior relevância, ainda e desde o início da exploração do semiárido o combate à seca vem sendo uma questão abordada.

Apesar da diversidade das propostas oriundas dos estudos realizados, apenas quatro soluções aos problemas da seca tinham maior destaque no final do século XIX: a solução hidráulica (açudagem), a solução florestal (reflorestamento), a cultura científica do solo (dry-farming) e a abertura de estradas. A principal delas a solução hidráulica, pela açudagem e irrigação era defendida como a capacidade humana de modificar as condições naturais inóspitas, ou seja, como solução direta dos problemas das secas pela correção da natureza semiárida do Nordeste. (POMPEU SOBRINHO, 1982, p. 187)

Após várias tentativas fracassadas de combate à seca, pensou-se em maneiras de conviver com o semiárido, e tendo em vista que os recursos hídricos encontrados nessa região apresentam fragilidade, há a necessidade de usá-los moderadamente. Nessa contextualização Andrade (1999) diz que é necessário estabelecer um equilíbrio entre a agricultura tradicional, a agricultura irrigada e a lavoura seca, com o apoio aos pequenos projetos com base na economia familiar: [...] como a construção de cisternas, pequenos poços e barragens subterrâneas.

A importância dessa discussão se dá pelo fato de o semiárido nordestino ter um de seus maiores problemas socioambientais relacionados à segurança hídrica, termo conceituado pela Organização das Nações Unidas (ONU), segundo a qual: “segurança hídrica é assegurar o acesso sustentável à água de qualidade, em quantidade adequada à manutenção dos meios de vida, do bem-estar humano e do desenvolvimento socioeconômico; garantir proteção contra a poluição hídrica e desastres relacionados à água; preservar os ecossistemas em um clima de paz e estabilidade política”.

MATERIAL E MÉTODO

No processo metodológico foi seguida a revisão bibliográfica acerca do assunto, por meio de consultas em livros impressos, digitalizados e periódicos publicados por diversas revistas eletrônicas. Esta pesquisa vem sendo fundamentada na análise geossistêmica, que tem suas bases teóricas justificadas na Teoria Geral dos Sistemas, cujos critérios consideram as relações integradas entre os componentes de um sistema ambiental, visando analisar o estado de inter-relações e interdependências entre os sistemas naturais e as práticas humanas, ou elementos que compõem um sistema e suas interconexões, suas perdas e ganhos de energia e matéria.

Thornes e Brunsten (1977) entendem o sistema como “um conjunto de objetos ou atributos e das suas relações, organizados para executar uma função particular”. Portanto, entende-se o sistema como operador que, durante um determinado tempo, recebe o “input” (entrada) e o transforma em “output” (saída).

As leituras para base metodológica envolvem autores que já desenvolveram pesquisas sobre as temáticas abordadas. Primeiramente foram pesquisados os recursos hídricos no semiárido e logo em seguida a integração sistêmica dos diversos fatores naturais refletidos na paisagem das superfícies

sertanejas. No que diz respeito à abordagem da integração sistêmica buscou-se em Bertrand (1968), Ab'Saber (1977), Ribeiro (1974), Rougeire e Beroutchachvili (1991) Sotchava (1974; 1977), Monteiro (2000), Nascimento (2001) e Souza (1985; 1988) ambos por discutirem a teoria geossistêmica assim como sua aplicação, Tricart (1960) por discutir e propor a ecodinâmica das paisagens, Gonçalves (2001) por tratar da relação sociedade- natureza, Duque (1949) por discutir a relação sociedade natureza no nordeste semiárido e Lima (2004; 2012; 2015) por ter estudos geossistêmicos em bacias hidrográficas. As informações concebidas por esses autores permitem relacionar de maneira mais prática os assuntos abordados, instigando a uma reflexão evolutiva sobre o convívio do homem com a natureza.

Na etapa seguinte realizou-se a restituição das informações delimitadas, por meio de fotointerpretação e pesquisa em campo. Para obtenção de material cartográfico como imagens de satélite e bases cartográficas, buscou-se com o auxílio de alguns órgãos, como: Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais (CPRM); Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE); Fundação Cearense de Meteorologia (FUNCEME); Companhia de Gestão dos Recursos Hídricos (COGERH); United States Geological Survey (USGS).

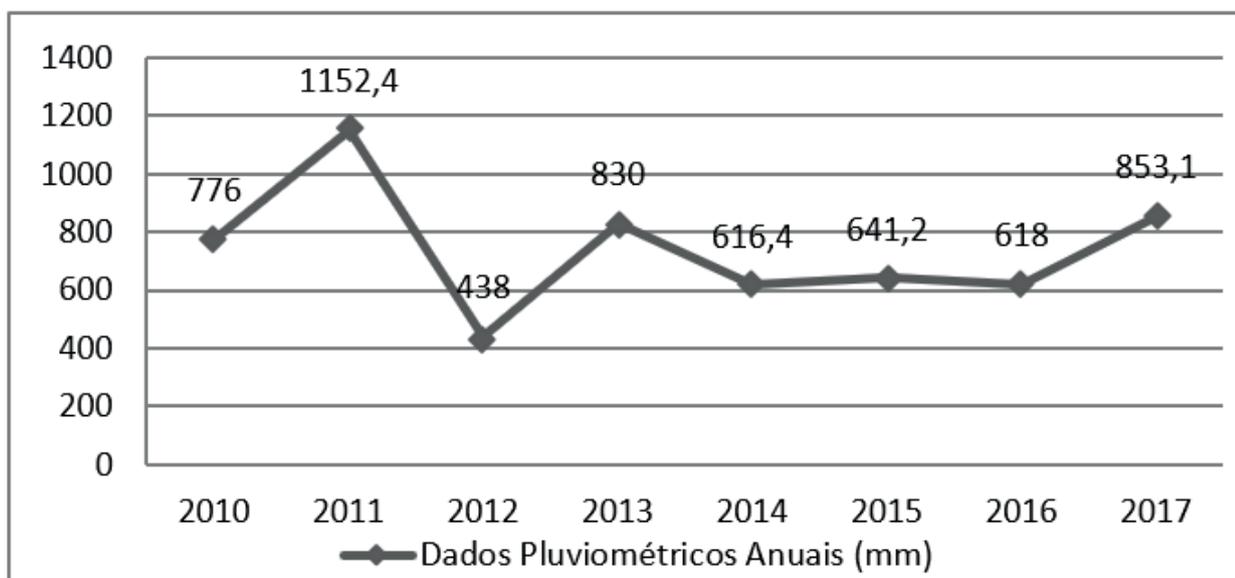
Por fim, produziu-se a síntese das relações ambientais, visando ao diagnóstico ambiental da segurança hídrica e compreensão da dinâmica da paisagem, inter-relacionando os componentes físicos, biológicos e socioeconômicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos evidenciam estudos relacionados à produção teórica e metodológica acumulada pelos ramos específicos da Geografia e com ajuda da Teoria Geossistêmica que proporciona o entendimento da interação dos elementos da Geografia Física com a relação que o homem mantém com a natureza.

No primeiro momento observou-se os dados da precipitação no município de Hidrolândia/CE. Evidencia-se a existência de uma estação chuvosa de aproximadamente 4 meses e de uma estação seca prolongada. Conforme SOARES (2015), a quadra chuvosa diz respeito aos quatro meses de maiores precipitações no ano, sendo estes: fevereiro, março, abril e maio. As chuvas se referem, principalmente, à precipitação da Zona de Convergência Intertropical (ZCIT), que, quando atua fortemente, exerce muita influência nos tipos de tempo da região.

Como é perceptível no Gráfico 01, os anos de 2012 até 2016 foram marcados como um período de escassez, sendo 5 anos consecutivos com a soma de precipitação relativamente baixa, o que ocasionou um rebaixamento notável do nível de água dos locais de armazenamento, causando um déficit na segurança hídrica do local.

Gráfico 1. Dados Pluviométricos Anuais do município de Hidrolândia/CE.

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de dados da FUNCEME, 2018.

Com essa situação, foram buscadas as práticas tradicionais e inovadoras que a população do município de Hidrolândia utiliza para acumular água e se manter segura durante o período de escassez. A população do setor urbano é abastecida com água da Barragem Paulo Sarasate (Açude Araras), bem como boa parte dos moradores da zona rural. Mas, como prática tradicional, houve (e ainda há) a construção de muitas pequenas barragens em propriedades particulares, principalmente dentro das planícies fluviais presentes na sub-bacia hidrográfica do rio Batoque. Porém, nos anos de escassez prolongada, as barragens diminuem significativamente seu volume e chegam até a secar, deixando seus dependentes sem água para consumo.

Pensando nisso, foram criadas práticas inovadoras pelas políticas públicas de segurança hídrica, como o projeto P1MC (Programa Um Milhão de Cisternas Rurais) que foi muito bem vindo pela população sertaneja, visando à melhoria da qualidade de água para consumo próprio.

Durante a pesquisa foram obtidos dados com o Sindicato dos Trabalhadores Rurais do município de Hidrolândia sobre a quantidade de tecnologias de convivência com o semiárido que foram repassadas com fomento governamental ao município. Foram construídas 1.300 cisternas de placa, 124 cisternas de enxurrada, 80 cisternas calçadão, 50 barragens subterrâneas e 20 barragens de trincheira. Também foram perfurados poços artesanais e poços profundos. Não se obteve informação sobre seu quantitativo devido a maioria ser particular. As figuras abaixo ilustram alguma dessas técnicas de armazenamento.

Figura 1. A- Cisterna de enxurrada B - Poço profundo particular; C - Cisterna de placa; D - Barragem particular.



Fonte: MESQUITA, 2018.

Do ponto de vista social, as tecnologias de convivência com o semiárido, desenvolvidas para garantir a segurança hídrica da população, são eficazes, pois abastecem todas suas necessidades durante o período de escassez. Observou-se, porém, que as barragens, prática de armazenamento tradicional, comprometem o fluxo do rio Batoque, pois, geralmente, são construídas na planície fluvial de seus afluentes.

Quando ocorre uma intervenção humana, como é o caso das construções de barragens, há o rompimento do equilíbrio longitudinal do rio. Praticamente todo barramento do canal fluvial interfere no seu sistema lótico (correntezas) passando a ser um sistema com características lentas (ou de águas semiparadas) no reservatório. Esse tipo de interferência gera uma série de efeitos em cadeia que, dependendo da magnitude e área de abrangência, pode ser irreparável (CUNHA, 1995).

Lamentavelmente, vários são os exemplos de impactos socioambientais negativos, e o principal deles são as mudanças nos processos fluviais. Petts (1987) agrupou as mudanças no canal principal após uma barragem em três ordens:

- Mudanças de Primeira Ordem: ocorrem na carga do sedimento, na descarga, na qualidade de água, no plâncton, etc., descrevendo toda a entrada e alcance a jusante da barragem;

- Mudanças de Segunda Ordem: são alterações na forma do canal, ajuste de seção transversal, da população do macrofitas, etc.;

- Mudanças de Terceira Ordem: são mudanças nos peixes e em populações invertebradas.

Petts (1987) afirma que as respostas bióticas são normalmente mais rápidas do que as abióticas e seguirão, conseqüentemente, o processo físico da recuperação. Mudanças na declividade promovidas pela construção de reservatório são variadas e, caso o efeito da contenção de sedimentos seja significativo, os processos fluviais reduzirão a capacidade de transporte de sedimento, podendo promover um entalhamento do leito do rio imediatamente à jusante da barragem.

Essa pesquisa visa contribuir com o planejamento ambiental, a identificação das Áreas de Proteção Permanente e a conscientização da população para ficar ciente dos danos que ações indevidas causam ao meio ambiente e ao meio social. Torna-se necessário fazer uma análise integrada da paisagem, conforme recomenda a maioria das correntes do pensamento geográfico. Ao fazer uma abordagem sistêmica e de paisagem integrada, amplamente inserida no corpo teórico-metodológico da Geografia, contribui-se para a análise da complexa realidade na relação sociedade/natureza.

A paisagem integrada é definida por Bolós (1981) como uma área geográfica, unidade espacial, cuja morfologia agrega uma complexa inter-relação entre litologia, estrutura, solo, flora e fauna, sob a ação constante da sociedade, que a transforma.

A paisagem da sub-bacia hidrográfica do rio Batoque dispõe de diversas características que são naturalmente integradas umas às outras. Com a formação da geologia na Era Proterozoica, em seu potencial ecológico, possui uma geomorfologia composta por depressão sertaneja, planície fluvial do rio Batoque e a presença de inselbergs. Apresenta o clima tropical quente semiárido, chuvas irregulares e mal distribuídas concentradas de janeiro a maio, e escassez nos outros sete meses do ano. Para a exploração biológica foram identificados quatro tipos de solo na extensão da sub-bacia, os Planossolos, Neossolos Flúvicos, Neossolos Litólicos e Luvisolos, e quatro feições fitogeográficas distintas: Caatinga Arbustiva Aberta, Caatinga Arbustiva Arbórea, Mata Ciliar e Mata Ciliar de Várzea. Quanto à fauna, é composta por seres adaptáveis aos ecossistemas encontrados na área de estudo.

E são essas características aqui apresentadas que interferem diretamente nas práticas socioeconômicas e culturais que são desenvolvidas na área de estudo, assim como as ações antrópicas são responsáveis por diversas mudanças no ecossistema local. É assim que se percebe a integração que há entre todos os elementos, incluindo o ser humano, tornando-se parte dessa natureza, e não apenas um agente explorador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pautou-se na análise integrada da sub-bacia hidrográfica do rio Batoque, Hidrolândia/CE. Por meio da metodologia e dos procedimentos técnicos operacionais adotados foi possível analisar e diagnosticar os elementos socioambientais; e estes apresentaram impactos ambientais, principalmente de ordem antrópica, com potenciais e limitações ligadas às características dos elementos naturais.

A análise dos indicadores de segurança hídrica também possibilitou estabelecer diretrizes para o planejamento e gestão ambiental, tendo os impactos ambientais diagnosticados como ponto de partida para averiguação de quais propostas seriam mais eficazes, no que diz respeito à mitigação, assim como do melhor aproveitamento dos recursos naturais.

Partindo desse pressuposto, ressalta-se que a sub-bacia hidrográfica do rio Batoque constitui-se um importante sistema hidrográfico, uma vez que é utilizado por parte da população hidrolandense como fonte de sobrevivência. Próximo aos seus afluentes tem-se utilização de áreas para a agricultura de subsistência. O rio principal corta a zona urbana do município de Hidrolândia e abastece a barragem do rio Acaraú (Paulo Sarasate) que fornece água para diversos municípios do estado do Ceará.

Os estudos de bacias hidrográficas tornam-se importantes, para entender melhor suas limitações e potencialidades e propor algumas medidas para amenizar os impactos provocados pela intensa utilização dos recursos naturais pelo homem, que resulta na descaracterização da paisagem. Convém que se faça todo o mapeamento da área, e posteriormente, sejam definidos critérios para as propostas de medidas sustentáveis da sub-bacia.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico -FUNCAP;

À Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA.

Ao Mestrado Acadêmico em Geografia – MAG/UVA.

REFERÊNCIAS

AB'SÁBER, A. N. Os domínios morfoclimáticos na América do Sul: primeira aproximação. *Geomorfologia*, n. 52, p. 1-22, 1977.

ANDRADE, M. C. **A problemática da seca**. Recife: Líber, 1999.

BERTRAND, G. Paysage et géographie physique global. Esquisse Méthodologique. Revue Géographique des Pyrenéess et du Sud Ouest. **Toulouse**, v. 39, n. 3, p. 249-272, 1968.

BOLÓS, M. *et al.* **Manual de Ciencia del Paisaje**. Teoria, métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson S.A., 1992. 273 p.

COELHO NETO, A. L. Hidrologia de encosta na interface com a geomorfologia. In: DUQUE, J. G. **Solo e água no polígono das secas**. Fortaleza: M.V.O.P., 1973.

CUNHA, S. B. **Impactos das obras de engenharia sobre o ambiente biofísico da bacia do Rio São João (Rio de Janeiro – Brasil)**. Rio de Janeiro: Instituto de Geociências/UFRJ, 1995. 378 p.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE OBRAS CONTRA AS SECAS (DNOCS). Arquivo Técnico. **Processos do Açude Público Araras**. S.n.t., 2010.

DUQUE, J. G. **Solo e água no polígono das secas**. Fortaleza: M.V.O.P., 1973.

GONÇALVES, C. W. P. **Os (des)caminhos do meio ambiente**. São Paulo: Contexto, 1989.

LIMA, E. C.; SILVA, E. V. Estudos Geossistêmicos Aplicados à Bacias Hidrográficas. **Revista Equador**, v. 4, p. 3-20, 2015.

LIMA, E. C. **Planejamento ambiental como subsídio para gestão ambiental da bacia de drenagem do açude Paulo Sarasate Varjota – Ceará**. 2012. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Ceará, 2012.

LIMA, E. C. **Análise e manejo geoambiental das nascentes do Alto rio Acaraú Serra das Matas - CE**. 2004. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual do Ceará, 2004.

MONTEIRO, C. F. **Geossistemas: a história de uma procura**. São Paulo: Contexto, 2000. 127 p.

NASCIMENTO, F. R. **Método em questão**. O uso da teoria dos sistemas em Geografia: o caso da Geomorfologia. 2001. Monografia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

PETTS, G. E. Time-scales for ecological change in regulated rivers. In: CRAIG, J. F.; KEMPER, J. B. (Orgs.). **Regulated streams advances in ecology**. New York: Plenum, 1987. p. 257–266.

POMPEU SOBRINHO, T. **História das secas**: século XX. 2. ed. Mossoró/RN: ESAM 1982.

RIBEIRO, M. D. **Geossistemas**: sistemas territoriais naturais. Belo Horizonte: UFMG, 1974.
Disponível em: <http://www.sites.uol.com.br/ivairr/dirce.htm>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ROUGEIRE, G.; BEROUTCHACHVILI, N. **Geosystemes et paysages**: bilian et méthodes. Paris: Armand Colin, 1991. 302 p.

SOTCHAVA, V. B. **O estudo de geossistemas**. São Paulo: Instituto de Geografia USP. 1977. 51 p.

SOARES, L. P. **Caracterização climática do estado do Ceará com base nos agentes da circulação regional produtores dos tipos de tempo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2015.

SOUZA, M. J. N. **Contribuição ao estudo das unidades morfo-estruturais do estado do Ceará**. Revista de Geologia, n. 1, p. 73-91, 1988.

SOUZA, M. J. N. **Procedimentos metodológicos para estudos integrados das condições ambientais**. Proposta apresentada ao grupo de trabalho do PDCT-NE-21 da Universidade Federal do Ceará, 1985.

THORNES, J. B.; BRUNSDEN, D. **Geomorphology & time**. New York: Wiley, 1977. 208 p.

TRICART, J. **Ecodinâmica**. Rio de Janeiro: IBGE/SUPREN, 1977. 91 p.

DOI: 10.37158/ed.uva.199620191-p.186-195

COMPARTIMENTAÇÃO GEOMORFOLÓGICA DA SUB-BACIA HIDROGRÁFICA DO RIO ITACOLOMI, CE, BRASIL

Livana Sousa Guimarães; Ernane Cortez Lima



INTRODUÇÃO

A região semiárida brasileira possui características próprias que a distinguem das demais regiões por apresentar irregularidade no ritmo das precipitações ao longo dos anos, elevadas temperaturas, presença de solos rasos, vegetação predominante de caatinga e rios intermitentes (AB'SÁBER, 1999). Nesse sentido, a sub-bacia se destaca por apresentar feições geomorfológicas que lhe propiciam características próprias no que se refere à sua composição paisagística.

A sub-bacia hidrográfica do rio Itacolomi encontra-se localizada na região noroeste do estado do Ceará, situada nas cartas topográficas da SUDENE/DGS SA.24-Y-C-V (Viçosa do Ceará), SA.24-Y-C-III (Granja), SA.24-Y-C-VI (Frecheirinha) e SA.24-Y-C-II (Chaval), correspondendo a uma área de aproximadamente 1.065 km², a qual compõe o sistema da bacia hidrográfica do rio Coreaú. A sub-bacia, objeto de análise, drena parte dos municípios de Tianguá, Viçosa do Ceará, Granja e Uruoca.

Por esse ângulo, a área exibe uma dinâmica diferenciada, oriunda da conjunção dos fatores físicos e ambientais que a compõem. Com nascentes localizadas no Planalto Sedimentar da Ibiapaba, que deságuam na bacia hidrográfica do rio Coreaú, setor característico da superfície de aplainamento, fornecendo uma significativa diversidade paisagística, representada nas formações vegetais, de solos, de recursos hídricos e em seus aspectos geológicos e geomorfológicos. No setor sudeste da sub-bacia se localizam as principais nascentes da margem direita do riacho Quatiguaba, próximo ao município de Tianguá.

Na sub-bacia em estudo destacam-se três compartimentos morfoestruturais diferenciados: Bacia Sedimentar Mesozoica (Planalto da Ibiapaba/Serra Grande); Escudos e Maciços Antigos (Planaltos Residuais e Depressão Sertaneja) e Depósitos Sedimentares Cenozoicos (Planaltos e Planícies Fluviais). Devido à composição litológica do embasamento geológico, na sub-bacia hidrográfica do rio Itacolomi, foram definidas quatro unidades geomorfológicas distintas: superfície de aplainamento, Planalto da Ibiapaba, serras secas e a planície fluvial.

As classes de solos característicos da sub-bacia são responsáveis pela sua dinâmica ambiental, visto que foram identificadas cinco classes de solos: Neossolos Flúvicos, Neossolos Litólicos, Argissolos Vermelho-Amarelo, Planossolos e Latossolos. Os tipos de solos mencionados apresentam fertilidades diferenciadas que propiciam o desenvolvimento de vegetações diversificadas, as quais são adaptadas às características físicas e químicas de cada classe de solo.

Desse modo, a presente pesquisa apresenta uma compartimentação geomorfológica da sub-bacia hidrográfica do rio Itacolomi que foi realizada a partir de levantamento em campo, dados geocartográficos e pesquisa em gabinete. Nessa perspectiva, salienta-se que foram analisadas desde o alto curso até seu baixo curso as suas principais características ambientais.

METODOLOGIA

A metodologia adotada na pesquisa envolve a compartimentação geomorfológica, voltada para análise da paisagem, visto que é uma área de grande extensão territorial e apresenta níveis de degradação diferenciados ao longo do seu sistema hidrográfico.

No que se refere às convenções cartográficas para elaboração do mapa geomorfológico, os dados foram adaptados para a sub-bacia. Os dados dos rios e riachos foram disponibilizados pela Companhia de Gestão de Recursos Hídricos (COGERH, 2008), os limites municipais, as localidades e as rodovias foram obtidas junto ao site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) e Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE, 2015).

Para a delimitação do polígono da sub-bacia do rio Itacolomi, utilizaram-se técnicas de geoprocessamento por meio da delimitação automática, com imagem de radar SRTM (Shuttle Radar Topography Mission), disponibilizada pela SRTM- EMBRAPA Monitoramento por satélite, no formato GeoTIFF. Segundo Rodrigues (2016, p. 42), inicialmente se retira a drenagem por meio de ferramentas, em que é determinada a direção do fluxo, “o fluxo acumulado em cada célula, o trajeto do fluxo mais longo e a ordem numérica para cada seguimento”. Em seguida, gera-se um arquivo raster de drenagem, logo após um shape de drenagem. O último passo é a delimitação da sub-bacia a partir de um ponto de coleta. Realizado isso, transforma-se o shape de pontos em arquivo vetorial de polígono.

O mapa geomorfológico foi elaborado a partir da metodologia de Souza (2007), o que possibilitou quatro compartimentações geomorfológicas para a sub-bacia do rio Itacolomi: Superfície de aplainamento, Planalto da Ibiapaba, Serras Secas e a Planície Fluvial. Desse modo, foram gerados novos arquivos vetoriais, que correspondem a cada compartimentação geomorfológica.

Segundo Flores (2012), a geomorfologia é considerada a ciência que estuda as formas de relevo e os processos que atuam na superfície, e vem evoluindo com o uso de técnicas de geoprocessamento a partir do uso de SIG (Sistema de Informação Geográfica) para a realização de trabalhos referentes ao uso e ocupação da terra, auxiliando no planejamento e na gestão desses ambientes. Segundo Lima (2012), o planejamento ambiental se apresenta como uma ferramenta de política ambiental, voltada para traçar diretrizes e programar o uso do território.

De acordo com Trentin, Santos e Robaina (2012), a geomorfologia nos fornece uma visão integrada do seu meio físico, que serve como suporte para entender os ambientes naturais, onde as sociedades se organizam. Desse modo, a pesquisa visa à compartimentação do relevo de uma sub-bacia que está inserida no contexto da semiaridez e apresenta características próprias por possuir áreas inseridas no planalto sedimentar e na superfície de aplainamento com embasamento cristalino.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir do mapeamento foi possível a identificação de quatro unidades geomorfológicas distintas na sub-bacia, a Superfície de Aplainamento, Planalto da Ibiapaba, Serras Secas e a Planície Fluvial do rio Itacolomi.

A superfície de aplainamento ou depressão sertaneja representa a unidade de maior expressividade em relação à sua extensão geográfica (SOUZA, 1979). É marcada pela primazia de topografias planas ou levemente onduladas (MEIRELES, 2007). As formas de relevo que compõem esta unidade geoambiental exibem reflexos de eventos tectônico-estruturais remotos e o fato mais notável é a dominância espacial das depressões periféricas derivadas dos processos denudacionais.

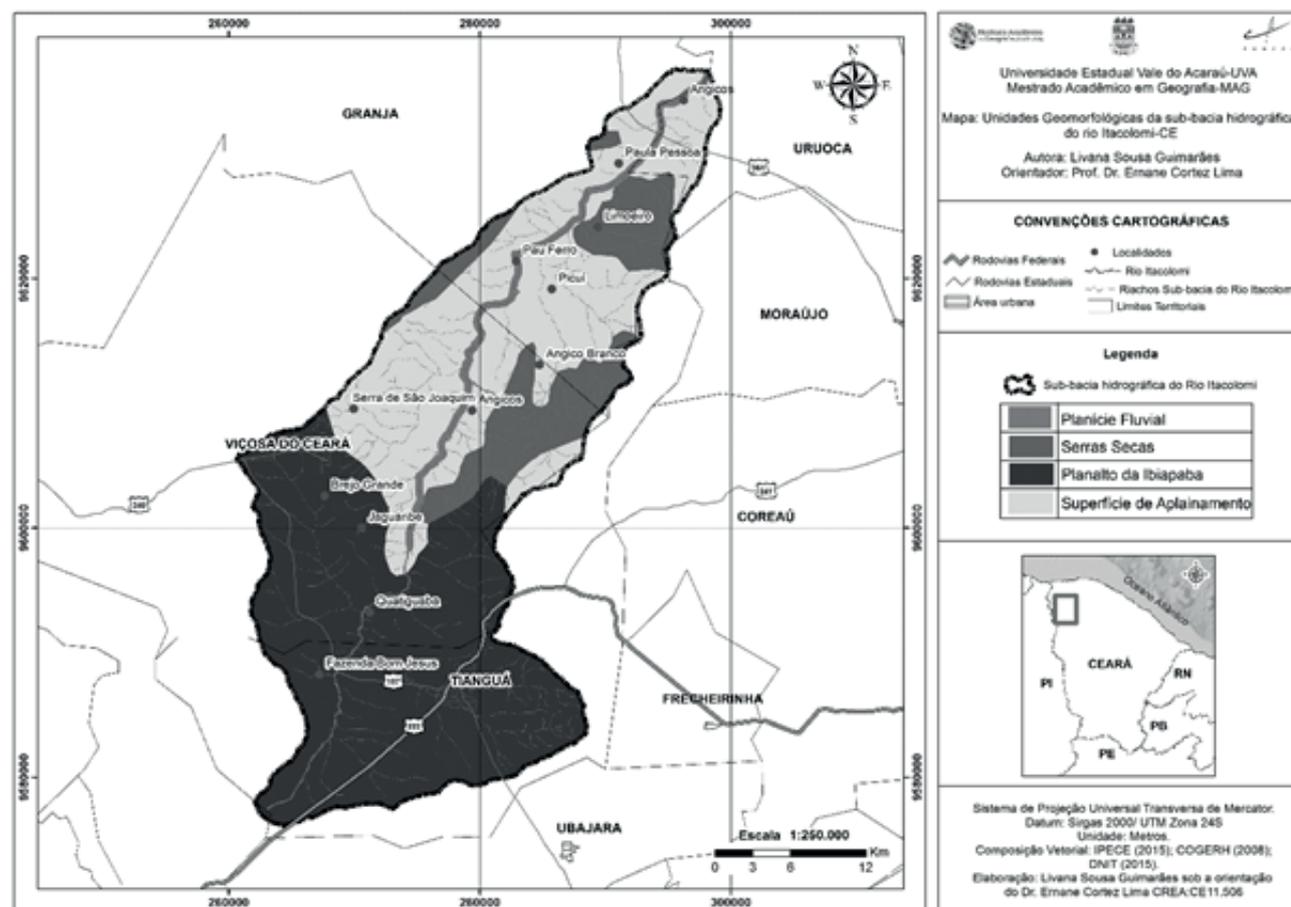
Além disso, caracteriza-se como uma área com acentuada diversificação litológica, que foi submetida às condições semiáridas com forte irregularidade pluviométrica, recoberta por vegetação de caatinga, e que apresenta uma variedade nos seus padrões fisionômicos e florísticos, com diferentes níveis de degradação (SOUZA, 2000).

Nesse sentido, observou-se que próximo às nascentes do riacho Boqueirão há a-se a predominância de vegetação de caatinga arbustiva-arbórea com indício de desmatamento acentuado, devido à presença de marmeleiro. Identificou-se a presença do planossolo solódico, que são solos característicos de relevos planos e suaves ondulados típicos de regiões semiáridas que ocupam as partes mais baixas das superfícies de aplainamento e de várzea (PEREIRA; SILVA, 2007).

O Planalto da Ibiapaba se constitui-se um dos maiores compartimentos de relevo do território cearense. Limita-se em toda a sua fronteira ocidental com o estado do Piauí (SOUZA, 1979).

Segundo Bandeira e Claudino-Sales (2009), o Planalto da Ibiapaba apresenta “altitudes em torno de 900 m na porção setentrional e decrescendo em direção ao sul, o Planalto possui direção geral Norte-Sul e extensão de aproximadamente de 400Km”. Tem como litologia predominante as rochas do grupo Serra Grande. (Figura 1).

Figura 1. Mapa das Unidades Geomorfológicas da Sub-bacia hidrográfica do Rio Itacolomi-CE.



Fonte: Guimarães (2018).

Deste modo, ressalta-se que no Planalto da Ibiapaba estão localizadas as principais e mais importantes nascentes do rio Itacolomi; e no riacho São José, inserido no sul da sub-bacia, se destaca um enclave de mata úmida com presença de latossolo vermelho-amarelo que se constitui um dos solos mais velhos do Ceará, sendo em geral desenvolvido de materiais de arenito do cretáceo e de sedimentos areno-argilosos terciário-quaternários da formação barreiras.

São solos profundos, muito intemperizados, que se situam em áreas sedimentares, presentes no Planalto da Ibiapaba. Tem-se a floresta subperenifólia tropical plúvio-nebular (mata úmida), que ocupa as áreas mais elevadas dos topos, encostas das serras úmidas e planaltos sedimentares. De acordo com Pereira e Silva (2007), constitui-se a unidade vegetacional que apresenta uma das maiores biodiversidades do estado do Ceará. (Figura 2)

Figura 2. Enclave de mata úmida, Sul da sub-bacia hidrográfica do rio Itacolomi-CE.



Fonte: Guimarães (2018).

Pode-se salientar que a geomorfologia da área compreende “influências de vários fatores estruturais, paleoclimáticas e da dinâmica atual” (BANDEIRA; CLAUDINO-SALES, 2009). De acordo com Souza (2007), o Planalto da Ibiapaba apresenta condições climáticas úmidas na escarpa e no reverso imediato, tendendo a condições secas para oeste onde ocorre o “carrasco”. Claudino-Sales (2016) salienta que o Planalto da Ibiapaba apresenta um front extremamente dissecado, que é mantido pelas rochas da formação sedimentar Serra Grande, e com vertentes em parte mantidas por rochas do embasamento cristalino.

No sul da área tem-se a vegetação de carrasco que se caracteriza por seu caráter caducifólio, semelhante à caatinga, se estende no platô do Planalto da Ibiapaba, isto é, nas áreas sedimentares do interior do Ceará.

Segundo Fernandes (1990), é uma vegetação que resulta da degradação do cerradão, que em decorrência das práticas agrícolas e da pecuária extensiva deram origem ao carrasco. (Figura 3)

Figura 3. Vegetação de Carrasco próximo as nascentes do riacho Quatiguaba, em direção ao Piauí.



Fonte: Guimarães (2018).

Segundo Silva e Pereira (2007), as serras secas podem ser consideradas mais instáveis ambientalmente que o sertão, devido à declividade de suas encostas. Ressalta-se a importância dessas serras como áreas de localização de fontes e nascentes hídricas de rios sertanejos.

Nesse sentido, no riacho Lajes, próximo à serra Dom Simão, foi observada a mata ciliar parcialmente preservada. Nota-se a presença de carnaúba, oiticica e mufumbo. Tem-se um transporte de cascalho bastante significativo com 20 – 30 cm de diâmetro no fundo do leito do riacho, sugerindo sua vazão mais efetiva.

Já a planície fluvial é a forma mais característica de acumulação decorrente da ação fluvial, ou seja, são áreas de diferenciação regional nos sertões semiáridos e abrigam as melhores condições de solos e de disponibilidades hídricas, além disso, as planícies fluviais constituem-se ambientes de exceção nas depressões sertanejas semiáridas. Os solos que predominam nessa feição geomorfológica são os neossolos flúvicos, que são considerados solos de grande potencialidade agrícola e com alta fertilidade natural, sendo bastante utilizados nos sistemas de irrigação, são formados por sedimentos não consolidados, argilosos, siltosos e arenosos.

Em relação ao seu potencial geoambiental é necessário considerar que são áreas sujeitas a inundações periódicas, além disso, apresentam solos revestidos por matas ciliares, com predominância de carnaúba em sua comunidade florística, característica desse sistema geoambiental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sub-bacia hidrográfica do rio Itacolomi se ressaltava como um importante sistema hidrográfico na região noroeste do estado do Ceará. Vem sofrendo com o processo de degradação ambiental relacionado com o uso indiscriminado dos recursos naturais pela ação antrópica. A compartimentação geomorfológica buscou delimitar as feições de relevo presentes na área, bem como realizar um levantamento das principais características pedológicas e fitogeográficas desse ambiente.

Na sub-bacia foram delimitadas quatro unidades geomorfológicas distintas, como: a superfície de aplainamento, Planalto da Ibiapaba, serras secas e a planície fluvial do rio Itacolomi, que são responsáveis pela rica diversidade paisagística nessa área.

Além disso, o mapa geomorfológico pode ser considerado como relevante produto para análise do meio físico, sendo também utilizado para o planejamento ambiental. Nesse sentido, o uso de Sistema de Informação Geográfica (SIG) na análise geomorfológica possibilita uma maior eficiência para realização do mapeamento, processamento e elaboração dos resultados importantes para o estudo das formas de relevo.

No que se refere à sua importância, a compartimentação geomorfológica serve de apoio para estudos mais detalhados sobre a sub-bacia, da mesma maneira que pode auxiliar no planejamento para que se tenha um manejo mais adequado, principalmente na preservação da mata ciliar.

AGRADECIMENTOS

À FUNCAP pela concessão e fomento da bolsa, à Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA e ao Laboratório de Geoprocessamento. Ao orientador Ernane Cortez Lima pelo incentivo.

REFERÊNCIAS

AB'SÁBER, A. N. Sertões e sertanejos: uma geografia humana sofrida. In: Dossiê nordeste seco. **Revista Estudos Avançados**, v. 13, n. 36, p. 7-59, 1999.

BANDEIRA, R; CLAUDINO-SALES, V. Relação dos aspectos geomorfológicos e o uso do espaço geográfico na Serra de Ubajara, Planalto da Ibiapaba, Ceará. In: **Anais do XIII Simpósio Nacional de Geografia Física Aplicada**, 2009, v. 1. p. 1-18.

CLAUDINO-SALES, V. **Megageomorfologia do estado do Ceara**. 1. ed. São Paulo: Novas Edições Acadêmicas, 2016. v. 1. 90 p.

COMPANHIA DE GESTÃO DOS RECURSOS HÍDRICOS (COGERH). Fortaleza, 2008. Disponível em: www.cogerh.ce.gov.br. Acesso em: 11 jun. 2018.

FERNANDES, A. **Temas fitogeográficos**. Fortaleza: Stylus Comunicações, 1990. 116 p.

FLORES, D. M. **Análise geomorfológica da Bacia do Ribeirão Balainho/ Suzano (SP)**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas de São Paulo, São Paulo, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Bases artográficas 2015**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 17 jul. 2018.

Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Fortaleza, 2015.

LIMA, E. C. **Planejamento ambiental como subsídio a gestão ambiental da bacia de drenagem do Açude Paulo Sarasate Varjota-Ceará**. 2012. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

MEIRELES, A. J. A. As unidades morfo-estruturais do Ceará. In: SILVA, J. B. *et al.* (Orgs). **Ceará: um novo olhar geográfico**. 2. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007. 141-168 p.

PEREIRA, R. C. M.; SILVA, E. V. Solos e vegetação do Ceará: Características gerais. In: SILVA, J. B. *et al.* (Orgs). **Ceará: um novo olhar geográfico**. 2. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007. p. 189-210.

RODRIGUES, J. M. D. **Análise dos sistemas ambientais da sub-bacia hidrográfica do Rio Bom Jesus, Taparuaba, Ceará, Brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2016.

SILVA, E. V.; PEREIRA, R. C. M. Problemas ambientais e unidades de conservação no Ceará. In: SILVA, J. B. *et al.* (Orgs). **Ceará: um novo olhar geográfico**. 2. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007. p. 211-229.

SOUZA, M. J. N. Compartimentação geoambiental do Ceará. In: SILVA, J. B. *et al.* (Orgs). **Ceará: um novo olhar geográfico**. 2. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007. p. 127-140.

SOUZA, J. M. N. Compartimentação topográfica do estado do Ceará. **Ciências Agrônomicas**, v. 1-2, n. 9, p. 77-86, 1979. Disponível em: www.ccarevista.ufc.br/site/down.php?arq=12rca9.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.

SOUZA, M. J. N. Bases naturais e esboço do zoneamento geoambiental do Estado do Ceará. In: LIMA, L. C.; MORAIS, J. O.; SOUZA, M. J. N. **Compartimentação territorial e gestão regional do Ceará**. Fortaleza: FUNCEME, 2000. p. 5-104.

TRENTIN, R.; SANTOS, L. J. C.; ROBAINA, L. E. S. Compartimentação geomorfológica da bacia hidrográfica do Rio Itu - Oeste do Rio Grande do Sul - Brasil. **Sociedade e natureza (UFU. Online)**, v. 24, p. 127-142, 2012

DOI: 10.37158/ed.uva.199620191-p.196-203

ESTUDO SEDIMENTOLÓGICO DA ZONA PRAIAL DE CAMOCIM, CEARÁ

Eduardo de Sousa Marques; Vanda Carneiro de Claudino-Sales;
Lidriana de Souza Pinheiro



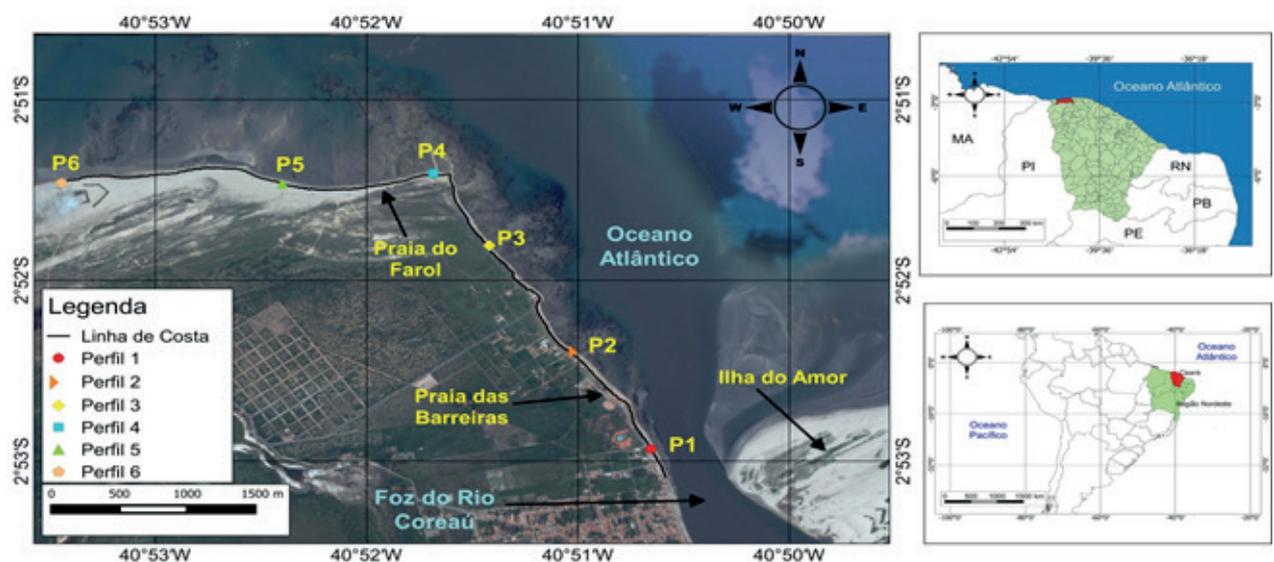
INTRODUÇÃO

Levantando discussões a respeito das dinâmicas ambientais presentes na região costeira, Muehe (1995) afirma que as praias são geralmente formadas por sedimentos arenosos, os quais, por apresentarem alta mobilidade, são constantemente trabalhados por ondas e marés. Esse ambiente está sujeito a um conjunto de ações dinâmicas, tanto marinhas como atmosféricas.

As praias no estado do Ceará apresentam larguras variadas. Smith e Morais (1984) afirmam que há uma variação em torno de 1.000 metros, entre a baixa – mar e preamar. Em outros locais, a faixa de praia é estreita, variando de 10 a 20 metros. Em Camocim, as praias apresentam em média uma largura de 145 m. Caracterizam-se por serem dissipativas, com zona de surf larga, baixo gradiente topográfico e elevado estoque de areia, principalmente na parte submersa (SILVA *et al.*, 2004; QUEIROZ, 2014). As ondas são deslizantes do tipo sea, apresentando períodos de 6,5 segundos em boa parte do ano, com alturas que variam de 1,1 a 1,6 metros (PINHEIRO *et al.*, 2016).

Essa pesquisa apresenta um estudo sobre o material constituinte da zona praial de Camocim, a partir dos resultados obtidos em laboratório e analisados pelo Sistema de Análise Granulométrica (SAG) do Laboratório de Geologia Marinha da Universidade Federal Fluminense (Lagemar – UFF). A perspectiva é classificar e caracterizar os sedimentos presentes nesse ambiente, com o objetivo de fornecer informações acerca da dinâmica natural aí presente, as quais podem ser usadas para auxiliar o planejamento ambiental desse setor costeiro. A área em questão (Figura 01) está compreendida entre a Praia das Barreiras (Figura 02) até a Praia do Farol (Figura 03).

Figura 1. Direita: Localização da área de pesquisa. Esquerda: Pontos de coleta de sedimentos (Praia das Barreiras e do Farol).



Fonte: Imagem obtida pelo Google Earth Pro, CNES/Airbus e TerraMetrics, 2018. Mapa elaborado pelos autores.

Figura 2. Praia das Barreiras em Camocim – CE. Abril de 2018.



Fonte: Própria

Figura 03. Praia do Farol em Camocim – CE. Abril de 2018.



Fonte: Própria

METODOLOGIA

No mês de abril de 2018, foi realizada uma coleta de dados e amostras na área que se estende da Praia das Barreiras até a Praia do Farol, em Camocim, litoral oeste do Estado do Ceará, segundo uma malha de pontos distribuídos longitudinalmente à faixa de praia por uma extensão de 6 km. Os equipamentos usados para esse levantamento foram GPS e RTK (*Real Time Kinematic*). O RTK é um instrumento que fornece a delimitação de alguns pontos ou estruturas a partir da catalogação dos dados posicionais de um GPS, em tempo real, no pleno exercício em campo. O trabalho de campo contou com participação de pesquisadores integrantes do Instituto de Ciências do Mar – LABOMAR, da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Na ocasião, foram realizados perfis topográficos de diferentes condições naturais, três deles transversalmente à faixa de praia no litoral leste, caracterizada por ser uma praia estuarina (Praia das Barreiras) e outros três no litoral oeste, com uma praia caracterizada por ser do tipo oceânico (Praia do Farol). Ao todo são seis perfis onde ocorreram coletas de sedimentos. Houve a coleta de três amostras de cada perfil nas zonas de pós-praia, estirâncio e ante-praia.

As amostras foram tratadas posteriormente, nas dependências do Laboratório de Oceanografia Geológica (LOG) do Instituto de Ciências do Mar – LABOMAR – UFC. As amostras foram lavadas, secadas, pesadas e encaminhadas para a medição da porcentagem de carbonato de cálcio na porção de 0,5 g das amostras, repetindo-se duas vezes para cada amostra. O procedimento consistiu na aplicação do método do calcímetro de Bernard modificado, no qual as amostras são atacadas com ácido clorídrico (HCL), diluído a 10 % em um sistema de vasos comunicantes.

Utiliza-se um *erlenmeyer* conectado a um tubo de ensaio, dentro do qual a amostra é colocada junto com o HCL. O *erlenmeyer* é acoplado à mangueira ligada a duas pipetas de 100ml, invertidas, preenchidas com água. Em seguida, são realizados leves movimentos manuais com o *erlenmeyer* adaptado de modo que o ácido entre em contato com o sedimento e o gás CO₂ seja despreendido pela reação $HCL + (amostra + CaCO_3)$, proporcionando o deslocamento da coluna de água dentro da proveta (Figura 03).

A análise granulométrica foi realizada em duas etapas. A primeira correspondeu ao peneiramento seco no agitador mecânico *Rotap Sieve-Shaker*, por um intervalo de tempo de dez minutos, a fim de classificar conforme a escala granulométrica de Wentworth (1922) apud Suguio (1973), e a segunda, à submissão dos dados no Sistema de Análise Granulométrica (SAG) do Laboratório de Geologia Marinha da Universidade Federal Fluminense (UFF), para a realização da classificação dos materiais colhidos em campo, de acordo com a classificação sedimentológica de Larssonneur (DIAS, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As análises realizadas mostraram a seguinte composição granulométrica e química dos sedimentos coletados nas praias de Camocim (Quadro 1):

Quadro 1. Resultado da Análise Granulométrica e Química em Camocim, Ceará.

Amostras	Leitura (ml)	%	Classificação
Perfil 01 (Pós-praia)	5,8	10,09	Areia litoclástica fina a muito fina
Perfil 01 (Estirâncio)	23,4	40,71	Areia litobioclástica fina a muito fina
Perfil 01 (Antepraia)	12,2	21,22	Areia litoclástica fina a muito fina
Perfil 02 (Pós-praia)	4,2	7,30	Areia litoclástica média
Perfil 02 (Estirâncio)	8,1	14,09	Areia litoclástica grossa a muito grossa
Perfil 02 (Antepraia)	18,8	32,7	Areia litobioclástica c/grânulos
Perfil 03 (Pós-praia)	3,7	6,43	Areia litoclástica fina a muito fina
Perfil 03 (Estirâncio)	49,8	86,64	Cascalho bioclástico
Perfil 03 (Antepraia)	16,8	29,23	Areia litoclástica fina a muito fina
Perfil 04 (Pós-praia)	9,8	17,05	Areia litoclástica fina a muito fina
Perfil 04 (Estirâncio)	12,0	20,87	Areia litoclástica grossa a muito grossa
Perfil 04 (Antepraia)	8,3	14,44	Areia litoclástica fina a muito fina
Perfil 05 (Pós-praia)	11,6	20,18	Areia litoclástica fina a muito fina
Perfil 05 (Estirâncio)	21,8	37,92	Areia litobioclástica fina a muito fina
Perfil 05 (Antepraia)	10,9	18,96	Areia litoclástica fina a muito fina
Perfil 06 (Pós-praia)	2,3	4,00	Areia litoclástica grossa a muito grossa
Perfil 06 (Estirâncio)	5,1	8,87	Areia litoclástica grossa a muito grossa
Perfil 06 (Antepraia)	6,0	10,43	Areia litoclástica c/grânulo

Os dados da coluna “leitura” equivalem à média da duplicata dos resultados obtidos pelo experimento da quantidade de CaCO_3 , medidos a partir do deslocamento da água na pipeta de 100 ml. A segunda coluna refere-se à porcentagem de CaCO_3 nas amostras, sabendo que na reação do carbonato de cálcio com o HCL obteve-se a média de 56,9 ml (99% = 56,9 ml).

As areias litoclásticas se definem por uma granulometria que varia de areia média a grossa, com grãos moderadamente a fracamente selecionados, variando de subanguloso a arredondado. As areias litobioclásticas finas a muito finas apresentam-se bem selecionadas, já as areias litobioclásticas com grânulos são constituídas por areia muito grossa, pobremente selecionada. Os cascalhos bioclásticos são formados por grãos pobremente selecionados, angulosos, arredondados e esféricos.

De acordo com a quantidade de carbonato de cálcio, os sedimentos dividem-se em: Sedimentos litoclásticos (abaixo de 30% de CaCO_3), sedimentos litobioclásticos (com variação de CaCO_3 entre 30% a 49%), sedimentos biolitoclásticos (com variação entre 50% a 69% de CaCO_3) e sedimentos bioclásticos (a partir de 70% de CaCO_3) (DIAS, 1996).

Um dado importante do levantamento foi a definição da existência significativa de carbonato de cálcio nesses sedimentos. Com efeito, ocorrem altas concentrações de CaCO_3 nas areias das amostras coletadas no perfil 3, nas zonas de estirâncio e antepraia (89,64 % e 29,23%, respectivamente). Vale também destacar as altas concentrações de carbonato de cálcio no perfil 01 na zona de estirâncio e antepraia. Além disso, os perfis 04 (na zona de estirâncio) e 05 (nas zonas de pós-praia e estirâncio) apresentaram concentrações moderadas de CaCO_3 .

Esta alta concentração de carbonato de cálcio em Camocim pode ser explicada pela massiva presença de rochas de praia (*beach rocks*) na faixa de praia, e pela presença de algas calcárias na plataforma continental. Esse aumento pode também estar associado ao gradual avanço do mar, com a ação de ondas de alturas significativas ou por maiores marés no período, podendo assim afetar a salinidade do aquífero costeiro.

Os arenitos de praia (rochas de praia, *beach-rocks*) são formados por sedimentos bioclásticos marinhos (litobioclásticos), que representam fragmentos de composição carbonáticas constituídas por algas calcárias (*mael* e *lithothamnium*) ou por fragmentos de conchas (coquinas e areias carbonáticas) (Dias, 2000). Estão dispostos paralelamente à linha de costa, e são associados com sedimentos de antigas praias que foram consolidados por carbonato de cálcio (CaCO_3) fornecido pela água do mar (MARINO *et al.*, 2012).

Efetivamente, o termo “*beach rocks*” representa materiais litificados na zona litorânea, cimentados por sílica e carbonato de cálcio. Malta *et al.* (2017) afirmam que são comuns em temperaturas elevadas, caracterizadas pela evaporação da água do mar. Tais rochas têm uma litologia que varia do conglomerado a arenitos grossos ou muitos grossos, refletindo as diferenças de energia em momento anterior a cimentação (MARINO *et al.*, 2012). Segundo esses autores, eles representam um anteparo natural que dissipa a energia das ondas, protegendo as praias da erosão.

Quanto ao carbonato de cálcio oriundo do oceano, verifica-se que há uma presença abundante de cascalho carbonático na plataforma continental, relacionados principalmente à ocorrência de algas calcárias e conchas (IBP, 2014). Lacerda e Marins (2006) afirmam que até a isóbata de 20 m as areias quartzosas e os sedimentos clásticos são dominantes; no entanto, a partir desse segmento, e até uma faixa de até 70 m de profundidade, a plataforma externa é dominada por algas calcárias. Esse material é transportado para a faixa litorânea pela ação das ondas, sobretudo durante as variações quaternárias do nível do mar, e atua como fornecedor de carbonato de cálcio para as praias atuais e antigas (CLAUDINO-SALES, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A composição granulométrica das praias de Camocim é caracterizada pela ocorrência de areias litoclásticas de dimensão muito fina, fina, grossa e muito grossa, além de cascalhos bioclásticos. Em adição, verifica-se que esses sedimentos são ricos em carbonato de cálcio, vindo da erosão das rochas de praia e da plataforma continental. As rochas de praia são erodidas pela ação direta das ondas, e, como são muito resistentes, funcionam como um anteparo que protege a costa de erosão mais acentuada. O conhecimento sobre a natureza dos sedimentos na zona praial nos leva a entender a respeito das formas de interação entre os elementos da natureza que caracterizam estes ambientes. É a partir disso que o ser humano pode racionalmente melhor se apropriar desses recursos, evitando ocupações desordenadas e incoerentes para a estrutura que o lugar apresenta. Dessa forma, é necessário estabelecer critérios e limites para uma futura expansão urbana, motivada pelo atrativo turístico das praias.

AGRADECIMENTOS

À FUNCAP (Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pela concessão de bolsa para a realização de dissertação no Mestrado Acadêmico em Geografia da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Agradeço também ao Laboratório de Oceanografia Geológica (LOG – LABOMAR/UFC) pela realização dos procedimentos laboratoriais.

REFERÊNCIAS

CLAUDINO-SALES, V. Os litorais cearenses. In: SILVA, J. B. *et al.* (Orgs). **Ceará: um novo olhar geográfico**. 2. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007. p. 39-51.

DIAS, G. T. M. Classificação de sedimentos marinhos: Proposta de Representação em Cartas Sedimentológicas. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Geologia**, Salvador, v. 39, p. 423-426, 1996.

DIAS, G. T. M. Granulados bioclásticos – algas calcárias. **Revista Brasileira de Geofísica**, v. 8, n. 3, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE PETRÓLEO, GÁS E BIOCMBUSTÍVEIS (IBP). **Estado da arte sobre estudos de rodolitos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBP, 2014.

- LACERDA, D. R.; MARINS, R. V. Geoquímica de sedimentos e o monitoramento de metais na plataforma continental Nordeste Oriental do Brasil. **Geochemica Brasiliensis**, v. 20, n. 1, p. 120-132, 2006.
- MALTA, J. V. *et al.* Rochas de praia “beach rocks” da Ilha do Cabo Frio – litoral do Estado do Rio de Janeiro – Sudeste brasileiro: gênese e geocronologia. **Revista Brasileira de Geomorfologia**, v. 18, n. 2, 2017.
- MARINO, M. T. R. D.; FREIRE, G. S. S.; FILHO, N. O. H. Aspectos geológico e geomorfológicos da zona costeira entre as praias do Futuro e o Porto de Dunas, Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), Ceará, Brasil. **Revista de Geologia**, v. 25, n. 1, p. 77-96, 2012.
- MUEHE, D. Geomorfologia Costeira. In: GUERRA, A. J. T. CUNHA, S. B (Orgs.) **Geomorfologia: uma atualização de bases e conceitos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1995. p. 253-308,
- PINHEIRO, L. S; MORAIS, J. O.; MAIA, L. P. The beaches of Ceará. In: SHORT, A. D.; KLEIN, A. H. F. (Orgs.). **The beaches of Brazil**. Amsterdam: Springer, v. 1, 2016. p. 175-199.
- QUEIROZ, L. R. **As praias arenosas do estado do Ceará: relação entre ambiente físico e a estrutura de comunidade em um ambiente tropical**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências Marinhas Tropicais) – Instituto de Ciências do Mar (LABOMAR), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.
- SILVA, C. G. *et al.* Ambientes de sedimentação costeira e processos morfodinâmicos atuantes na linha de costa. In: BATISTA NETO, J. A.; PONZI, V. R. A.; SICHEL, S. E. **Introdução à geologia marinha**. , Rio de Janeiro: Editora Interciência, 2004. p. 175-218.
- SUGUIO, K. **Introdução à sedimentologia**. São Paulo: Edgard Blucher, 1973.
- SMITH, A. J.; MORAIS, J. O. Estudos preliminares sobre a geologia ambiental costeira do estado do Ceará, Nordeste do Brasil. **Arquivo Ciências do Mar**, v. 23, p. 85-96, 1984.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-9539-045-4



9 788595 390454