

MARIA SALETE BESSA JORGE
ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO
RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA
MARCIA GUIMARÃES DE MELO ALVES
Organizadoras

POLÍTICAS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

práticas, cuidados e fluxos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmus Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

MARIA SALETE BESSA JORGE
ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO
RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA
MARCIA GUIMARÃES DE MELO ALVES
ORGANIZADORAS

**POLÍTICAS E ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE:**
práticas, cuidados e fluxos

1ª Edição
Fortaleza - CE
2016



**POLÍTICAS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
PRÁTICAS, CUIDADOS E FLUXOS**

© 2016 *Copyright by* Maria Salette Bessa Jorge, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão,
Raimunda Magalhães da Silva e Marcia Guimarães de Melo Alves

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará

CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893

www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Lorna Etiene Castelo Branco Reis

Ficha Catalográfica

Thelma Marylanda Silva de Melo – CRB-3/623

P769 Políticas e acesso aos serviços de saúde: práticas, cuidados e fluxos [livro eletrônico] / Maria Salette Bessa Jorge, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Raimunda Magalhães da Silva e Marcia Guimarães de Melo Alves (Orgs.). – Fortaleza : EdUECE, 2016.

705 p.: il.

ISBN: 978-85-7826-472-7

1. Políticas de saúde. 2. Serviços de saúde. I. Leitão, Ilse Maria Tigre de Arruda. II. Silva, Raimunda Magalhães da. III. Alves, Márcia Guimarães de Melo.

CDD 610.7

APRESENTAÇÃO

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Este livro oferece uma gama de conteúdos quanto às políticas e ao acesso aos serviços de saúde através das práticas, cuidados e fluxos com análises e reflexões profundas a respeito do cotidiano da gestão e da assistência à saúde. Mesmo diante da conjuntura por que passamos de desencanto pelas práticas políticas em nosso país, não deixa de ser um alívio reconhecer que a produção de conhecimentos pela academia alcança a tão buscada e difícil articulação da pesquisa científica com a intervenção social na saúde coletiva revelando a existência de sujeitos públicos empenhados na defesa do Sistema Único de Saúde e da saúde da população, da ética, da cidadania e que expressam, na prática laboral dos trabalhadores da saúde, o comprometimento com o aprofundamento da democracia, da redução das desigualdades sociais e do fortalecimento do SUS.

Sob temáticas diversas que perpassam o conhecimento epistemológico, metodológico, o teórico-conceitual e o operativo-prático, em perspectiva seja quantitativa seja qualitativa, o leitor encontrará, nos diversos capítulos deste livro, formas de refletir sobre as políticas, acessos e práticas em saúde, buscando compreender o universo do trabalho e da ação no SUS.

A parceria das Universidades – Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal Fluminense (UFF) e

Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – que, com suporte na experiência de seus pesquisadores e de outros profissionais ligados à área de saúde coletiva, nos oferece este riquíssimo aporte para o desenvolvimento dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva, tem rendido frutos importantes de cooperação, de troca de experiências e de estudos nas ciências da saúde e nas ciências sociais, corroborados por alguns textos aqui presentes.

O leitor encontrará, ao longo deste livro, um apelo a adentrar um universo que contempla a complexidade interdisciplinar no campo da saúde coletiva e resgatar os caminhos da construção de políticas de saúde contextualizadas no social, buscando articular a capacidade reflexiva e crítica dos sujeitos para a consolidação do SUS.

A coletânea está dividida em quatro partes, cada uma delas reunindo textos que podem se tornar referências para estudantes, pesquisadores, trabalhadores e professores da área de saúde.

No capítulo introdutório, as autoras Lilian Koifman e Márcia Guimarães de Mello Alves apresentam o SUS e sua importância no contexto social.

A Parte I deste livro está voltada a debater a relação entre as políticas de saúde e sua implementação nas redes de saúde, desde o Capítulo 1, com a apresentação da Rede Cegonha (Maria Salete Bessa Jorge e colaboradores) ou na discussão sobre as conexões das redes compartilhadas com a saúde mental (Fernando Sergio Pereira de Sousa e colaboradores).

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard e col., no Capítulo 3, apresentam os desafios da Atenção Primária de Saúde na assistência à gestante de risco, em que consideramos a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva de

maior integração das redes de atenção que atendem a mulher no ciclo gravídico puerperal, no intuito de garantir uma atenção integral e humanizada.

Juliana da Fonseca Bezerra e col. no Capítulo 4 analisam as condições de serviços de saúde para atenção às mulheres em situação de violência sexual no município de Fortaleza, Ceará.

Traz, ainda, no Capítulo 5, a temática da agenda de compromissos para a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil, de autoria de Mirna Albuquerque Frota e colaboradores.

No âmbito da atenção à saúde, a discussão sobre o pacto da gestão para a construção da atenção ao idoso, colocando-o como centro deste cuidado, de autoria de Alney Queiroz Cruz e Túlio Batista Franco é apresentada no Capítulo 6. Chamam a atenção os relatos das mulheres mastectomizadas de Adriano Rodrigues de Sousa e col. que nos levam a refletir a respeito das lacunas na assistência prestada a estas mulheres relatado no Capítulo 7.

No Capítulo 8, as ações do enfermeiro na atenção primária no cuidado ao paciente hanseniano, são relatadas por Sarah Virgínia Amaral Cardoso da Cunha e col., e no cuidado humanizado, no Capítulo 9, as autoras Herla Maria Furtado Jorge e col. mostram a importância das práticas da gestão em enfermagem para humanização no pré-natal, parto e puerpério.

A segunda parte faz uma discussão sobre itinerários terapêuticos e de autogestão no contexto da saúde, apresentando debates teórico-metodológicos e pesquisas de campos que relatam o cotidiano dos sujeitos na busca de assistência de qualidade na rede de saúde SUS, relatando experiências exitosas ou

as fragilidades do sistema de saúde nos municípios estudados.

No Capítulo 10, intitulado “Itinerário terapêutico na assistência farmacêutica”, através da apresentação de um estudo de caso é possível entender sua inserção como um componente do modelo assistencial do SUS envolvendo uma complexa organização dos serviços e diferentes práticas profissionais (Rachel Bicalho de Lima e col.).

O Capítulo 11, de autoria de Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro e col., traz como resultado que o itinerário da mulher na busca da saúde mamária passa pelo enfrentamento das dificuldades que vão desde o primeiro atendimento na UBS até as consultas em serviços especializados para o diagnóstico e terapêutica do câncer de mama.

Carliene Bezerra da Costa e colaboradores, no Capítulo 12 intitulado “Peregrinação em busca do cuidado: itinerários terapêuticos de pessoas em adoecimento mental” comenta que será necessário refazer o percurso de busca de cuidados na saúde mental ou na melhoria da condição de doença que permita a visualização das reais necessidades de assistência à saúde das pessoas em adoecimento mental crônico.

Acerca da realidade do itinerário terapêutico de adolescentes usuários de crack e suas famílias em busca de cuidados em saúde, nas redes formais e informais, é retratada a dimensão simbólica do cuidado em saúde, contexto socioeconômico, organização e acesso aos serviços de saúde e o relato das experiências de cuidado tão bem delineadas por Milena Lima de Paula e col. no Capítulo 13.

O Capítulo 14, apresentado pelas autoras Mariana Pompílio Gomes Cabral e Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos,

nos mostra o itinerário de mulheres com câncer de mama no desdobramento dos caminhos (in)visíveis da atenção oncológica e produção do cuidado em rede às pessoas com câncer.

A terceira parte do livro trata da análise sobre a formação em saúde e a construção do conhecimento no Brasil, enfocando algumas áreas de formação como farmácia e enfermagem. Maria Madalena do Prado e Lilian Koifman, no Capítulo 15, intitulado “Percepção de farmacêuticos sobre ensino de farmácia hospitalar nas instituições de ensino superior do Estado do Rio de Janeiro”, concluem que este ensino apresenta cenários de ampliação e apontam para uma formação insuficiente em função das novas exigências e demandas das Diretrizes Curriculares Nacionais e do cenário de saúde brasileiro.

No estudo apresentado no Capítulo 16, de autoria de Darcy Mayra Furtado Gondin e col., do qual participaram 7.061 estudantes do Núcleo Comum dos cursos de graduação da área de ciências da saúde, alcançou o objetivo de caracterizar o Ciclo de Discussão de Problemas (CDP) como uma estratégia de construção do conhecimento sob a ótica do estudante de graduação da área da saúde. O estudo demonstrou, por meio dos resultados, que a curiosidade mobiliza o aluno a buscar respostas para os objetivos de aprendizagem propostos pelo grupo.

Vem a discussão, no Capítulo 17, intitulado “Desafios na formação do profissional de saúde diante da demanda de usuários de álcool e outras drogas”, de autoria de Maria Salete Bessa Jorge e colaboradores, de como os profissionais da área de saúde percebem a sua formação acadêmica e a atenção a pacientes com transtornos mentais e/ou usuários de álcool e outras drogas.

A preocupação com a inovação de metodologias para a aprendizagem buscando a formação crítico-reflexiva é apresen-

tada no Capítulo 18 sobre metodologias ativas na formação acadêmica, de autoria de Maria Salete Bessa Jorge e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão. Os autores Talita Leite Ladeira, Aluísio Gomes da Silva Junior e Lilian Koifman vão ao encontro das raízes históricas da formação do fisioterapeuta, no Capítulo 19, cujos resultados convergem com Almeida (2008) que revela ser o maior desafio da profissão, na atualidade, o processo de organização do trabalho, que retrata uma visão fragmentada do conhecimento, tendendo a formar profissionais também fragmentados.

Maria Salete Bessa Jorge e Francisco Anderson Carvalho de Lima apresentam, no Capítulo 20, um ensaio literário que consiste em um artigo de reflexão acerca da temática de gênero e sexualidade e sua relação com a formação em Saúde Coletiva.

Já no Capítulo 21, Ismênia de Carvalho Brasileiro e colaboradores trazem à discussão, a experiência da utilização da modalidade de Educação a Distância (EAD) apoiada nas Tecnologias de Informação e Comunicação e nos Ambientes Virtuais de Aprendizagem, como meios difusores de conhecimento sobre o ensino da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Por fim, a Parte 4 deste livro versa sobre Avaliação, desafios e pactos para a construção do SUS e no Capítulo 22, a autora Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e seus colaboradores conceituam os Modelos de gestão em saúde e trazem uma reflexão sobre a produção de novas lógicas organizacionais.

No Capítulo 23, Indara Cavalcante Bezerra e col.revelam em seu estudo sujeitos em sofrimento psíquico que fazem uso de medicamentos, sendo estes por vezes desnecessários, e que o fazem como principal e, às vezes, único recurso terapêutico. A perda

da autonomia sobre o cuidado de si, desde a tomada de decisão sobre o uso ou não de medicação até o desconhecimento sobre seus efeitos assim como a relação profissional-usuário é permeada por disputa de poder, com frequência, tais fatores não permite.

No Capítulo 24, Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Ilse Maria Tigre Arruda Leitão e Maria Salete Bessa Jorge avaliam o acolhimento na Atenção Primária em Saúde, na perspectiva da demanda espontânea, revelando a necessidade de avaliação permanente da implementação do acolhimento, no intuito de garantir o acesso ao usuário de forma resolutiva e contribuir para a reorganização do processo de trabalho das equipes, de forma tranquila, participativa e prazerosa.

A autora Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos e col. no Capítulo 25, Interdisciplinaridade e acesso como dispositivo de cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família “Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: avaliando a experiência do apoio matricial” avalia a experiência do apoio matricial no cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família.

Fernanda Paulina de Souza Alvarado Lima e Marcos Paulo Fonseca Corvino, no Capítulo 26, mostram o grande desafio do SUS a respeito da “Alimentação saudável em duas unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro”.

No Capítulo 27, Silvia Helena Bastos de Paula e Maria Salete Bessa Jorge, discutem a gestão das avaliações de políticas públicas de saúde com ênfase nos processos de avaliação de implementação, com a intenção de analisar métodos de gestão de avaliações de políticas públicas de saúde como meio para se alcançar uma concepção mínima de Ética e Direitos Humanos e Constitucionais referentes à Saúde.

Com efeito, o livro observa as conexões entre as diferentes dimensões do desenvolvimento e das políticas públicas de saúde; permite uma melhor compreensão das práticas assistências, dos fluxos e dos itinerários dos usuários do SUS em busca de uma assistência à saúde efetiva. É importante, contudo, salientar que os vínculos, as redes assistenciais são previstas no plano teórico, mas precisam ser coadunadas com o mundo real, observando as trajetórias dos usuários e condições históricas, organizacionais e estruturais de cada serviço de saúde.

INTRODUÇÃO

POLÍTICAS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PRÁTICAS, CUIDADOS E FLUXOS

Lilian Koifman

Márcia Guimarães de Mello Alves

A Constituição Federal de 1988 determinou, em seu artigo 6º, que a Saúde é um direito social e especificou, em seu artigo 196, que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Além disto, considera que ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público regulamentar, fiscalizar e controlar estas ações e serviços que podem ser executados diretamente ou através de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Por fim, estas ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único organizado pelas diretrizes da descentralização, atendimento integral, com prioridade das ações preventivas, sem prejuízo das assistenciais e da participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O sistema de saúde brasileiro tal como expresso na Carta Magna foi resultado das disputas no campo das políticas públicas baseadas nas discussões do Movimento de Reforma Sanitária, constituído por diversos atores que preconizavam bem mais que apenas um sistema de saúde, mas mudanças mais amplas na sociedade de forma a se obter saúde (PAIM, 2012).

Inspirado, inicialmente, nos moldes de um Estado de Bem-Estar Social, como nos países europeus, a exemplo da Inglaterra, Alemanha e França, tinha a pretensão de ser um sistema universal, público, integral no sentido de atender às demandas de cada indivíduo, além de estar organizado com diferentes níveis de densidade tecnológica (PAIM, 2012).

As disputas nesse campo acabaram por trazer, no mesmo texto constitucional, dispositivos que contradizem essa intenção inicial, na medida em que permite também o funcionamento do sistema privado (Art. 199: “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”), como complementar ao sistema público. Da mesma forma, cria condições para o fortalecimento da atuação suplementar do subsistema privado, mediante a regulação do Estado (BRASIL, 1988).

Mesmo com todas essas contradições, idas e vindas, o sistema de saúde brasileiro vem sendo (re)construído, ao longo dos últimos 26 anos, nos cotidianos dos serviços de saúde, em todos os seus níveis, desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde de 1990 e da Lei nº 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade (BRASIL, 1990a;b). Esta construção se dá no âmbito da Política, no interior do Estado, mas, também, no da micropolítica, nas relações e no fazer diário dos profissionais de saúde e usuários no âmbito dos serviços de saúde.

Além desse fazer cotidiano, são necessários movimentos no sentido de produzir novos conteúdos e práticas nos serviços de saúde e também nos de educação. A primeira versão das diretrizes curriculares dos cursos da saúde foi implementada em 2001, a partir de um movimento do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho. Desta forma, processos de educação permanente (em substituição ou de forma complementar aos de educação continuada) vêm sendo instituídos, além da mudança de perspectiva na formação dos novos profissionais de saúde na graduação.

Para que haja mudança nas culturas organizacionais, a universidade precisa garantir espaços com formação crítica, reflexiva e transformadora para a identificação e intervenção sobre necessidades dos indivíduos que acorrem aos serviços de saúde. Essas práticas a serem construídas devem se pautar pela autonomia e valorização dos sujeitos e não ser apenas baseadas na produção de procedimentos o que dificulta a criação de relações mais amistosas entre profissionais e usuários dos serviços e saúde.

Esse “caminhar” não tem sido fácil nem contínuo. Também têm sido intermitentes os momentos avaliativos, que acontecem em vários âmbitos, especialmente nas Universidades e organizações vinculadas à área da Saúde Coletiva. A despeito disto, a produção nesse campo de conhecimento tem aumentado, especialmente no que diz respeito ao campo da avaliação.

Ao lado de grandes estudos quantitativos, outros de natureza qualitativa têm sido empreendidos, desafiando os pesquisadores a buscarem ferramentas metodológicas que consigam maior aproximação com os serviços de saúde que produzem o cuidado. As falas de profissionais e também de usuários ajudam a desvendar como essa produção vem acontecendo. Os itinerá-

rios terapêuticos, as cartografias, por exemplo, têm cumprido esse papel. Essas estratégias permitem que se revelem as redes que são construídas pelos usuários na busca pelo cuidado à sua saúde bem como as instituições que se organizam para cuidar.

Da mesma forma, a interlocução com os profissionais de saúde, em qualquer estágio de sua formação, também produz discursos que permitem identificar os nós que ainda precisam ser superados no sentido da produção da saúde que queremos para os cidadãos brasileiros.

Por outro lado, os estudos avaliativos vão sendo desenhados e produzidos e permitem reconhecer os pactos já produzidos e os desafios que ainda precisam ser superados.

A universidade tem função determinante na formação de profissionais de saúde não só por demonstrar eficácia em comparação com instituições de outra natureza, mas, também, pelo papel único na definição da ética de desenvolvimento nacional e como *locus* privilegiado de crítica e transformação social. Isto se dá pela atuação no ensino, participação social a partir da extensão e criação do novo como resultado do processo de pesquisa científica (KOIFMAN, 2011).

Por outro lado, citando Boaventura de Souza Santos, deve se dar preferência “às formas de conhecimento que garantam a maior participação dos grupos sociais envolvidos na concepção, na execução” e no controle da intervenção, favorecendo-se parcerias da universidade com organizações não governamentais, movimentos sociais, grupos sociais vulneráveis e grupos sociais populares, entre outras (2010, p. 60). Dessa forma, esta publicação pretende divulgar material de pesquisa com esse foco: instituições diversas produzindo com professores e alunos de

diversos cursos de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a partir de pesquisas que dão voz às mais diversas parcerias. São artigos identificados nos seguintes temas: políticas de saúde: conceitos e práticas; itinerários terapêuticos e de autogestão no contexto da saúde; formação em saúde e a construção do conhecimento; e avaliação, desafios e pactos para a construção do SUS.

Consideramos que se tratem de temas centrais e de grande potencial de impacto no campo. Pretendemos, com esta coletânea, compartilhar as experiências e pesquisas relatadas e provocar o diálogo. Esta é a palavra chave para o momento tão dinâmico pelo qual passa o país e o mundo: diálogo entre diferentes e diálogo entre iguais. As formas de educação dialogadas têm sido, comprovadamente, geradoras de grandes mudanças.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 2011a.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

KOIFMAN, L. A função da universidade e a formação médica. **Rev. bras. educ. med.** [online], v. 35, n. 2, p. 145-146, 2011.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S.; MENEZES, M. P. (Org.). **Epistemologias do sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

Sumário

	<i>Pg.</i>
APRESENTAÇÃO	
<i>Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão</i>	5
INTRODUÇÃO	
POLÍTICAS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PRÁTICAS, CUIDADOS E FLUXOS	13
<i>Lilian Koifman</i>	
<i>Márcia Guimarães de Mello Alves</i>	
PARTE 1	
POLÍTICAS DE SAÚDE: CONCEITOS E PRÁTICAS	
CAPÍTULO 1 – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS, SABERES E PRÁTICAS QUE ESTRUTURAM A REDE CEGONHA	25
<i>Maria Salete Bessa Jorge</i>	
<i>Maria Raquel Rodrigues Carvalho</i>	
<i>Luilma Albuquerque Gurgel</i>	
<i>Diego da Silva Medeiros</i>	
<i>Túlio Batista Franco</i>	
CAPÍTULO 2 – POLÍTICA E GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA A CONEXÃO EM REDE COMPARTILHADA COM A SAÚDE MENTAL	58
<i>Fernando Sérgio Pereira de Sousa</i>	
<i>Jamine Borges de Moraes</i>	
<i>Antonia Alizandra Gomes dos Santos</i>	
<i>Maria Salete Bessa Jorge</i>	
CAPÍTULO 3 – ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E GESTAÇÃO DE RISCO: DESAFIOS ATUAIS	81
<i>Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard</i>	
<i>Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante</i>	
<i>Maria Salete Bessa Jorge</i>	
CAPÍTULO 4 – AS CONDIÇÕES DE SERVIÇO PARA ATENÇÃO às MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE	106
<i>Juliana da Fonseca Bezerra</i>	
<i>Raimunda Magalhães da Silva</i>	
<i>Ludmila Fontenele Cavalcanti</i>	
<i>Lívia de Andrade Marques</i>	
<i>Luiza Jane Eyre de Souza Vieira</i>	
<i>Gracyelle Alves Remigio Moreira</i>	

CAPÍTULO 5 –AGENDA DE COMPROMISSOS PARA A SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL 121

Mirna Albuquerque Frota
Julyana Almeida Maia
Cintia de Oliveira Castelo Branco Sales
Kamila Ferreira Lima
Zélia Maria de Sousa Araújo Santos
Karla Maria Carneiro Rolim

CAPÍTULO 6 –PACTO DE GESTÃO PARA CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO AO IDOSO: CUIDADO COMO CENTRO 146

Alney Queiroz Cruz
Túlio Batista Franco

CAPÍTULO 7 –MULHERES MASTECTOMIZADAS: NARRATIVAS DE UMA AUSÊNCIA 176

Adriano Rodrigues de Souza
Amanda Viana de Medeiros Costa
Ilana Ferreira Cardoso Assunção
Daniella Barbosa Campos

CAPÍTULO 8 –AÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HANSENOLOGIA 197

Sarah Virgínia Amaral Cardoso da Cunha
Thereza Maria Magalhães Moreira
Ana Zaira da Silva
Ana Larissa Gomes Machado

CAPÍTULO 9 –PRÁTICAS DA GESTÃO EM ENFERMAGEM PARA HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO 222

Herla Maria Furtado Jorge
Ana Carolina Andrade de Oliveira
Clara Maria Moreira de Mesquita Castro
Jarlildeire Soares Freitas
Raimunda Magalhães da Silva

PARTE 2

INTINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E DE AUTOGESTÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE

CAPÍTULO 10 –ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PÚBLICA: UM ESTUDO DE CASO 248

Rachel Bicalho de Lima

Aluisio Gomes da Silva Junior

Márcia Guimaraes de Mello Alves

CAPÍTULO 11 –ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES NA ATENÇÃO À SAÚDE MAMÁRIA 271

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

Raimunda Magalhães da Silva

Paulo Felix de Almeida Pena

Escolástica Rejane Ferreira Moura

CAPÍTULO 12 –PEREGRINAÇÃO EM BUSCA DO CUIDADO: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS EM ADOECIMENTO MENTAL 293

Carliene Bezerra da Costa

Carlos Bruno Silveira

Maria Salette Bessa Jorge

CAPÍTULO 13 –ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK 318

Milena Lima de Paula

Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos

Indara Cavalcante Bezerra

Maria Salette Bessa Jorge

CAPÍTULO 14 –POLÍTICAS PÚBLICAS, PRÁTICAS DE SAÚDE E SUBJETIVACÕES DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA: PRETENZA GENEALOGIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS COM CÂNCER 342

Mariana Pompilio Gomes Cabral

Maria Salette Bessa Jorge

Evelyne Viana de Franca

Daniella Barbosa Campos

Tulio Batista Franco

**PARTE 3
FORMAÇÃO EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO**

CAPÍTULO 15 –PERCEPÇÃO DE FARMACÊUTICOS SOBRE ENSINO DE FARMÁCIA HOSPITALAR NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO 374

Maria Madalena do Prado

Lilian Koifman

CAPÍTULO 16 – O OLHAR DO ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO SOBRE O CICLO DE DISCUSSÃO DE PROBLEMAS COMO ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO 401

Darcy Mayra Furtado Gondin
Liana Maria Carvalho Braid
Gilmara de Melo Santana
Sharmênia de Araújo Soares Nuto
Flávio Lúcio Pontes Ibiapina
Christina Cesar Praça Brasil

CAPÍTULO 17 – DESAFIOS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS 427

Maria Saete Bessa Jorge
Ednaiane Priscila de Andrade Amorim
Sayonara Oliveira Teixeira
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

CAPÍTULO 18 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL: APLICAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS 446

Maria Saete Bessa Jorge
Ilse Maria Tigre Arruda Leitão

CAPÍTULO 19 – FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: RAÍZES HISTÓRICAS A INFLUENCIAR AS PRÁTICAS ATUAIS 474

Talita Leite Ladeira
Aluísio Gomes da Silva Junior
Lilian Koifman

CAPÍTULO 20 – FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: GÊNERO E SEXUALIDADE 501

Maria Saete Bessa Jorge
Francisco Anderson Carvalho de Lima

CAPÍTULO 21 – DESENVOLVIMENTO DE OBJETO DE ENSINO APRENDIZAGEM SOBRE CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE 524

Ismênia de Carvalho Brasileiro
Thereza Maria Magalhães Moreira
Jarbas Aryel Nunes Silveira
Francisco Herbert Lima Vasconcelos

Parte 4

AVALIAÇÃO, DESAFIOS E PACTOS PARA A CONSTRUÇÃO DO SUS

- CAPÍTULO 22 – MODELOS DE GESTÃO EM SAÚDE: REFLETINDO A PRODUÇÃO DE NOVAS LÓGICAS ORGANIZACIONAIS** 549
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Maria Salete Bessa Jorge
Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira
Adriana Catarina de Souza Oliveira
- CAPÍTULO 23 – O (DES)CUIDADO AOS USUÁRIOS AO SUS: A MEDICALIZAÇÃO COMO FOCO DA ATENÇÃO E A FAMÍLIA COMO PARCEIRA DO CUIDADO** 580
Indara Cavalcante Bezerra
Maria Salete Bessa Jorge
Jamine Borges Moraes
Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos
Milena Lima de Paula
- CAPÍTULO 24 – AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA DEMANDA ESPONTÂNEA** 604
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Ilse Maria Tigre Arruda Leitão
Maria Salete Bessa Jorge
- CAPÍTULO 25 – CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIANDO A EXPERIÊNCIA DO APOIO MATRICIAL** 633
Indara Cavalcante Bezerra
Maria Salete Bessa Jorge
Jamine Borges de Moraes
Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos
Milena Lima de Paula
- CAPÍTULO 26 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO** 647
Fernanda Paulina de Souza Alvarado Lima
Marcos Paulo Fonseca Corvino
- CAPÍTULO 27 – GESTÃO DA AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE: UM DESAFIO COMPARTILHADO** 667
Silvia Helena Bastos de Paula
Maria Salete Bessa Jorge
- POSFÁCIO** 689
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

PARTE 1

POLITICAS DE SAÚDE: CONCEITOS E PRÁTICAS

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos.

Sonia Fleury e Assis Mafort Ouverney

CAPÍTULO 1

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS, SABERES E PRÁTICAS QUE ESTRUTURAM A REDE CEGONHA

Maria Salete Bessa Jorge

Maria Raquel Rodrigues Carvalho

Luilma Albuquerque Gurgel

Diego da Silva Medeiros

Túlio Batista Franco

INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha é uma iniciativa do Ministério da Saúde fundamentada nos princípios da humanização e da assistência. Foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011c), sendo uma rede de cuidados que envolve: ampliação do acesso ao serviço e acolhimento de mulheres, recém-nascidos e crianças; melhoria da qualidade do pré-natal; transporte da gestante para o pré-natal e parto; realização de parto e nascimento seguros; presença de acompanhante no parto de escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e orientação para o planejamento reprodutivo. Desta forma, a rede se configura como uma es-

tratégia de extrema importância, uma vez que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha, desde sua instituição, vem sendo implementada, gradativamente, em todo o território nacional, respeitando critérios epidemiológicos tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. Entendemos a diversidade de cenários, os diferentes modos de organização das redes de serviços do SUS nos diversos estados e cidades do Brasil e as singularidades nas práticas de cuidado como uma enorme riqueza, pois cada realidade reflete uma capacidade única de atuação.

Considerando a recente criação, a amplitude e a importância da Rede Cegonha assim como a diversidade de cenários físicos e políticos no território nacional, faz-se necessário o acompanhamento da implantação da rede nos diversos territórios de forma a compreender o processo de construção de políticas bem como de saberes e práticas dos trabalhadores de saúde que estruturam tal rede. Assim, para compreender o processo de implantação da Rede Cegonha em Fortaleza, objetivo do presente estudo, foram entrevistadas gestoras da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza.

Compreender tal processo é importante para a identificação de “nós críticos” bem como de políticas e práticas exitosas que poderão nortear ações que venham a favorecer uma maior eficiência e agilidade na plena implantação desta tão importante rede.

TRAÇANDO O ENCONTRO COM AS GESTORAS PARA A COMPREENSÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA

Esse capítulo é um estudo de natureza qualitativa que utiliza como ferramenta de análise a cartografia. Assim, buscou-se compreender as políticas de saúde, saberes e práticas relacionadas ao processo de implantação da Rede Cegonha.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará. A cidade possui mais de 2 milhões e 400 mil habitantes e é a quinta capital do país em termos de população (FORTALEZA, 2015). É considerada a terceira cidade do Brasil com maior cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) entre os municípios com mais de 1,5 milhão de habitantes, atingindo 35% da população da capital (PIMENTEL, 2015).

Inicialmente, foram realizadas entrevistas com duas gestoras de saúde que participaram e/ou participam da construção e efetivação das políticas que envolvem a Rede Cegonha. Posteriormente, foram realizadas visitas a todas as seis regionais de saúde do município, onde foram entrevistados o Coordenador de Saúde e o profissional responsável pelo grupo de trabalho em Saúde da Mulher. Em um terceiro momento, foram ainda conduzidas entrevistas com profissionais de saúde e gestantes de uma unidade de saúde selecionada em cada uma das seis regionais de saúde do município. A escolha destas unidades seguiu o critério de maior território de abrangência dentro de sua regional.

A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas em profundidade, observação sistemática, diário de campo e fontes

documentais. As entrevistas foram armazenadas na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos(as) entrevistados(as). Após a gravação, foi realizada a transcrição das falas.

No diário de campo, foram registradas todas as percepções do pesquisador em relação à realidade vivenciada, os sentidos que encontrou no que observava bem como os afetos que se efetuaram nas suas vivências.

A pesquisa também buscou fontes documentais que informavam as orientações que estruturam o funcionamento da rede, tanto os documentos produzidos pelos organismos oficiais relacionados ao Ministério da Saúde bem como documentos fruto de produção local ou até mesmo de equipes que tinham servido à orientação e trabalho dentro da Rede Cego-nha de Fortaleza.

Para a análise dos dados, utilizou-se como ferramenta a cartografia na perspectiva de Deleuze e Guattari (1995), que é um mapa aberto, conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível e suscetível de receber modificações constantemente e que pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social.

Desta forma, para a construção deste estudo, privilegiou-se a produção de mapas. Essas produções são existenciais compostas de linhas as mais variadas que as atravessam, sempre em movimento, ativas nos encontros e envoltas em relações de forças: podemos afirmar que este é o fazer da cartografia. Interessa-nos utilizar esta caixa de ferramentas para analisar os fluxos da produção de vida com a interface da Saúde Coletiva (CARVALHO *et al.*, 2015).

Esse estudo é um recorte de um projeto nacional intitulado “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”, coordenado pelos professores Emerson Elias Merhy, Túlio Batista Franco e Marcelo Gerardin Poirot Land. A pesquisa foi desenvolvida seguindo os preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a). O projeto foi aprovado, em 21 de março de 2014, pelo Comitê de Ética da Universidade Veiga de Almeida, do Rio de Janeiro (Parecer nº 560.597).

A REDE CEGONHA NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ao iniciarmos a reflexão sobre redes nos serviços de saúde logo vem à mente a ideia de conexões, de ligações, dentre outras. O conceito de rizoma, cunhado por Deleuze e Guattari (1995), é um potente disparador da produção de saberes com as redes nos serviços de saúde. Os autores se utilizam desta figura da botânica para se referir a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social através de agenciamentos diversos, isto é, produzindo novas e singulares formações relacionais sobre as quais vai se construindo o *socius*, o meio social onde cada um está inserido. Com isso, a produção da vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organize e se produza, a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade (FRANCO, 2013).

A rede de saúde, segundo Franco (2013), tem caráter rizomático, opera na micropolítica do processo de trabalho em saúde e tem o trabalho vivo em ato (ação, acontecimento) como elemento central. Esta rede apresenta as seguintes características:

- Conexões multidirecionais e fluxos contínuos – qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro, isto é, a lógica da rede não deve ser a mesma da matriz burocrática que define a hierarquia das conexões ou a direção dos fluxos, acontecendo pela ação dos trabalhadores no cotidiano, quando se colocam em relação com os outros, operando a todo tempo na alteridade, na perspectiva de produção do “cuidado cuidador”.
- Heterogeneidade – é a capacidade de convivência, pactuação, manejo de conflitos e alta capacidade de autoanálise, pois é mais difícil e complexo lidar de forma produtiva com o diferente do que com o igual.
- Multiplicidade – este princípio é associado à ideia geral de não exclusão, podendo cada um fazer conexões em várias direções e com muitos outros sujeitos que estão também operando no interior do fluxo.
- Ruptura e não ruptura – quando há o rompimento da rede, logo ela consegue se recompor em outro lugar, refazendo-se. Uma rede pode se romper, mas se encontra com outras conexões ou mesmo é capaz de produzir novas, como se tivesse vida própria que lhe garantisse atuação suficiente para a sua autorrealização.

- Princípios da cartografia – as conexões vão produzindo mapas através dos fluxos nos quais transita a ação dos sujeitos singulares que aí atuam. A cartografia que se produz é aquela do trabalho vivo em ato, que é como um sistema aberto, não modelar e não serial, com muitas entradas e saídas, operando de forma não estruturada sobre a realidade.

Percorrendo o processo histórico-jurídico brasileiro, a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, registra, pela primeira vez na história deste país, uma seção específica para a saúde (Capítulo II – da Seguridade Social, Seção II – da Saúde), como resultado da marcante 8ª Conferência Nacional de Saúde, e destaca:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atenção integral, com prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade. (BRASIL, 1988, art. 198).

Percebe-se, portanto, que o texto constitucional já mencionava uma “rede regionalizada” de saúde. Posteriormente, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90) que foi o princípio para que o Ministério da Saúde emitisse normas e instrumentos para regular o sistema, definindo as competências dos gestores das esferas de governo em relação ao controle, avaliação e fiscalização dos serviços de saúde, com destaque para o método de transferência de recursos para o pagamento dos serviços de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2009; OLIVEIRA, 2010).

Assim, tendo como missão “garantir o direito à saúde da população atendida pelo SUS, de forma integral e humanizada, através de uma rede de atenção qualificada e resolutiva e de uma gestão colegiada e participativa” e apresentando como princípios norteadores “a construção da rede integrada de serviços; a ampliação do acesso através da abertura de novos serviços e reorganização dos processos de trabalho; a humanização do cuidado em saúde; a qualificação da assistência, com ênfase na ação interdisciplinar; a gestão participativa e colegiada”, os órgãos responsáveis pela saúde vêm caminhando com ações estratégicas de gestão que visam à construção de uma Rede de Saúde capaz de responder às necessidades de saúde da população (MAGALHÃES *et al.*, 2012).

Com isso, em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279, define as Redes de Atenção à Saúde “como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). No ano seguinte, em 28 de junho de 2011, publica o Decreto nº 7.508, responsável por regulamentar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de

1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Trazendo em seu texto a definição dos termos: Região de Saúde; Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde; Portas de Entrada; Comissões Intergestores; Mapa da Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Serviços Especiais de Acesso Aberto; Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica, enfatiza que para uma região de saúde ser instituída é necessário conter no mínimo ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

De acordo com o citado Decreto nº 7.508, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. A RAS, atuando de forma integral, requisita o fortalecimento de cada *locus* de intervenção (primária, secundária e terciária), para isto, torna-se relevante fortalecer as funções e perfis assistenciais de cada nível de atenção, no entanto, sem dividir excessivamente as margens assistenciais que possam dar condições a uma articulação integrada (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010; MENDES, 2011).

O primeiro nível organizacional da rede do SUS é a Atenção Primária em Saúde que tem como funções básicas o acolhimento e vinculações e responsabilizações comunitárias. Atua, prioritariamente, na promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento de agravos comuns e prevalentes na população do distrito sanitário. Para sua resolutividade, requisita, ainda, integração com os outros níveis assistenciais, a dispensação de medicamentos, exames laboratoriais e de imagem, dentre outros (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010; MENDES, 2011).

O segundo nível de complexidade engloba a atenção secundária, o cuidado ambulatorial especializado. Embora ainda recorra a mecanismos de agendamento burocratizados, encaminhamentos desconectados de interlocução com os outros níveis e precária disponibilidade tecnológica, enfatiza a assistência às pessoas com problemas específicos no processo saúde-doença.

Por fim, o terceiro nível de complexidade envolve a rede de atenção hospitalar e os serviços de emergência. A articulação hospitalar e/ou pré-hospitalar com as ocorrências em toda a rede assistencial é importante para dar resolutividade e reduzir danos à vida humana, havendo uma intensa carga operacional neste nível assistencial por atuar nos eventos com risco iminente de vida ou sofrimento intenso (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010, MENDES, 2011).

Tudo se inicia ou é para se iniciar no primeiro nível de atenção da rede, ou seja, na atenção primária, muitas vezes identificada como porta de entrada da rede de assistência à saúde, mesmo após o Decreto nº 7.508 que, em seu 9º artigo, estabelece como portas de entrada às ações e serviços de saúde nas RAS os serviços: de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto. O parágrafo único deste artigo ainda estabelece que:

Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde. (BRASIL, 2011a).

A RAS deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Em 2011, após pactuações tripartites, foram priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, sendo, assim, todas as redes transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2013).

Em junho de 2011, logo após a publicação do Decreto nº 7.508, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.459, que cria a Rede Cegonha, com o propósito de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança (BRASIL, 2011c). A Portaria também menciona a “implementação” e ampliação dos equipamentos que atenderão estas mulheres na rede bem como aparelhos que facilitem a detecção de possíveis doenças como a sífilis e o HIV; a capacitação dos trabalhadores da rede para que saibam não somente manusear aquele aparato tecnológico, como também compreender a perspectiva de humanização do cuidado que se quer consolidar; e, ainda, ressalta a importância do desenvolvimento de ações educativas que promovam o vínculo da população às unidades de saúde e o direito ao parto humanizado como um princípio para a redução da mortalidade materno-infantil.

Desde o início de sua implantação, a Rede Cegonha já teria como primeiros campos de atuação as regiões Norte, Nordeste e os grandes aglomerados metropolitanos haja vista o alto número de mortes de gestantes e bebês nestas regiões, o que correspondia em 1990, a 53,7 mortes para cada 1.000 crianças

nascidas vivas; e63,9 gestantes mortas por 100.000 nascimentos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013). As causas das mortes iam desde falta de acompanhamento, pois existiam gestantes sem o acompanhamento no pré-natal, a não identificação de algumas doenças como eclampse, HIV, infecções, dentre outras, em tempo hábil e fatores como a peregrinação da gestante na busca por leito em hospitais, o que acabava ocasionando o falecimento do feto ou, ainda, do cuidado que se destina à parturiente no ato do parto e no pós-parto.

TECENDO CUIDADOS: CONFORMAÇÃO DA REDE CEGONHA

A atenção ao parto e ao nascimento no país está associada a uma intensa medicalização, a intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e à prática abusiva da cesariana. Ocorre, também, o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade da gestante e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2011b).

Visando sanar estes problemas, foi criada, em 2011, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. O trabalho da rede busca oferecer assistência à mulher no que concerne ao planejamento familiar, à confirmação da gravidez, ao pré-natal, parto e puerpério (28 dias pós-parto) bem como assistência à criança durante os dois primeiros anos de vida. A Rede Cegonha objetiva:

- Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a 24 meses;
- Organizar a Rede de Atenção

à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolatividade; e c) Reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011c).

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, permitindo-lhes vivenciar a gravidez, o parto e o nascimento com segurança e dignidade (BRASIL, 2011b).

Devido à sua abrangência, a rede se organiza a partir de quatro componentes: 1) Pré-Natal; 2) Parto e Nascimento; 3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e 4) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Cada um desses componentes compreende uma série de ações de atenção à saúde (BRASIL, 2011c).

Para um pré-natal de qualidade, a gestante deve confirmar a gravidez e ter acesso aos cuidados pré-natais antes das primeiras 12 semanas de gestação: é a captação precoce da gestante. Para isto, as equipes de atenção básica devem atuar junto às mulheres em idade fértil, com atenção especial para adolescentes e jovens, no planejamento reprodutivo e no reconhecimento dos sinais de gravidez. Isto possibilitará que a mulher realize logo no início da gestação, na Unidade Básica de Saúde (UBS), o teste rápido de gravidez (BRASIL, 2011b).

Durante o acompanhamento pré-natal na UBS, a equipe deve realizar acolhimento às gestantes com escuta qualificada, em especial, às adolescentes. Também devem ser realizados exames cujos resultados devem ser disponibilizados às gestantes em tempo oportuno, outro aspecto importante da Rede Cegonha. Com base no exame clínico e nos resultados desses exames de rotina, deve ser avaliado se a gestação é de alto risco e, em

caso positivo, deverá ser garantido o acompanhamento pré-natal de alto risco em um serviço especializado. No entanto, a equipe deve continuar acompanhando essa gestante, de modo que se mantenha o vínculo e possa prestar cuidado integral a ela e sua família. Outro aspecto central que deve ser garantido é a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. A equipe deve informar à gestante o local onde será realizado o parto e deve mediar a sua visita a esse serviço (BRASIL, 2011b).

Estes são alguns exemplos de ações desenvolvidas no componente pré-natal, entretanto, a rede inclui diversas outras ações distribuídas em seus quatro componentes, o que demonstra sua abrangência em termos de ações e sua complexidade.

A CEGONHA EM FORTALEZA

Em Fortaleza, a implantação da Rede Cegonha se iniciou em 2011. O processo de implantação da rede se deu a partir dos Planos Regionais de Saúde que compõem o Plano Estadual de Saúde. A partir de então, precisamos observar essa perspectiva tanto a nível estadual quanto municipal. Diante deste cenário, foram conduzidas entrevistas com o propósito de identificar o cenário de implantação da Rede Cegonha em Fortaleza.

Em seu relato, a Gestora 1 afirma:

Nós iniciamos em 2011. A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que objetiva a redução do óbito materno infantil e primordialmente neonatal e também visa a integração dos pontos de atenção

da rede materno infantil e a humanização, abrangendo a mulher e o homem no planejamento reprodutivo, a mulher em situação de aborto, a gestante durante o parto e pós-parto imediato, puerpério e a criança até os dois anos de idade.

Em contraponto, a Gestora 2 relata o processo de implantação da RC em Fortaleza:

O ano de 2012 e 2013 foram bem difíceis, foram os, se eu não me engano, os 2 últimos anos não [pausa] não 2012 foi o último ano da gestão Luiziane, né, e foi um ano muito pesado, um ano político difícil, né, como as unidades estavam sucateadas com dificuldades de profissionais, então a gente não conseguiu entrar muito e discutir muito na atenção básica as diretrizes da Rede Cegonha, então começamos a trabalhar mais a questão da vinculação das gestantes que a gente entendeu que esse seria o ponto de partida né [...] fizemos uma proposta do mapa de vinculação com as regionais de saúde e depois sentamos com cada maternidade pra validar esse plano, esse mapa de vinculação, e fizemos várias reuniões de maternidades com as UBS, com as coordenadorias de saúde, pra poder validar o plano e aí começamos.

No que concerne à gestão municipal, a entrevistada relata um dos principais entraves:

[...] e aí o plano ficou pronto e saiu a portaria, mas ainda não conseguimos implantá-lo, aí muda a gestão e entra a nova gestão e a nova secretaria, eu saio da assessoria de planejamento e a [pausa] e a Rede Cegonha que era dentro da assessoria de planejamento vai para a área técnica da saúde da mulher, então lá nós retomamos o trabalho, fizemos novas oficinas repactuando pactos com os diretores e hospitais novamente, que alguns não [pausa] praticamente todos foram mudados, né, por conta da mudança de gestão, né, nós tivemos que recomeçar novamente todo o trabalho (Gestora 2).

No Estado, a Rede Cegonha é conduzida por uma equipe técnica lotada no Núcleo de Atenção Especializada (NUESP), Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS) da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Tem como finalidade o monitoramento da implementação das ações da Rede Cegonha nas regiões do estado e suporte ao funcionamento dos hospitais públicos e filantrópicos conveniados ao SUS.

[...] toda equipe que compunha o grupo condutor saiu, entraram novas pessoas e nós tivemos que repactuar trabalho, repactuar processos, linhas de ação e plano de ação, recomeçamos tudo novamente e aí nós fomos para maternidade, fizemos oficinas pra implantação das diretrizes da

Rede Cegonha, fizemos oficinas pra elaborar um plano de ação com cada uma e depois oficinas mais específicas para implantar acolhimento e classificação de risco, e oficinas tipo pra implantar e boas práticas de atenção ao parto e nascimento é [pausa] e assim fomos trabalhando as maternidades nessas perspectivas e junto à atenção básica nós retomamos o processo de vinculação da gestante, aí com a nova gestão, e eu pedi pra sair da coordenação da Rede Cegonha porque tava [pausa] um trabalho muito complexo pra mim, porque ora eu era Ministério e ora eu era Município [risos] (Gestora 2).

Após análise com base em critérios populacionais, de sustentabilidade técnica, financeira e de estrutura mínima de serviços, as regiões se integraram para se constituir em uma única rede e, assim, garantir resultados nos três níveis de atenção.

No Estado do Ceará, composto de 22 regiões de Saúde, foi aprovada a implantação de 17 (dezessete) Redes Cegonhas que são: 1) Fortaleza–Cascavel; 2) Caucaia; 3) Maracanaú–Baturité; 4) Canindé–Tauá; 5) Itapipoca; 6) Quixadá; 7) Sobral; 8) Russas–Aracati–Limoeiro do Norte; 9) Acaraú; 10) Tianguá; 11) Crateús; 12) Camocim; 13) Icó; 14) Iguatu; 15) Brejo Santo; 16) Crato; e 17) Juazeiro do Norte (CEARÁ, 2015).

A Resolução nº 18/2012 CIB/CE, estabelece os municípios pertencentes à Rede Cegonha da Região Fortaleza–Cascavel: Fortaleza, Aquiraz, Eusébio, Itaitinga, Cascavel, Chorozinho, Horizonte, Ocara, Pacajús, Pindoretama e Beberibe (BRASIL, 2015). Os serviços a serem oferecidos por cada um deles são:

MUNICÍPIOS	SERVIÇOS OFERECIDOS
Fortaleza	Pré-natal de risco habitual, parto de risco habitual, pré-natal de alto risco, parto de alto risco, cada da gestante, leito canguru, UTI adulto, UTI neonatal e UCI neonatal
Aquiraz	Pré-natal de risco habitual e parto de risco habitual
Eusébio	Pré-natal de risco habitual, parto de risco habitual, pré-natal de alto risco, parto de alto risco, cada da gestante, leito canguru, UTI adulto, UTI neonatal e UCI neonatal
Itaitinga	Pré-natal de risco habitual e parto de risco habitual
Cascavel	Pré-natal de risco habitual, parto de risco habitual e pré-natal de alto risco
Chorozinho	Pré-natal de risco habitual e parto de risco habitual
Horizonte	Pré-natal de risco habitual e parto de risco habitual
Ocará	Pré-natal de risco habitual e parto de risco habitual
Pacajús	Pré-natal de risco habitual, parto de risco habitual e pré-natal de alto risco
Pindoretama	Pré-natal de risco habitual e parto de risco habitual
Beberibe	Pré-natal de risco habitual e parto de risco habitual

Pode-se perceber que os municípios da Rede Cegonha Fortaleza–Cascavel não terão a mesma participação em cada um dos quatro componentes da Rede.

Devido à abrangência e complexidade da Rede, desde a sua criação, em 2011, a Rede Cegonha vem sendo lentamente “construída” em Fortaleza. A primeira etapa do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Ceará e a alocação de recursos financeiros para sua implementação foram aprovadas apenas em 22 de junho de 2012, por meio da Portaria nº 1.286 (BRASIL, 2012b). Talvez por este motivo a rede ainda esteja se estruturando, conforme demonstra o seguinte relato: “[...]”

exemplo, Fortaleza e Cascavel nós temos aqui vários hospitais terciários e para que esses hospitais, a gente ainda tá em processo de organização” (Gestora 1).

O referido Plano de Ação se encontra disponível no site do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC)¹ que foi desenvolvido para acompanhar os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde do Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, que são transferidos aos estados/municípios. Com a Portaria, 6, de um total de 23 municípios do Ceará, começaram a receber recursos para o custeio da primeira Etapa do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Ceará, no valor de R\$ 50.684.767,24. Os municípios indicados pela Portaria para repasse dos recursos foram Fortaleza, Sobral, Brejo Santo, Juazeiro do Norte, Barbalha e Quixadá.

No total, a Portaria Ministerial destina R\$ 229.332.907,24 para 23 municípios, incluindo o custeio dos serviços ainda não habilitados. Entretanto, os Municípios apenas farão jus à totalidade dos recursos após a habilitação de todos os serviços previstos no Plano de Ação. Infelizmente, a Portaria não disponibilizou, para qualquer dos 6 municípios, recursos referentes ao Componente Pré-Natal da Rede Cegonha, indicando, inclusive, em seu Artigo 5º, que tais recursos seriam objeto de portaria específica. Os recursos serão utilizados para o custeio de 27 Centros de Parto Normal; 22 Casas da Gestante, Bebê e Puérpera; criação de 263 leitos de Gestação de Alto Risco; 70 leitos de UTI Adulto tipo II; 176 leitos de UTI Neonatal tipo

1 Disponível em: <<http://sismac.saude.gov.br/>>.

II; 321 leitos de UCI Neonatal e 135 leitos de UCI Canguru. Também serão qualificados 203 leitos de Gestação de Alto Risco; 96 leitos de UTI adulto tipo II; 117 leitos de UTI Neonatal tipo II; e 156 leitos de UCI Neonatal. Esses serviços estão previstos nos Planos de Ação da Rede Cegonha para as Regiões de Saúde do Ceará, aprovados por deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de 3 de fevereiro de 2012.

Para a Rede Cegonha Fortaleza–Cascavel, de acordo com a Resolução nº 18/2012 CIB/CE (BRASIL, 2015), foram previstos diferentes equipamentos a serem incorporados nos anos 2012, 2013 e 2014. Os equipamentos estão descritos a seguir.

EQUIPAMENTO	2012 (Nº; MUNICÍPIO)	2013/ 2014 (Nº; MUNICÍPIO)
Leitos de UTI neonatal	- 102 (novos)– Fortaleza	- 29 (novos): 10–Eusébio; 19–Fortaleza - 102 (existentes):Fortaleza
Leitos de UTI adulto	- 71 (existentes)– Fortaleza	- 20 (novos): 10–Eusébio; 10 –Fortaleza - 71 (existentes): Fortaleza
Leitos de UCI neonatal	- 162 (existentes)– Fortaleza	- 25 (novos): 15 – Eusébio; 10 –Fortaleza - 162 (existentes): Fortaleza
Leito de gestantes de alto risco	- 182 (existentes)– Fortaleza	- 66 (novos): 16 –Eusébio; 50–Fortaleza - 182 (existentes)–Fortaleza
Leito Canguru	- 26 (existentes) – Fortaleza	- 30 (existentes): 4 – Eusébio; 26 – Fortaleza
Casa de gestante	- 6: Fortaleza	- 7: 1– Eusébio; 6–Fortaleza
Centro de parto normal	- 6: Fortaleza - 1: Cascavel	- 8: 1– Cascavel; 1 –Eusébio; 6– Fortaleza

Para sua efetivação, foi instituído o Grupo Conductor Estadual das Redes de Atenção à Saúde (GCE–RC), formados pelos membros do Comitê Executivo da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), por representantes do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS), Apoiador Institucional de Redes de Atenção à Saúde e Apoiador

dor Temático da Rede Cegonha do Ministério da Saúde (MS). O Grupo tem como um de seus objetivos buscar soluções para resolver os diversos problemas enfrentados, tais como os indicados abaixo pelas gestoras entrevistadas:

[...] estamos com um gargalo, um nó crítico a ser resolvido, a questão dos hospitais de pequeno porte [...] o que eles tem feito é encaminhar as gestantes e aí assim, eles dizem que não tem profissionais especializados, não tem profissionais 24 horas e então a nossa solução é com as enfermeiras obstétrica. Estamos fazendo levantamento [...] pra ver onde elas estão, se estão na unidade ou se elas estão assumindo sala de parto (Gestora 1).

[...] então a gente tem vários problemas de insuficiência, nós perdemos mais de 100 leitos nos últimos sete anos e várias maternidades foram fechadas e isso causou um déficit muito grande e as duas maternidades maiores que é o César Cals e a MEAC (Maternidade Escola Assis Chateaubriand) e cada uma delas perdeu com essa reforma uns 30 leitos, eles tem aí uma faixa de 60 leitos a menos, além dos que a gente já não tinha e é isso que a gente enfrenta hoje (Gestora 2).

Embora recursos tenham sido repassados em 2012, é difícil comprovar se todas as metas anuais relativas à infraestrutura foram cumpridas, em especial, devido à escassez de relatórios e outros tipos de publicação descrevendo de forma detalhada todas as etapas concluídas do processo de implantação da Rede Cegonha Fortaleza–Cascavel, ou mesmo da Rede Cegonha em Fortaleza.

Apesar da pouca divulgação documental do processo de implantação da Rede, está claro que o município de Fortaleza já elaborou o esquema de vinculação das gestantes das Unidades Básicas de Saúde para as maternidades de Fortaleza, tendo, inclusive, classificado as maternidades quanto ao tipo de risco do parto (risco habitual ou alto risco). Outros avanços também podem ser identificados a seguir:

[...] nós tivemos muitos avanços, né, as maternidades todas implantaram acolhimento e classificação de risco, o direito a acompanhante foi amplamente é ampliado e a gente não pode dizer que tá 100% de livre escolha em todas as etapas do parto, mas a gente já tem isso em várias maternidades e algumas estão se adequando pra que aconteça [pausa] maternidades privadas como o Cura d’Ars, é privada e filantrópica, o que a gente nota não imaginávamos que havia tantos avanços de todas as com salas de parto, com privacidade, com cadeira pra acompanhante, com métodos não farmacológicos no alívio da dor, presença de enfermeiras obs-

tétricas em todas as maternidades, isso pra nós é um grande avanço e a gente sente assim [pausa] fica feliz, né, de ver grandes resultados, temos muitos desafios (Gestora 2).

O livro intitulado *Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional* (PINHEIRO *et al.*, 2014) destaca as principais ações realizadas pela Rede Cegonha do Ceará. O trabalho foi iniciado após a fase de apoio intensivo à implementação dos Planos da Rede Cegonha, de acordo com as necessidades e dificuldades encontradas, com o objetivo de abranger as 17 redes na maioria das ações realizadas. Os movimentos desencadeados ao longo dos últimos três anos são: a) Planejamento reprodutivo; b) Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) na obstetrícia; c) Fórum Estadual Rede Cegonha; d) Fóruns Regionais Rede Cegonha; e) Ações complementares. Em relação ao acolhimento com classificação de risco, a Gestora 1 enfatiza:

[...] Toda aquela classificação do risco e atender aquela que realmente precisa e tenha mais urgência no seu atendimento e poder dar uma assistência [pausa] pra aquela que não é, às vezes, não é nem pra vir pro hospital, é da atenção secundária ou da atenção básica, aí você atende, então o acolhimento organiza a rede interna e a rede externa, porque precisa dessas articulações fora, né, porque todos tem que estar envolvidos nessa rede, né (Gestora 1).

O trecho abaixo resume atualmente o processo de implantação da Rede Cegonha, realidade tanto municipal quanto estadual. Os obstáculos ainda são inúmeros, fato aparente até nas narrativas, mas é possível garantir novas ações na produção de sujeito e produção de saúde? O que é necessário para integrar esses serviços em rede?

Temos muitos pontos de atenção no Ceará, temos vários, e o que havia era essa desarticulação entre a atenção básica, a atenção primária, secundária e terciária. Nós fomos em vários lugares do Estado e vimos serviços belíssimos, profissionais ótimos e assim percebíamos uma desmotivação, todos com pontos e todos desarticulados e trabalhando isoladamente. Então a Rede Cegonha, a própria palavra chama rede, é necessário integrar esse serviço em rede, que não fique somente em mapas e estruturas, mas que seja rede de relações humanas. E quais são esses? E o que fazer pra costurar os 'nós' da rede? [...] (Gestora 1).

O SOBREVIVO DA CEGONHA QUE SE INVENTA EM ATO

“Vivemos tempos de esfriamento da estratégia que introduziu a rede materno infantil intitulada Rede Cegonha”. Estas são palavras de um gestor de uma unidade básica de saúde na cidade de Fortaleza, responsável por um território vivo e complexo em uma das regionais mais populosas da cidade. Em outro território, igualmente grande e populoso, com complexi-

dades singulares, a agente comunitária de saúde não conhecia o termo Rede Cegonha. Esta fase da pesquisa vivencia o território onde a rede se inventa e experiencia alguns encontros que a fazem funcionar.

As seis regionais de Fortaleza foram visitadas neste estudo para a compreensão dos fluxos construídos pelas gestantes. Cada regional possui singularidades no manejo destas gestantes no pré-natal. A proximidade de uma maternidade, os profissionais obstetras que a rede municipal dispõe no território, os profissionais capacitados para a realização dos testes rápidos de HIV e sífilis, a parceria com um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) localizado estrategicamente no centro de um território vulnerável e o assédio de clínicas privadas populares na realização de exames de imagem são linhas que compõem esta rede de cuidado que está em funcionamento utilizando esta multiplicidade de elementos.

A emergência de agravos agudos sistemáticos que tensionam os serviços de saúde no sentido de uma resposta efetiva, tais como o recente surto de sarampo na cidade de Fortaleza e a emergência da Chikungunya e Zikavírus, movimentam a estrutura em uma postura monotemática para amenizar as crises e, ainda, as mudanças no comando do Ministério da Saúde para responder às demandas de articulação política, alterando o quadro de profissionais que conduzem as políticas públicas, podem ocasionar o “esfriamento” da Rede Cegonha citado pelo gestor.

As pesquisas ainda inconclusivas, no período em que este capítulo é escrito, trabalham a hipótese dos recentes casos de microcefalia associados à infecção pelo Zika vírus o que porá em xeque a Rede Cegonha como instrumento capaz de funcionar com este novo elemento. As reflexões e implicações sobre

este caso ficarão mais evidentes no período por vir. Aqui trabalharemos como as gestantes, os profissionais de saúde e os gestores estão construindo a Rede Cegonha.

Fortaleza possui uma cobertura de menos de 50% da Estratégia Saúde da Família (ESF), dado este que vai de encontro à premissa, prevista em portaria normativa, da vinculação e do acolhimento destas gestantes nos serviços da atenção primária e maternidades. A busca e a assistência dos agentes comunitários de saúde às gestantes e às puérperas residentes nestas áreas descobertas são inviáveis. São as mulheres que moram nestas áreas descobertas que se deslocam à unidade básica de saúde (UBS) e são inseridas na rede, de alguma forma, quando não se deslocam diretamente para alguma maternidade pública ou para maternidades que realizam procedimentos com fins políticos.

As barreiras no território, a saber, geográficas, a violência e a indisponibilidade do profissional de saúde para o exercício do cuidado na atenção primária são forças que desvitalizam a produção do cuidado das gestantes que vivenciam estes territórios e impedem que os fluxos para um atendimento que potencialize a vida fluam. As gestantes que estão nestas condições, todavia, buscam, com as ferramentas que dispõem em mãos, o cuidado que almejam e vão tecendo o mapeamento de suas redes vivas (MERHY *et al.*, 2014).

Há potência, nos gestores e profissionais de saúde, que se dá no plano das relações do que chamamos do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002), na produção do cuidado, utilizando-se das singularidades que o encontro proporciona. Para um gestor de UBS, nenhuma gestante sai das dependências do serviço sem uma resposta: os profissionais que estão atuando naquele momento devem acolhê-las e praticar uma escuta ativa que

proporcione um caminho a ser traçado em conjunto. Assim, alguns profissionais se revezam no atendimento das gestantes que estão em área descoberta pela ESF; em contrapartida, alguns profissionais se negam a praticar o atendimento aos usuários que não estão situados em seus territórios sanitários.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza hoje possui um contrato com uma Organização Social (OS) que se responsabiliza pela realização dos exames laboratoriais das gestantes no pré-natal. Segundo um enfermeiro responsável pelo pré-natal das gestantes, os exames estão prontos em tempo hábil, mas nem sempre foi assim: é cíclico, há momentos em que há descontinuidade dos exames devido à ausência de repasse de recursos para a OS e há outros em que os exames são realizados normalmente, no entanto, já se levantou suspeita sobre a qualidade destes exames, quando comparados a exames de outros laboratórios, principalmente da rede privada.

Os exames de imagem, no entanto, possuem algumas peculiaridades e variações, de acordo com a Secretaria Regional (SR) em que a unidade de saúde esteja situada. Há um sistema de solicitação de exames que integra a oferta dos exames à demanda oriunda das UBS. É feito, então, um cadastramento do usuário que aguardará o dia e o horário em que fará o referido exame, no caso das gestantes, o ultrassom. As narrativas dos usuários e de alguns profissionais é de que estes exames via sistema demoram demais, às vezes extrapolam o período preconizado do atendimento no pré-natal. Diante deste fato, uma série de conexões é realizada para que se consiga realizar o exame em tempo hábil o que varia entre as SR. Há os que orientam as gestantes a realizarem a ultrassonografia em clínicas privadas com preços populares cuja motivação pode ser a exiguidade do

tempo para apresentar o exame nas consultas do pré-natal ou alguma vantagem de ordem política ou econômica. O discurso cristalizado de que o serviço público tem menor qualidade que o serviço privado também alimenta a prática do exame em clínicas populares que, para um gestor, apresenta qualidade duvidosa e serviço pouco cuidadoso.

Em outro território de uma SR a proximidade física de uma maternidade de referência proporciona a realização dos exames de imagem rapidamente em suas dependências, exceto quando o equipamento está danificado caso em que as clínicas privadas são uma alternativa. Outra possibilidade é a de o gestor da UBS acionar a coordenação municipal de saúde materno infantil que, por sua vez, atua com a regulação dos exames e agiliza a sua realização. Houve relatos de que nem todos os exames marcados são realizados porque o usuário já o fez em outro local, devido à demora na oferta e realização.

Estas experiências demonstram que as redes possuem fluxos que burlam os textos normativos na intenção de proporcionar o atendimento em tempo hábil. Usuários, profissionais de saúde e gestores inventam a rede rizomática de cuidado, de acordo com os elementos que estão acessíveis no território em que atuam.

O cenário atual da Rede Cegonha em Fortaleza lida com a ausência de equipamentos para a realização do atendimento de qualidade como, por exemplo, a situação de um sonar com funcionamento precário para todas as equipes da UBS; as salas que não são próprias para o atendimento da atenção primária, pois são adaptadas em prédios antigos; a impossibilidade de proporcionar a visita da gestante à maternidade onde será

realizado o parto por não dispor de veículos que possam fazer este traslado, segundo alguns gestores por não ser prioridade naquele momento. Este cenário não é aplicável a todos os serviços: há diferenças significativas de um serviço para outro, mas há, também, similitudes. Observa-se, em toda a rede, profissionais enfermeiros e médicos que se esmeram no atendimento das gestantes, gestores que criam um serviço que estabeleça conversações entre os entes que atuam na unidade, parcerias com universidades que proporcionam melhorias na estrutura física de algumas unidades, serviços que funcionam pautados nas boas práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo referência nacional do cuidado com estas gestantes, contratação de enfermeiras obstetras 24 horas nas maternidades e outras possibilidades que emergem no mapear da pesquisa.

Esta pesquisa se encontra em andamento. O mapeamento sobre o qual, por ora, nos debruçamos neste capítulo contém resultados provisórios que se articularão para que compreendamos o funcionamento de uma rede que está em pleno movimento e que não cessará de trazer novos elementos enquanto estiver em duração. Nossa perspectiva não é a observância da prática em consonância com o protocolo, mas o que produz vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, U. A. M. **Máscaras inteiriças Tukúna**: possibilidades de estudo de artefatos de museu para o conhecimento do universo indígena. 1985. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, São Paulo, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.286**, 22 de junho de 2012. Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Ceará e aloca recursos financeiros para sua implementação. Brasília, Diário Oficial da União, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.459**, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 28 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 13 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**. Brasília: MS, 2011b.

BRASIL. Portal da Saúde. **Redes prioritárias**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria>. Acesso em: 10 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estado do Ceará. Região de Saúde de Cascavel. **Contrato organizativo da ação pública da saúde 2012-2013**. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.ce.gov.br%2Findex.php%2Fdecreto-fundes-fundos-municipais%3Fdownload%3D1412%253A22o-regiao-de-saude-de-cascavel-coap-2012-2013&ei=9O4BVZWg-J7DgsATBooBI&usg=AFQjCNFVoUzN3xymSPHCOp63hTiH6_flpw&bvm=bv.88198703,d.cWc>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CARVALHO, M. R. R. *et al.* Cartografia como ferramenta com potencial para pesquisa em saúde coletiva. In: DA SILVA, M. R. F.; MOLITERNO, L. A. A.; CUSTÓDIO, L. L. **Avaliação, cuidado e promoção de saúde: construção de saberes e práticas**. Fortaleza: EdUECE, 2015.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Plano estadual de saúde 2012-2015**. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.ce.gov.br%2Findex.php%2Fpoliticas-de-saude%2Fcompromissos%2Fplano-estadual-da-saude%3Fdownload%3D303%253Aplano-estadual-de-saude-2007-2010-&ei=F-kBVfvVDI-TsQSKyIHQBQ&usg=AFQjCNG_1yoTF_nLnSSpZk8EPU-Q8XsJt1w&bvm=bv.88198703,d.cWc>. Acesso em: 12 mar. 2015.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: 34, 1995. v. I.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **A Cidade**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/cidade>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 226-242.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Departamento de Ciências da Administração, UFSC, Florianópolis, SC; CAPES/UAB, Brasília, 2010.

MAGALHÃES, M. G. *et al.* Estratégias tecnoassistenciais do SUS – Volta Redonda: construindo territórios e a atenção básica. In: PINTO, S.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, M. G. **Tecendo redes**: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS – a experiência de Volta Redonda/RJ. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. *et al.* Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua; implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

NASCIMENTO, A. A. M. *et al.* Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 346-352, 2009.

OLIVEIRA, R. R. **Os conceitos de regulação em saúde no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062010-153811/>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **ONU: Atlas Brasil 2013 mostra redução de disparidades entre norte e sul nas últimas duas décadas**. 2013. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-atlas-brasil-2013-mostra-reducao-de-disparidades-entre-norte-e-sul-nas-ultimas-duas-decadas/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

PIMENTEL, J. B. **Fortaleza é a 3ª cidade do Brasil com maior cobertura do PSF: o Programa Saúde da Família atinge 35% da população da capital**. Disponível em: <<http://www.josepimentel.com.br/fortaleza-%C3%A9-3%C2%AA-cidade-do-brasil-com-maior-cobertura-do-psf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

PINHEIRO, R. *et al.* **Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2014.

CAPÍTULO 2

POLÍTICA E GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SUBSÍDIOS PARA A CONEXÃO EM REDE COMPARTILHADA COM A SAÚDE MENTAL

Fernando Sérgio Pereira de Sousa

Jamine Borges de Morais

Antonia Alizandra Gomes dos Santos

Maria Salete Bessa Jorge

CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA E DO ESTUDO

Na busca pela consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os discursos e as práticas vêm se concentrando em torno da noção de responsabilidade de atores e instâncias sociais para a organização de uma gestão do cuidado em saúde mental resolutiva cujos dispositivos de cuidado sejam capazes de promover a autonomia do usuário e aproximar o cuidado em saúde mental do cotidiano do sujeito.

Nesse contexto, o processo de reforma psiquiátrica brasileira orienta a construção de uma rede de saúde mental única de atendimento à população, regionalizada, integrada e hierarquizada, segundo a densidade tecnológica, e formada por diferentes dispositivos de atenção à saúde. Dela fazem parte

os serviços residenciais terapêuticos, hospitais gerais, serviços de urgência e emergência e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os quais devem ser os articuladores estratégicos desta lógica. Os recursos comunitários também estão incluídos na rede, através das organizações não governamentais, associações de moradores, cooperativas de trabalho, escolas, famílias e suas associações e todos os demais dispositivos que se articulam ao modo de vida dos cidadãos de determinado território (COSTA *et al.*, 2012).

A implementação dessa nova lógica de cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico está ancorada no desenvolvimento de serviços que buscam substituir a lógica manicomial e redirecionar a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária. Com efeito, este modelo se baseia em uma forma de cuidado ofertada a partir de dispositivos comunitários de assistência, evidenciando um olhar ampliado de saúde, na perspectiva de atuação territorial, na intersetorialidade das políticas e no trabalho em rede (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Nesse cenário, a reflexão em torno da política e da gestão do cuidado na atenção primária e psicossocial conduz a um debate oportuno a fim de subsidiar mudanças nas práticas dos trabalhadores de saúde, tornando-as mais reconstrutoras de cidadanias e alterando a excessiva tecnificação que o cuidado sofre no processo de trabalho em saúde.

Sabe-se que a saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) se encontra em um momento de transformação diante da necessidade de atender à demanda em sofrimento psíquico, uma vez que, de encontro com os princípios da reforma psiquiátrica, dentre estes, a mudança de um modelo centrado na

hospitalização por modelos substitutivos, os usuários demandam cada vez mais da atenção nas unidades básicas de saúde.

Sendo assim, no que diz respeito à construção da Rede de Atenção Psicossocial, para a sua efetiva coerência com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, há a necessidade de uma assistência que privilegie serviços de atenção psicossocial com aproximação ética, social e solidária entre gestão, equipe de saúde, usuários, família e comunidade, como afirma Cecílio (2011) ao estruturar uma proposta de gestão do cuidado em saúde em distintas, porém, dinâmicas e imanentes, dimensões – individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Tal organização se insere no campo da saúde mental visando afirmar as múltiplas dimensões interdependentes do cuidado que operam atravessadas pelas necessidades de saúde sociais e visam à qualificação da assistência.

Nesse sentido, a gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde implica em uma reorganização das práticas para a promoção da autonomia, com ênfase na centralidade dos usuários e na consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, várias são as dimensões com as quais o cuidador deve estar comprometido: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde e muitos são os desafios que se aceita enfrentar quando se está lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005; BRASIL, 2006).

A gestão do cuidado comporta, pelo menos, três dimensões, que poderiam ser representadas pela “dimensão profissional” (cuidar, tratar); uma “dimensão organizacional” (prevenir, recuperar, promover); e uma “dimensão sistêmica” (produzir saúde).

Dentro das dimensões profissional e individual da gestão do cuidado, a clínica deve operacionalizar a autonomia, capacitando o usuário dos serviços de saúde mental para o autocuidado, para a compreensão sobre o processo saúde-doença-cuidado, para usar o seu poder e estabelecer compromisso e contrato com outros (JORGE *et al.*, 2006) para, assim, como assinalam Machado e Lavrador (2009), o objetivo do cuidador- cuidador entendido aqui como o trabalhador de saúde- ser o de cuidar menos e incitar mais o desejo de cuidado, ou melhor, provocar no paciente o desejo de cuidar de si.

A dimensão organizacional se refere ao processo de institucionalização das práticas de saúde onde se desenvolve a gestão do cuidado ressaltando que a dimensão profissional ocorre inevitavelmente em contextos organizacionais. Uma das características essenciais da transição da medicina liberal para a medicina tecnológica foi exatamente a institucionalização da prática dos médicos, isto é, ela passa a depender, de forma crescente, de contextos organizacionais para o seu exercício (SCHRAIBER, 1993). Novos atores e novas questões vão configurar esta dimensão do cuidado.

A visão sistêmica da gestão do cuidado, como expresso de forma mais recente no Pacto pela Vida, é imprescindível para a consolidação do SUS, mas – e este é o ponto que quero destacar – não será nunca suficiente se não for enriquecida com outras perspectivas ou com o reconhecimento de sua imanência com as outras dimensões do cuidado que desenvolvemos até agora. Para além das regularidades sistêmicas, seria útil pensar a gestão do cuidado que resulte na integralidade da atenção buscada pelas pessoas, por tudo o que vimos até agora, como fruto de uma incontável rede de encontros. Encontros nos nós

de uma complexa rede de cuidado. Os nós da rede são conexões humanas, são encontros humanos. Há um potencial imenso de energia–criatividade–produção retida nos profissionais, nos usuários e gestores (BRASIL, 2006).

A gestão do cuidado é pensada, em uma perspectiva sistêmica, como o conjunto de serviços de saúde com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Tais fluxos serão definidos por protocolos, controlados por centrais de vagas ou de marcação de consulta, sempre na perspectiva de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam, por meio da constituição e gestão de complexas “redes de cuidado” institucionais, operadas por intermédio de processos formais de referência e contrarreferência, que propiciem a circulação das pessoas por um conjunto articulado de serviços de saúde, de complexidades diferentes e complementares entre si. Este é, em princípio, um mundo razoavelmente estruturado, regido por regras e responsabilidades e que pode ser objeto de gestão (coordenação, avaliação e controle).

Esforços institucionais têm sido empreendidos na direção de uma pretendida qualificação do atendimento ou cuidado, como definida pelas direções/gerências dos serviços de saúde, baseando-se na criação de protocolos, de capacitações, de estabelecimentos de normas, regras, fluxos e rotinas visando modelar o comportamento dos trabalhadores, tendo como alvo a “dimensão profissional”. São estratégias que aspiram à visibilidade, a regulamentar, moldar, padronizar o encontro trabalhador–usuário, de maneira que critérios de eficácia e eficiência sejam alcançados, estratégias gerenciais que visam, em última instância, conferir visibilidade, padronização e previsibilidade no espaço privado de tal encontro (CECÍLIO, 2009).

Dessa forma, este capítulo visa oferecer subsídios à produção do conhecimento científico sobre a política e a gestão do cuidado em saúde na interfase entre a APS e a atenção psicossocial, uma vez que a prática do cuidar precisa constituir práticas de cuidado de si convergentes com a construção de redes de saúde, processos de trabalho em saúde com dispositivos compartilhados, estabelecimento de vínculos com responsabilização entre trabalhador de saúde, usuários e familiares onde todos estes atores possam tomar posse da vida, ou melhor, possam inventar possibilidades de vida que escapem ao padecimento, à sujeição, ao vitimar-se.

Ressalta-se que este capítulo é um destaque de um projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) intitulado “Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde e Enfermagem no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”, que contempla dentre os seus objetivos a avaliação da política e da gestão do cuidado em saúde aos usuários da rede de atenção psicossocial acompanhados na atenção primária.

Trata-se de um estudo avaliativo pautado em uma abordagem construtivista. Conforme enfatizam Guba e Lincoln (2011), busca-se um modelo de avaliação que vá além da obtenção e descrição dos fatos e envolva aspectos humanos, físicos, psicológicos, políticos, sociais, culturais e contextuais. Sob a ótica da ética e política na avaliação, os autores supracitados consideram que o paradigma construtivista oferece vantagens, devido à concessão de poder a todos os envolvidos (empoderamento), pela eliminação da garantia de busca de uma verdade suprema e permanente, em que a responsabilidade das informações é compartilhada com todos (elaboram-se construções).

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, especificamente nas seis regionais de saúde. Os participantes foram os trabalhadores de saúde e gestores do CAPS (Grupo I) e da ESF (Grupo II). Para a coleta de dados, foram utilizadas como técnicas a entrevista em profundidade, o grupo focal e a observação sistemática. A análise do material empírico seguiu alguns passos sugeridos por Minayo (2013) e adaptado por Assis e Jorge (2010, p. 1): ordenação dos dados, classificação e análise final. O intuito foi o de estabelecer relações dialéticas entre as diferentes fontes, em um processo de confronto do material empírico e o referencial teórico norteador, para chegar, finalmente, a considerações que dessem conta de explicar as questões relacionadas ao objeto de pesquisa.

INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES NA BUSCA PELO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Um dos desafios provocados pelas mudanças relacionadas às políticas e práticas em saúde é oferecer uma atenção integral à saúde das pessoas que exige a adoção de novas práticas para o cuidado em saúde guiadas pelos conceitos da integralidade, intersetorialidade e autonomia, pois, apesar de a ESF e os CAPS terem princípios e diretrizes convergentes para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção primária à saúde, na prática, eles não são alcançados (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010).

A APS tem sido considerada lugar privilegiado para a construção de uma nova lógica de cuidados em saúde mental, já que, por sua proximidade com a comunidade, seus profissionais se deparam frequentemente com problemas de saúde men-

tal e podem ser um recurso estratégico para o enfrentamento dessas questões. Desta forma, é importante que os CAPS e as equipes das UAPS trabalhem de maneira integrada para que ambas compartilhem a responsabilidade pelos casos e garantam melhor resolutividade no manejo das situações que envolvam sujeitos em sofrimento psíquico.

Contudo, as narrações apontam que, na perspectiva da sociedade e dos outros serviços de saúde da rede, eleva-se uma centralização da produção do cuidado apenas no Centro de Atenção Psicossocial, como se fosse o único ponto da rede responsável e comprometido com a assistência aos pacientes com transtornos mentais. As situações das práticas atuais divergem do que é preconizado na política, pois, de acordo com a Lei nº10.216/01, afirma-se o compromisso do Estado de desenvolver políticas de saúde mental, assistência e ações de saúde que promovam um cuidado integral que se direcione a um estatuto de cidadania e a crescentes graus de autonomia dos sujeitos com transtorno mental (BRASIL, 2001).

Em consonância com a política, preconiza-se a descentralização dos serviços e das ações em saúde, desfragmentando a ideia de manicômio, ocorrendo a integração de novos serviços e equipamentos dentre os quais a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, diferente do que as narrativas da pesquisa revelam, a assistência se constrói mediante um novo arranjo de saberes e práticas, emergindo, assim, o desafio de construir um cuidado articulado entre os diferentes níveis e setores de atenção apoiados na proximidade, no vínculo e na cobertura territorial dos problemas de saúde.

Nesse sentido, Fleury e Ouverney (2007) conceituam rede de atenção em saúde. Segundo afirmam, o funcionamento em rede de serviços possibilita a atuação do trabalhador nos espaços extramuros do seu local de atendimento, indo além do consultório, da sala de espera ou mesmo da atividade em grupo no espaço do posto de saúde ou do CAPS. Essa atuação externa ao ambiente de trabalho formal contribui para a articulação dos trabalhadores entre si, ou seja, favorece a comunicação pessoal e relacional dos indivíduos, fortalece vínculos entre os trabalhadores e a formação de redes informais de apoio. Na psicologia social, utiliza-se o termo “rede” para definir o universo relacional do indivíduo. Ela se caracteriza por seu tamanho, densidade, composição.

Reconhece-se, assim, que a configuração dos equipamentos intersetoriais como ferramentas de apoio é uma das transformações promovidas nos processos de produção do cuidado ocorridos nas últimas décadas. Essas mudanças ocorreram em diferentes níveis de organização, desde o modo como se percebe o indivíduo em sofrimento psíquico até a configuração do modelo assistencial e os saberes no campo da saúde mental. Lembra-se que, dentre as ações sociais que mobilizaram tais mudanças paradigmáticas, ganham destaque as mobilizações políticas das décadas de 1970 e 1980, pelo processo de redemocratização do Brasil, que provocaram rupturas nos modelos até então hegemônicos, contribuindo, inclusive, para a diminuição do preconceito e da discriminação promovidos pela sociedade a respeito da loucura (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

Contudo, apesar dos inquestionáveis avanços, ainda se percebem muitas fragilidades. Destaca-se que “essa rede é muito falha, porque é possível ver a população desassistida em mui-

tos aspectos. Falta creche, escola e lazer. E tudo isso contribui para a saúde mental [...]” (Grupo II). É importante notar que, do ponto de vista da integralidade, os diferentes espaços de vida cotidiana dos sujeitos trazem repercussões para a sua saúde biofisiológica e psicossocial sendo que “muito sofrimento poderia ser evitado, se houvesse a disponibilização de uma rede de equipamentos essenciais para a pessoa” (Grupo I). Compreende-se, portanto, que a atenção à saúde mental deve ultrapassar os muros dos serviços de saúde, pois envolve outras dimensões do cotidiano do sujeito como a escola, o trabalho e o lazer.

Segundo evidenciado, os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) dos cenários estudados enfatizam que “o trabalho em rede se efetiva mediante a articulação de liberação de guias de encaminhamento e de marcação de consultas” (Grupo II) entre os serviços que compõem o setor saúde. O fluxo de encaminhamento e marcação de consulta é balizado pela referência e contrarreferência. Dessa forma, os percursos são definidos e organizados de forma verticalizada, hierarquizada e burocratizada, fazendo emergir vários nós críticos que revelam a existência de deficiências no que diz respeito às condições operacionais necessárias ao bom funcionamento do sistema de referência e contrarreferência entre dispositivos da atenção primária e os demais níveis de complexidade, como pode ser observado nos discursos dos trabalhadores de saúde da ESF: “no dia a dia a coisa não funciona bem direitinho não, às vezes ninguém sabe a quem encaminhar” (Grupo II).

Consoante o exposto, a lógica hierarquizada e burocratizada dos procedimentos de referência e contrarreferência engessam e cristalizam o fluxo dos usuários na rede assistencial

e acarretam, sobremaneira, desassistência, descontinuidade e (des)responsabilização no processo de acompanhamento dos casos (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

Percebe-se um encaminhamento feito de maneira indiscriminada cujo objetivo é desresponsabilizar-se pelo usuário e suas necessidades de cuidado. A lógica do encaminhamento pela qual os usuários do sistema são direcionados a outros serviços para procurar atendimento e os trabalhadores fazem uso de instâncias burocráticas e hierarquizadas para se articularem uns com os outros leva a uma diluição e não a um compartilhamento dos casos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Diante disso, salienta-se a necessidade do encaminhamento implicado no qual se pede ajuda/apoio para situações que exigem alguma especificidade, buscando o compartilhamento do cuidado. Este tem sido o tipo de encaminhamento preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) como um princípio para os cuidados em saúde mental, que exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, que se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda e acompanhe o caso até seu novo destino.

Nesse contexto, frisa-se, mais uma vez, que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) emerge como uma facilitadora da organização da gestão do cuidado em saúde mental na qual o CAPS funciona como o equipamento ordenador dos cuidados (BRASIL, 2002) e não como o único responsável por esta atenção. Lembra-se que a RAPS se configura como uma estratégia da Reforma Psiquiátrica Brasileira visando o reposicionamento do Hospital Psiquiátrico e sua gradativa substituição pelos CAPS e outros equipamentos, buscando oferecer atendimento à população, por meio de acompanhamento clínico e ações que

possibilitem inserção social dos usuários – por meio do acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Portanto, no âmbito dos cuidados institucionais em saúde mental, percebe-se a inauguração de uma preocupação com o sujeito em sua singularidade: história, cultura e vida cotidiana (BRASIL, 2011).

As atividades do CAPS deveriam ser desenvolvidas também em outros espaços, e não só aqui. Seria importante que a gente pudesse encontrar esses espaços dentro do próprio lugar onde o sujeito mora [...] porque aí poderíamos aproximar o usuário de atividades culturais e esportivas, permeando ações em que ele se visse envolvido em atividades normais, do cotidiano. [...] mas a gente está pecando nisso aqui no CAPS. Hoje, a gente está tentando, pelo menos, manter os pacientes mais organizados, para que eles possam ter condições de buscar outras coisas fora desse ambiente. [...] Infelizmente, só o nosso incentivo para que eles busquem, por si, integrar esses serviços, tem se mostrado insuficiente (Grupo I).

É consensual que a atenção em saúde mental, dentro da perspectiva psicossocial, exige a articulação entre diferentes equipamentos sociais. Reconhece-se a grande variedade de necessidades, tais como socialização, acesso à cultura, ao esporte e ao lazer; trabalho/emprego, entre outros, que estão relacionadas à saúde e precisam ser trabalhadas a partir de redes de suporte social. Desse modo, o interesse pela integração entre os serviços

– e a construção de um cuidado compartilhado – deve ser pre-cípua na gestão do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013).

Chamam a atenção os constantes impasses relatados pelos profissionais sobre o que é “caso de CAPS” e o que é “caso de UAPS” fato este que pode levar os usuários a peregrinar à procura de atendimento e terminar, muitas vezes, sem assistência. O questionamento que se faz é, sobretudo, acerca do que cabe a cada equipamento, havendo pouca menção à corresponsabilização pelos casos e o trabalho em rede e quando é feita tal menção é para apontar a desestruturação desta rede, indicando um isolamento dos serviços em si mesmos e uma desarticulação de suas ações.

Entende-se que se as equipes da ESF se voltam para a atenção integral da população e os CAPS cuidam de pessoas em intenso sofrimento psíquico, há uma interseção entre ambas em situações que envolvam saúde mental, pois tratam das mesmas pessoas e fazem parte do mesmo SUS (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

No entanto, as falas indicam que há uma tendência das UAPS de passar a demanda para o outro, no caso da equipe da ESF, ou de “devolver” essa demanda, no caso do CAPS, muitas vezes por não saber lidar com a situação ou por achar que aquilo não lhes cabe, o que acaba por gerar desassistência do usuário.

O CAPS já é cheio, eles já estão mandando pra gente porque não cabe mais lá e fica nisso a gente manda pro CAPS e o CAPS manda de volta. Então assim quando a gente precisa elas vão ter que esperar sei lá quanto tempo. Observou-se um caso de um

usuário que matou o pai porque estava em surto, foi pro CAPS, o CAPS fez o remédio e mandou de volta e ele não tinha saído do surto e matou o pai e agora está preso. O que acontece é que muitas vezes os pacientes chegam aqui e é verificado na avaliação inicial que ele não é perfil do CAPS ou porque tem um transtorno leve ou nem mesmo é um transtorno e sim um sofrimento simples, uma ansiedade, uma timidez, o CAPS é responsável pelo território de toda a regional a demanda é gigante não dá pra ficar recebendo gente toda hora, principalmente esses casos, então nós mandamos de volta para o posto de saúde para que fique sendo atendido lá. (Grupo II).

No geral, o que se tem, então, é uma enxurrada de encaminhamentos das UAPS para os CAPS, pois, na maioria das vezes, os profissionais da atenção básica não se sentem seguros de acompanhar casos de saúde mental, ficando conhecido o seguinte jargão popular, comum aqui no Ceará ou mesmo Brasil: “*chorou, manda pro CAPS*”, como se observa na convergência evidenciada: “Quando chega um caso de alguém com problema psicológico ou psiquiátrico a gente encaminha para o CAPS” (Grupo II).

Assim, o que se apresenta nas narrativas é que a atenção primária não tem assumido o atendimento dos usuários de saúde mental, permitindo o “toma lá, dá cá”. Os profissionais da atenção básica, por não se sentirem aptos para a abordagem e a condução dos casos de saúde mental geram uma enorme di-

ficuldade na acessibilidade da população que necessita dos cuidados. Primeiro, porque não há intervenção inicial do caso, na tentativa de dar respostas à demanda daquele usuário pela equipe de saúde básica e, segundo, porque geram encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados (ALVES; GULJOR, 2004; CAMPOS, 2000).

Este “estranhamento” entre as equipes pode ser decorrente das tensões produzidas a partir da proposta da corresponsabilização. De um lado, as equipes da UAPS querem delegar aos especialistas; de outro, os profissionais de saúde mental pressionam para que a UAPS assuma os casos de saúde mental (ao menos os casos leves). Esta divisão acaba por prejudicar o próprio usuário, que não vê na rede de cuidados o lugar para seu sofrimento.

O entendimento de que o CAPS tem o papel de atender o usuário apenas em uma situação de crise e depois devolvê-lo para o território para reinseri-lo socialmente nos remete ao modelo manicomial que opera o atendimento dentro de um local específico para depois devolvê-lo à sociedade. Desta forma, a intervenção terapêutica no contexto social das pessoas tem mais efetividade e, sendo assim, a articulação entre serviços se mostra necessária.

É válido ressaltar que tanto a UAPS – como porta de entrada para o SUS –, como o CAPS – enquanto ordenador das ações de saúde mental – são dois fundamentais eixos norteadores de práticas responsáveis pela promoção da saúde de um determinado território, porém, não são os únicos pontos de apoio à saúde mental. Além disto, considera-se que cada setor da sociedade tem por obrigação garantir os direitos de pessoas com transtornos mentais e, desta forma, ganha relevo o cuidado pautado na intersetorialidade.

Os profissionais sinalizam que até incentivam os usuários a buscarem outros equipamentos de suporte social, mas acreditam que isso não tem trazido resultados satisfatórios. Desse modo, apesar dos entraves presentes no território e no planejamento das atividades dos serviços, faz-se necessário que se busque aproximar esse diálogo com os equipamentos e, a partir dessa integração, se promova estratégias de inserção dos usuários.

Destaca-se que um dos principais entraves apontados pelos profissionais para a concretização de ações intersetoriais é o excesso de demanda para os serviços de saúde. Compreende-se, no entanto, que a reformulação do gerenciamento das práticas – passando a dar maior ênfase às ações sociocomunitárias – pode amenizar esse problema, na medida em que há o compartilhamento do cuidado, pois se fortalece uma rede de suporte social. Além disso, percebe-se a potencialidade para o aumento da resolutividade, a promoção de uma atenção integral e, por consequência, o aperfeiçoamento da qualidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Apreende-se que o compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais da equipe e a gerência dos serviços é fundamental nessa articulação com os diferentes equipamentos. Nota-se que, “[...] às vezes, a coordenação do CAPS entra em contato com outros serviços e promove esse diálogo, como o que se tem com as clínicas-escola das Universidades [...]” (Grupo I).

Compreende-se que essa comunicação promovida pela gerência é importante por se tratar de uma instância organizativa à qual se confere maior poder de decisão no plano das atividades. Desse modo, “[...] não tem como um profissional pegar o telefone e dizer ‘Ei, reitor, como é que tá aí a conversa?’, sem saber do funcionamento e programação dos serviços. É importante que o diálogo se dê através da coordenação” (Grupo I).

Dessa forma, a intersetorialidade é reconhecida como peça importante para ultrapassar os limites do ser biológico, considerando também suas características sociais, culturais, políticas e econômicas, além de sua singularidade e coletividade. Assim, a intersetorialidade compreende a relação das várias partes do setor com uma ou outras partes de outros setores, estabelecendo parcerias entre setores da educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros (SILVA; RODRIGUES, 2010).

A produção do cuidado requer ações em saúde que estejam ampliadas para a integralidade dos usuários. Ações para além de atender bem e de aliviar o sofrimento e o sintoma, que estejam articuladas com os outros setores da sociedade para a melhoria de suas condições de vida e de saúde. Isso reflete que a produção do cuidado em saúde mental não pode ser centralizada na doença e no sintoma. Percebe-se que as necessidades dos usuários em saúde mental são irredutivelmente singulares e interdependentes no seu cotidiano social e econômico.

Tal discussão corrobora a perspectiva de privilegiar um processo de trabalho que conheça o sujeito que traz consigo, além de problemas de saúde, uma história de vida, que é também determinante do seu processo saúde-doença. Conhecer a história de vida de cada sujeito como norteador do processo de cuidado é, acima de tudo, reconhecê-lo em sua totalidade complexa e em sua realidade multideterminada pelos seus contornos sociais que atravessam e são atravessados por suas necessidades em saúde.

Esse movimento de mudanças, dentre outras ações, vem exigindo a efetivação de uma rede de serviços de saúde substitutiva aos hospitais psiquiátricos que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas em sofrimento psíquico. Logo, a implantação dos vários serviços substitutivos e a construção da rede de saúde mental evidenciam o esforço e o compromisso na implementação da Política de Saúde Mental.

É fundamental que haja uma intensa articulação intersectorial envolvendo esforços de outros setores das políticas municipais como assistência social, esporte e lazer e desenvolvimento econômico, pois a efetivação dos serviços substitutivos não garante, por si só, o funcionamento efetivo da rede de saúde mental e, para isto, é necessária uma efetiva articulação entre os serviços que compõem a rede de saúde. Evidentemente, existem os limites decorrentes, sobretudo, da própria determinação do cotidiano múltiplo, diverso e dinâmico presente no setor.

IMPLICAÇÕES FINAIS

A análise de fatores inter-relacionados com as diferentes dimensões da gestão do cuidado que norteiam o processo de atenção da clínica em saúde dentro da UAPS traz consigo o entendimento do comportamento dos sujeitos que contribui para a compreensão da situação e do contexto de saúde, sendo parte de um processo de capacitação do próprio profissional, contribuindo de forma significativa na formação e reorientação para práticas mais humanizadas e condizentes com a realidade vivida por pessoas com transtorno mental. Assim, mais do que pensar ações para determinar como as pessoas devem se cuidar ou prescrever e normatizar medidas verticalizadas, surge a ges-

tão do cuidado como uma tecnologia que contempla aspectos determinantes da condição de saúde.

Percebe-se que a gestão do cuidado na rede compartilhada de serviços de saúde permite que fomentadores de políticas, gestores, trabalhadores da saúde e usuários se articulem em diferentes espaços para viabilizar assistência pautada nos conceitos da integralidade, intersetorialidade e autonomia. No entanto, as UAPS demonstraram dificuldades na retaguarda assistencial à pessoa em sofrimento psíquico, limitando a continuidade do cuidado e a resolubilidade dos casos. Além disto, os fluxos incipientes entre os diferentes pontos da rede não viabilizam um cuidado integral. De outro lado, ainda há uma tendência de se fazer saúde mental pautada nas especialidades e nas práticas de cada profissional, isoladamente, através do CAPS.

Nesse sentido, as dificuldades elencadas sobre a relação entre a APS e a rede de saúde mental se colocam como entraves para o desenvolvimento das ações em saúde mental, o que compromete a atenção integral pretendida pelo SUS. A troca de saberes e práticas bem como as modificações nas estruturas de poder estabelecidas e o trabalho interdisciplinar se apresentam como desafios para a prática existente nos serviços de saúde.

Para tanto, as constatações expressadas pelos profissionais de saúde, a partir dos seus cotidianos de trabalho, permitiu compreender a dimensão e a pluralidade dos modos de cuidar em saúde mental. Embora os cenários estudados sejam distintos em sua política estrutural, as questões, inquietações, frustrações e expectativas são muito semelhantes.

As potencialidades e fragilidades no âmbito da saúde mental, evidenciadas empiricamente em tal estudo, sugerem que sejam consideradas como pauta de discussão no tocante à

articulação entre políticas públicas, saberes e práticas em saúde, com o intuito de enfatizar a necessidade da continuidade de reivindicação de assistência à saúde que foque a dialógica entre setores sociais e os serviços multiprofissionais em saúde, em suas interfaces com a integralidade do cuidado.

Nessa seara, pensar a saúde mental em uma rede compartilhada responsabilizando-se pelos sujeitos que demandam cuidado é um desafio para os profissionais de saúde. Assim, ao se enfatizar a gestão do cuidado, busca-se, com esta contribuição teórica e empírica, viabilizar reflexões e proporcionar o debate a partir das evidências apresentadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O. O cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A. *et al.* **A Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família**. Salvador: EdUFBA, 2010. p. 13-38.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos em análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisa, métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010. p. 139-159.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida e de Gestão**: regulamento. Série Pactos pela Saúde, v. 2. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2011. Re-publ. em 21 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001**. Define proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005.

CAMPOS, S.W.G. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sejeito, a produção de um valor de uso e a democracia em instituições: **O método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 1, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Revista Interface, Comunicação e Saúde**, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

COSTA, A. *et al.* Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** [online], n. 7, 2012.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas: Unicamp, 2011.

JORGE, M. S. B. *et al.* Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, dez. 2006.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615-634.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica de expansão da vida. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, supl. 1, p. 515-521, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2013.

NEVES, H. G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 666-670, ago. 2010.

QUINDERE, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, set. 2010.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set./out. 2010.

CAPÍTULO 3

ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E GESTAÇÃO DE RISCO: DESAFIOS ATUAIS

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isto mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar deste fato, há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrem algum agravo ou desenvolvem problemas, apresentando maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto como para a mãe.

Gestação de risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (CALDEYRO-BARCIA, 1973). As gestantes de risco representam 15% do total de mulheres grávidas (BRASIL, 2001a). O conceito de risco gravídico surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano (CESAR, 1998).

A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido (RESENDE, 1998). Os fatores de risco gestacional podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal, desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico. Podem ainda ser identificados por ocasião de visita domiciliar, razão pela qual é importante a coesão da equipe (BRASIL, 2000a).

Os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em três grupos: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; e condições clínicas pré-existentes.

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis são: idade maior que 35 anos; idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos; altura menor que 1,45m; peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (Índice de Massa Corporal 30); anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; situação conjugal insegura; conflitos familiares; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; hábitos de vida – fumo e álcool; exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse (BRASIL, 2010).

História reprodutiva anterior: abortamento habitual; morte perinatal explicada e inexplicada; história de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; parto pré-termo

anterior; esterilidade/infertilidade; intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; nuliparidade e grande multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva; diabetes gestacional; cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores) (BRASIL, 2010).

Condições clínicas preexistentes: hipertensão arterial; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias (BRASIL, 2010).

Outros: exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas. As doenças obstétricas na gravidez atual podem ser: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; diabetes gestacional; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; insuficiência istmo-cervical; aloimunização; óbito fetal (BRASIL, 2012).

Quanto às intercorrências clínicas, alguns autores referem as doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (Unidade Terapia Intensiva, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias) (BRASIL, 2010).

As necessidades das mulheres que não apresentam problemas durante a gravidez ou estão, segundo os critérios de avaliação, como risco habitual, são resolvidas, de maneira geral, na Atenção Primária em Saúde (APS). As gestantes que necessitam

de atenção especializada deverão ser encaminhadas aos serviços de referência, porém, deverão continuar o seu acompanhamento pelos profissionais da APS. Portanto, o nível da assistência a ser prestada à gestante dependerá dos riscos ou situações de vulnerabilidades encontradas no momento de seu atendimento ou por meio da visita domiciliar (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 1996).

O Ministério da Saúde, através da Portaria n° 1459/2011, vem implementando a Rede Cegonha, rede de cuidado que assegura direitos às mulheres e às crianças.

REDE CEGONHA E O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E À SAÚDE DA CRIANÇA

Esta é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Portaria n° 1459/2011).

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil no país e está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, a taxa de mortalidade infantil e a razão mortalidade materna e densidade populacional.

A Rede Cegonha tem como princípios: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o

enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. Como objetivos: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no acompanhamento neonatal.

GESTAÇÃO E HIPERTENSÃO ARTERIAL

A gravidez pode agravar a hipertensão existente antes da gravidez (hipertensão arterial crônica) bem como induzi-la em mulheres normotensas (hipertensão gestacional/pré-eclâmpsia). É preciso diferenciar a hipertensão que ocorre antes da gravidez daquela que é uma condição específica da mesma. Na primeira ocorrência, a elevação da pressão arterial é o aspecto fisiopatológico básico da doença, enquanto a segunda manifestação é resultante de má adaptação do organismo materno à gravidez, sendo o aumento da pressão arterial apenas um de seus achados (BRASIL, 2010).

A hipertensão arterial é caracterizada por uma pressão sistólica de valor ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica que atinge valor ≥ 90 mmHg, em duas medidas com intervalo de, pelo menos, quatro horas. O aumento da pressão arterial durante o período gestacional complica em 7 a 10% de todas

as gestações. Esta complicação é a mais comum da gravidez e a principal causa de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2010).

A *National High Blood Pressure Education Program* (NHB-PEP) apresentou uma classificação das formas de manifestação da hipertensão arterial na gestação. São elas: hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia (hipertensão arterial acompanhada de proteinúria, em gestante sem história de hipertensão arterial), hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia (gestante hipertensa crônica sem proteinúria antes da 20ª semana de gestação, que manifesta proteinúria na segunda metade da gestação) e hipertensão gestacional (aumento da pressão arterial sem proteinúria após a 20ª semana de gestação). A proteinúria é caracterizada pela presença de, pelo menos, 300 mg de proteína em urina colhida durante 24 horas ou pela presença de 30 mg/dL em amostra de urina, desde que não haja evidência de infecção do trato urinário (ZAMORSKI; GREEN, 2001).

A pré-eclâmpsia pode ocorrer de forma isolada ou associada à hipertensão arterial crônica e à hipertensão gestacional. A etiologia da hipertensão que se manifesta na gestação permanece desconhecida. A pré-eclâmpsia compromete todos os órgãos e sistemas maternos, com maior intensidade nos sistemas vascular, hepático, renal e cerebral (PRIDJIAN; PUSCHETT, 2002). Presente desde a implantação do ovo, a doença se caracteriza, clinicamente, por aumento dos valores da pressão arterial após a 20ª semana de gestação, associado (pré-eclâmpsia) ou não (hipertensão gestacional) à proteinúria (BRASIL, 2010).

A eclâmpsia é definida pela manifestação de uma ou mais crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestante com hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, na ausência de doenças neurológicas (SIBAI; DEKKER; KUPFER-MINC, 2005). Raramente se manifesta antes da 20ª semana de gestação e, quando acontece, deve ser afastado o diagnóstico de mola hidatiforme ou de síndrome dos anticorpos antifosfolípidos (NORWITZ; HSU; REPKE, 2002).

A prevenção da pré-eclâmpsia deve ser uma das principais metas da assistência pré-natal. Para impedir as manifestações clínicas, existem proposições de suplementação de substâncias que atuam na fisiopatologia da doença, como aspirina, cálcio, óleo de peixe e vitaminas C e E. O cálcio parece reduzir em quase 50% o risco de pré-eclâmpsia assim como reduzir o desfecho de morbidade grave e morte (HOFMEYER; ATALLAH; DULEY, 2009). Porém, esse benefício parece ser mais evidente em populações cujo teor de cálcio na dieta é baixo. A administração de antioxidantes (vitaminas C e E), isolados ou associados, não reduz a incidência de pré-eclâmpsia (RUMBOLD *et al.*, 2009).

Para Meher, Abalos e Carroli (2009), o tratamento da pré-eclâmpsia é controverso. Não há consenso quanto aos benefícios do repouso, domiciliar ou hospitalar, e do uso de anti-hipertensivos. O monitoramento do bem-estar materno é fundamental, pois contribui na identificação da evolução de caso grave, impondo-se avaliação contínua da pressão arterial e dos sintomas de disfunção dos órgãos (iminência de eclâmpsia) e semanal de parâmetros laboratoriais (ABALOS *et al.*, 2009). No ano de 1995, ficou demonstrado que a medicação mais efetiva para o tratamento da eclâmpsia é o sulfato de magnésio,

quando comparado à fenitoína e ao diazepam, drogas também consagradas no tratamento da eclâmpsia (DULEY, 1995).

A eclâmpsia pode se manifestar em gestações subsequentes. Esse risco parece diminuir com assistência pré-natal adequada e intervenção oportuna, se a gestante desenvolver pré-eclâmpsia. A administração de aspirina ou cálcio, desde o início do segundo trimestre, pode ser um mecanismo de redução da recorrência dessas complicações (FEBRASGO, 2011).

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A GRAVIDEZ DE RISCO

A APS no Brasil tem enfrentado momentos desafiadores quanto à referência e contrarreferência de agravos, dentre eles, a gestação de risco. No momento, os profissionais da APS vivenciam no seu cotidiano uma grande complexidade para referenciar gestantes de risco para os serviços especializados, o que configura violência institucional, pois a gestante de risco a ser referenciada se depara com grandes dificuldades, no que se refere à garantia do acesso, com situações complexas, dentre elas a peregrinação (TESSER; NORMAN, 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos grandes desafios a qualificação da APS quanto à coordenação do cuidado e a organização dos pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para Starfield (2002) e a Organização Panamericana da Saúde (2011), a APS se fundamenta nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, com maior eficiência do cuidado, utilização de práticas preventivas, a satisfação dos usuários e a diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde.

No Brasil, a atenção primária se materializa por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e é caracterizada como uma intervenção vertical que possibilita a integração e organização das atividades em um território definido implementando a vigilância à saúde. Seu principal objetivo é ser um substituto da rede de atenção básica tradicional, oferecendo acolhimento voltado às necessidades de saúde dos usuários, com garantia de assistência humanizada e solidária a todas as pessoas que procuram pelo serviço de saúde (BUENO; MEHRY, 2011).

A ESF foi implantada, em 1994, como importante modelo de atenção para a reordenação da assistência. As ações desenvolvidas pelas equipes priorizam a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua (BRASIL, 2000a).

No Brasil, até janeiro de 2015, havia 47.827 equipes credenciadas. Destas, 39.645 estão cadastradas e 39.308 implantadas, correspondendo a uma cobertura populacional de 121.313.472 pessoas (62,54%). Quanto à implantação da estratégia para agente comunitário de saúde a cobertura é de 66,35% (BRASIL, 2015a; b).

Nesse sentido, a ESF foi assumida pelo governo brasileiro como uma proposta de reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma APS abrangente, não simplificada, que forme a base e determine o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, de forma integral e resolutiva, apesar das crises políticas e econômicas que constituem verdadeiros obstáculos à resposta do Estado e das instituições aos problemas do acesso, da prestação e do financiamento. Somente por meio de orientação clara e governação firme, os sistemas de saúde gravitam naturalmente para a finalidade de saúde para todos por meio de cuidados de saúde primários, tal como preconizava a Declaração de Alma-Ata (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a opção pelo combate às iniquidades em saúde designou a APS à condição de reordenadora do sistema de atenção à saúde para se contrapor à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, que entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global (CONASS, 2011).

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2000, estabeleceu oito objetivos para o desenvolvimento do milênio (ODM) que deveriam ser atingidos pelos países membros até o ano de 2015. Os ODM abrangem ações no intuito do combate à miséria, melhoria do ensino básico, igualdade de gênero e autonomia das mulheres, redução da mortalidade materna e infantil, combate à AIDS e à malária, além de outras doenças, sustentabilidade ambiental e parceria mundial para o desenvolvimento (OMS, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no ano de 2010, cerca de 287 mil mulheres no mundo morreram durante a gestação e o parto. Esse número representa um declínio de 47% em relação aos níveis encontrados em 1990, mas está distante da 5ª meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, de redução de 75% das mortes maternas até 2015. A maioria dessas mortes está concentrada nos países em desenvolvimento e são decorrentes da falta de acesso a cuidados de rotina adequados e cuidados de emergência quando necessários (OMS, 2013).

No Brasil, no ano de 2011, a taxa de mortalidade infantil foi de 15,3 por mil nascidos vivos, alcançando a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso dos governos integrantes das Nações Unidas de melhorar a saúde infantil e reduzir em 2/3 a mortalidade infantil entre 1990 e 2015 (MARANHÃO *et al.*, 2012; MURRAY *et al.*, 2007).

O principal componente da mortalidade infantil, atualmente, é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento (FRANÇA; LANSKY, 2009).

Em relação à mortalidade materna, anualmente, ocorrem aproximadamente 5.000 mortes maternas em todo o país, com uma razão de mortalidade de 72,99/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2006).

No Ceará, de 1998 a 2014, foram notificados 38.120 óbitos de mulheres em idade fértil e destes foram confirmadas 2.039 mortes maternas (causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias) sendo 1.802 por causas

obstétricas diretas ou indiretas, com uma média da Razão da Mortalidade Materna (RMM), no período supracitado, de 78,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto segundo parâmetros da OMS (CEARÁ, 2015).

Ainda segundo a Secretaria da Saúde do Estado, os óbitos maternos obstétricos estão distribuídos em 48 municípios do estado, onde 45% (35/78) dos óbitos são da Macrorregião de Fortaleza, com destaque para os municípios de Fortaleza com 60% (21/35), Caucaia 11% (4/35) e Itapipoca 5,7% (2/35) dos óbitos maternos. A Macrorregião de Sobral concentrou 23% (18/78) dos óbitos, a do Cariri 18% (14/78) dos óbitos maternos do Estado, distribuídos em 14 diferentes municípios, e a macrorregião de Quixadá e Litoral Leste/Jaguaribe notificou 8% (6/78) e 6% (5/78) óbitos, respectivamente (SESA, 2015).

Segundo Souza *et al.* (2011), as mulheres que sobrevivem a complicações graves da gravidez, parto e pós-parto têm muitos aspectos em comum com aquelas que morrem destas mesmas complicações. Essa semelhança levou ao desenvolvimento do conceito de *near miss* materno 4,5 cuja definição foi estabelecida pela OMS como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação” (SAY;SOUZA; PATTINSON,2009, p. 289).

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto bem como pelos aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico puerperal. Cerca de 98% das mortes de mulheres por causas maternas são evitáveis, mediante a adoção de medidas relativamente simples, visando a melhora da qualidade da assis-

tência pré-natal e garantir o acesso aos serviços de saúde (BATISTA, 2008).

Para Gomes (2010), durante o processo gestacional, algumas mulheres têm maiores chances de apresentar agravos ou complicações de patologias preexistentes. Essas situações podem redundar em perdas fetais e/ou morte materna por causas diretas ou indiretas. O óbito materno é um grave problema de saúde pública devido às consequências sociais que a morte destas mulheres ocasiona. A morte materna é aquela causada por complicações durante a gestação ou até 42 dias após o fim da gravidez.

Os principais fatores de risco enumerados por especialistas para a gravidez na adolescência estão ligados principalmente à baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2012). A consequência física é que a jovem corre cinco vezes mais riscos de ter problemas na gravidez, porque o seu corpo está em formação. Já a emocional surge aos poucos à medida que elas percebem que deixaram de estudar, perderam amigas ou estão tendo que trabalhar para manter a criança visto que a responsabilidade recai mais sobre a mulher do que sobre o homem.

Em pesquisa realizada com grávidas de risco no município de Fortaleza (dados ainda não publicados), observou-se que, na maioria das vezes, são solicitados exames complementares que somente 50% dessas pacientes conseguem realizar. A grande maioria das entrevistadas são usuárias do SUS (92,85%) e apenas 7,15% relatam ter planos de saúde, mostrando uma forte dependência do SUS. As pacientes atendidas no serviço de pré-natal de risco (80%) são encaminhadas da atenção básica para este serviço, sendo o médico da família o principal profissional responsável pelo encaminhamento. A maioria das

gestantes, antes de serem atendidas no serviço de pré-natal de risco, paga por exames especializados, principalmente, por ultrassonografia.

Pessoto *et al.* (2007) pesquisaram, por meio da técnica estudo de casos, cinco municípios na região metropolitana de São Paulo e constataram que 44,2% da população usuária do SUS possuíam convênios ou planos de saúde e 55,8% da população dependiam exclusivamente do SUS.

Para Gomes (2010), a gestação de alto risco engloba várias patologias a serem analisadas e tratadas com atenção. Refere, ainda, que estas patologias apresentam sintomas que não são detectados pelos profissionais, levando, muitas vezes, mãe e filho à morte. Entretanto, em muitas situações, quando são detectadas no início do pré-natal ou durante o acompanhamento mensal/semanal pelos profissionais da ESF, são referenciados para o serviço especializado de pré-natal de risco e aí se depa-ram com deficiência no acolhimento e responsabilização para com essa gestante.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) e Tedesco (2000),aproximadamente 20% das gestantes apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para ela como para o feto, constituindo o chamado grupo gestante de alto risco.Nesse sentido, os profissionais da ESF tem uma grande importância para o desenvolvimento de ações de prevenção da gravidez de risco, seja na captação precoce da gestante seja na detecção de intercorrências na gestação, para encaminhamentos adequados de acordo com a necessidade da gestante.

Segundo Fescina,De Mucio e Díaz(2007), o início do acompanhamento no primeiro trimestre da gestação permite a

realização oportuna de ações preventivas, de diagnósticos mais precoces e de ações de promoção à saúde. Além disso, possibilita a identificação, no momento oportuno, de situações de alto risco que envolvem encaminhamentos para outros pontos da atenção, permitindo melhor planejamento do cuidado.

A OMS propõe a humanização da assistência com o objetivo de promover o parto, o nascimento saudável e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, com intervenções criteriosas, evitando-se excessos na utilização dos recursos tecnológicos disponíveis (BRASIL, 2014; MACIAK, 2009).

A gravidez é considerada de alto risco quando são identificados fatores associados com o pior prognóstico materno e perinatal, passando a exigir avaliações mais frequentes e com maior complexidade. Portanto, para promover a segurança da saúde da mãe e do feto, é necessário identificar as gestantes de risco e oferecer uma atenção diferenciada, possibilitando a prevenção das complicações que determinam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal (GAIO, 2004).

Bruggeman *et al.* (2011), corroborando com o autor acima, apontam como estratégia, o desenvolvimento de um atendimento de qualidade pela equipe de saúde, onde refere não apenas estar atento aos aspectos técnicos da assistência, mas principalmente, compreender os múltiplos significados da maternidade para a mulher e sua família, os aspectos sociais envolvidos, além de acolher para cuidar melhor e de maneira mais eficaz.

No ano 2000, o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com base nos seguintes princípios: “toda gestante tem direito ao

acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura” (BRASIL, 2000c).

Entretanto, ainda continua sendo um desafio à garantia da referência para as gestantes de risco em muitos municípios brasileiros, em especial no município de Fortaleza, onde uma das autoras desse capítulo atua como enfermeira da ESF. Verifica-se que os profissionais médicos e enfermeiros da ESF, ao classificarem a gestante como de risco de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde/ Secretaria da Saúde do Município, referenciam para o serviço especializado. A qual a unidade de saúde da família é vinculada, porém as gestantes encontram sérias dificuldades para agendamento por meio da central de regulação. O mesmo ocorre em situações que os profissionais necessitam de uma avaliação mais emergencial do especialista ou durante o parto.

Essas situações são frequentes em alguns serviços especializados do município de Fortaleza, gerando angústia para as gestantes, familiares e profissionais de saúde. Vale ressaltar que com a implantação da Rede Cegonha no ano de 2011, todas as unidades de saúde da Família estão vinculadas a um serviço especializado para pré-natal de risco e parto, embora com grande deficiência no momento de sua efetivação.

Os Sistemas de referência e contra referência é modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, com encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém, reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, interequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2011).

Estudo realizado por Cecílio e Merhy (2003), sobre a integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, afirma que não há integralidade sem uma rede organizada que atenda a real necessidade de cada sujeito. Para os autores, a atenção à saúde transversaliza todo o sistema, dando a característica de linha de cuidado, portanto, a integralidade do cuidado é tarefa de rede.

O Programa da Rede Cegonha tem com o objetivo implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis e estruturar e organizar a atenção à saúde da mulher e da criança no País de forma gradativa, em todo o território nacional, com implantação a partir do critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. Nesse sentido, a Rede Cegonha é desenvolvida a partir de quatro componentes: I – Pré-natal; II – Parto e nascimento; III – Puerpério e atenção

integral à saúde da criança; e IV – Sistema logístico (transporte sanitário e regulação) (BRASIL, 2011b).

Verifica-se a existência de uma atenção à saúde fragmentada, mecanizada, com protocolos que não valorizam o sujeito e que não dialoga com as diferentes redes de atenção, ocasionando violência institucional e violação dos direitos humanos. Percebe-se, portanto, a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva de maior integração das redes de atenção que atendem a mulher no ciclo gravídico puerperal, no intuito de garantir uma atenção integral e humanizada.

Para Bruggeman *et al.* (2011), como estratégia, cabe à equipe de saúde o desenvolvimento de um atendimento de qualidade que significa não apenas estar atento aos aspectos técnicos da assistência, mas, principalmente, compreender os múltiplos significados da maternidade para a mulher e sua família, os aspectos sociais envolvidos, além de acolher para cuidar melhor e de maneira mais eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos avanços foram apresentados na atenção à saúde da mulher, em especial no ciclo gravídico-puerperal, entretanto, ainda nos deparamos com graves deficiências nas Redes de Atenção em virtude de sua fragmentação e desarticulação, verificando-se falhas no acolhimento da gestante de risco no serviço especializado, uma vez que, mesmo havendo realizado todo o seu pré-natal na ESF, no que diz respeito à informação sobre a unidade de referência que está vinculada ao parto e/ou a outro atendimento, de acordo com a necessidade detectada por ocasião de seu acompanhamento mensal na APS, percebe-se a não

garantia do acolhimento, de integração das equipes de saúde, de atenção integral e humanizada, ocorrendo, portanto, violação dos direitos humanos.

Desta forma, torna-se necessário uma atenção especial às mulheres com gestação de risco, a avaliação das Redes de Atenção Primária e Especializada no atendimento a este grupo e o desenvolvimento de estratégias de integração entre essas redes de atenção e educação permanente para os profissionais.

REFERÊNCIAS

ABALOS, E. *et al.* Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, Issue 3, Art. No. CD002252, 2009.

BATISTA, V. Realização do pré-natal e boa assistência ao parto reduzem mortalidade de mães e bebês. **Bem-Estar Familiar Brasil: Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**, 1996. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.bemfam.org.br/info_publicacoes.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. Brasília: MS, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Gestação de alto risco**. 4. ed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil; 2000b. [Série A: Normas e Manuais Técnicos].

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: MS, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestante de alto risco**: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília: MS, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Emergências**. Brasília: MS [online] 2001b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/Emergencias.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de apoio a Descentralização. Coordenação-Geral de apoio a Gestaçao Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Gestaçao de Alto Risco**. 5. ed. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Humaniza Sus. **Referência e ContraReferência**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégia. **Rede Cegonha**. Ceará, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.459**, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 28 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpé-

rio:atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: MS, 2005. In: BATISTA, C. S. D.; SOUZA, D. F. **Avaliação em enfermagem**: uma análise os registros dos cuidados prestados à gestante de alto risco. UFF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. MS/SAS/DAB e IBGE. **Equipes de Saúdeda Família**. 2015a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 2 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família** [online]. 2015b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp>. Acesso em: 1 fev. 2016.

BRUGGEMANN, O. M. *et al.* **Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal**. Curitiba: Progressiva, 2011.

BUENO, W. S.; MEHRY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II – Descentralização da Gestão da Saúde, 1997. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos_14.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2011.

CALDEYRO-BARCIA, R. *et al.* Frecuencia cardíaca y equilibrio ácido base del feto. Montevideo: **Centro Latinoamericanode Perinatología y Desarrollo Humano**, 1973. (Publicación científica del CLAP, n. 519).

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003.

CESAR, C. L. G. O “enfoque de risco” em saúde pública. In: BARRETO, M. L. *et al.* **Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. p. 79-92.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE- CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

DULEY, L. Which anticonvulsant for women with eclampsia? evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. **Lancet**, v. 345, n. 8963, p. 1455-1463, 1995.

DUNCAN, B. D.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA -FEBRASGO. **Manual de orientação gestação de alto risco**. 2011

FESCINA, R. H.; DE MUCIO, B.; DÍAZ, R. J. L. **Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS**: guía para la práctica básica. Montevideo: CLAP/SMR, 2007.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. (Org.). **Demografia e saúde**: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 83-112. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).

GAIO, D. S. M. Assistência pré-natal e puerpério. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 357-367.

GOMES, M. L. *et al.* **Enfermagem Obstétrica**: diretrizes assistenciais. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

HOFMEYR, G. J.; ATALLAH, A. N.; DULEY, L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. **The Cochrane Library**, Issue 3, Art. n. CD001059, 2009.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiol Serv Saúde**, n. 17, p. 283-292, 2008.

MACIAK, I. *et al.* Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 127-135, jan./mar. 2009.

MARANHÃO, A. G. K. *et al.* Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (Org.). **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. 1, p. 163-182.

MEHER, S.; ABALOS, E.; CARROLI, G. Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, The Cochrane Library, Issue 4, art. n. CD003514, 2009.

MURRAY, C. J. *et al.* Can we achieve Millennium Development Goal 4? new analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. **Lancet**, n. 370, p. 1040-1054, 2007.

NORWITZ, E. R.; HSU, C.; REPKE, J. T. Acute complications of preeclampsia. **Clin Obstet Gynecol.**, v. 45, p. 308-329, 2002.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, n. 66 (esp), p. 158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. **Every women, every child**: strengthening equity and dignity through health; the second report on the independent expert review group on information and accountability for women's and children's health, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85757/1/9789241505949_eng.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE -OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS; contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PESSOTO, U. C. *et al.* Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, 2007.

PRIDJIAN, G.; PUSCHETT, J. B. Preeclampsia. Part 1: clinical and pathophysiologic considerations. **Obstet Gynecol Surv.**, v. 57, p. 598-618, 2002.

RESENDE, J. **Obstetrícia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koo- gan, 1998.

RUMBOLD, A. *et al.* Antioxidants for preventing pre-eclampsia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, The Cochrane Library, Issue 4, art. n. CD004227, 2009.

SAY, L.; SOUZA, J. P.; PATTINSON, R. C. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 23, n. 3, p. 287-296, jun. 2009.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ - SESA. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Dados atualizados em 26 maio 2015**. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br-nuepivep@saude.ce.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2016.

SIBAI, B. M.; DEKKER, G.; KUPFERMINC, M. Pre-eclampsia. **Lancet**, v. 365, p. 785-799, 2005.

SOUZA, J. P. *et al.* WHOMCS Research Group. The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. **BMC Health Serv Res**, v. 11, n. 286, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEDESCO, J. J. A. Gravidez de alto risco fatores psicossociais. In: _____. **Grávida: suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 29-41.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

ZAMORSKI, M. A.; GREEN, L. A. NHBPEP report on high blood pressure in pregnancy: a summary for family physicians. **Am FAM Physician.**, v. 64, n. 2, p. 263-270, jul. 2001.

CAPÍTULO 4

**AS CONDIÇÕES DE SERVIÇO PARA ATENÇÃO ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL
NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ**

**Juliana da Fonseca Bezerra
Raimunda Magalhães da Silva
Ludmila Fontenele Cavalcanti
Lívia de Andrade Marques
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Gracyelle Alves Remigio Moreira**

INTRODUÇÃO

Este estudo analisou as condições de serviços de saúde para atenção às mulheres em situação de violência sexual no município de Fortaleza, Ceará. A violência contra as mulheres é reconhecida mundialmente como uma questão social e de saúde pública, constituindo um dos problemas pioneiros na sociedade, que transcende as barreiras socioculturais, territoriais e geracionais (GAMA; CARVALHO; BEZERRA FILHO, 2013). No Brasil, uma média de 21,9 mulheres procuram diariamente os serviços de saúde por violência sexual e 14,2 casos são notificados como estupro (FACURI *et al.*, 2013).

As condições de serviço para a atenção às mulheres em situação de violência sexual transcendem a função do profissio-

nal de saúde, pois, para a realização de um atendimento digno, necessita-se de uma estrutura física adequada e de materiais e medicamentos disponíveis nas instituições. Sabe-se que, para isto, os profissionais precisam superar as limitações dos serviços, como: falta de ambiente adequado para o atendimento, falta de capacitação para atender as mulheres e falta de medicamentos e materiais educativos (FARIAS; CAVALCANTI, 2012; CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2010).

Reconhecendo que a violência sexual afeta substancialmente o processo saúde-doença das mulheres, os serviços de saúde devem dispor de equipamentos e materiais permanentes assim como de recursos humanos que subsidiem um atendimento resolutivo a esta demanda. De acordo com a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”, do Ministério da Saúde, os materiais e equipamentos necessários para o atendimento são os mesmos que compõem a estrutura de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetria (BRASIL, 2012).

Sabe-se que a utilização dos materiais educativos durante o atendimento facilita a compreensão das mulheres acerca das informações oferecidas, principalmente, quando o atendimento funciona como fonte de orientações para a superação de uma situação de vulnerabilidade. Os folders e panfletos ajudam no trabalho em longo prazo, pois permitem que a mulher, após o atendimento, construa um sentido para os diversos sentimentos confusos frente à agressão sofrida (OLIVEIRA, *et al.*, 2005; NESPOLI; RIBEIRO, 2011).

A anticoncepção de emergência (AE) deve ser um serviço ofertado pelas unidades de saúde e se configuram como um

direito previsto na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, – também conhecida como Lei Maria da Penha – para a mulher (BRASIL, 2006).

Os serviços de saúde precisam de profissionais capacitados para orientar as mulheres acerca dos seus direitos e serviços disponíveis, tratamento contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), sobre notificação e a utilização das profilaxias antirretrovirais. Ainda existem outros serviços ofertados às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde, como a participação em grupos e terapias com Práticas Alternativas e Complementares (PAC).

Sabendo da necessidade de estruturar os serviços de atenção às mulheres, o Município de Fortaleza alcançou 75% da meta prevista relacionada à Saúde da Mulher, Gênero, e situação de violência sexual (FORTALEZA, 2010). Diante da iniciativa do município, resolveu-se identificar a conformação do atendimento às mulheres em situação de violência sexual.

Esta pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico com o Núcleo de Políticas Públicas, Indicadores e Identidades (NUPPII) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Universidade de Fortaleza (UNIFOR), intitulada “Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras”. A pesquisa é essencial para refletirmos sobre as experiências de cada unidade estudada e contribuir para a gestão avaliar a eficácia das respostas dos serviços de saúde nessa área.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa realizado em nove serviços de saúde, oito de nível secundário e um terciário, da rede municipal de saúde de Fortaleza, Ceará. Entre esses serviços, cinco hospitais prestavam atendimento em ginecologia, obstetrícia e pediatria, três eram referência para os casos menos graves na área de traumatologia e um em procedimentos de alta complexidade. A escolha da instância municipal se justifica tanto pelo maior número de serviços voltados para a atenção a essa demanda quanto pelo protagonismo na articulação da rede de serviços locais.

Participaram do estudo 68 profissionais de saúde de nível superior integrantes da equipe multiprofissional, envolvidos na atenção às mulheres em situação de violência sexual nas referidas instituições. Optou-se por aqueles com maior tempo de trabalho e de diferentes categorias profissionais. Houve a participação média aproximada de 7 trabalhadores da saúde por instituição, distribuídos nas seguintes categorias: enfermeiros (19), assistentes sociais (19), médicos (17), psicólogos (12) e pedagoga (01).

Para a produção dos dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, com questões relativas à estrutura e aos serviços prestados às mulheres em situação de violência sexual. A identificação dos profissionais para as entrevistas se deu por indicação de gestores de cada serviço, sendo produzida uma agenda de entrevistas com dia e horário favorável para cada participante. Realizou-se a coleta de dados no período de agosto a dezembro de 2013 e as entrevistas foram gravadas com consentimento dos informantes. Ao todo, foram 28½ horas de gravação, com

tempo médio aproximado de 25 minutos por entrevista. Para a representação das falas dos entrevistados, utilizou-se a letra inicial da categoria profissional seguida do número da entrevista.

Após a transcrição das gravações, realizou-se uma leitura flutuante de cada entrevista e procedeu-se à organização do material empírico. Em seguida, foi empreendida a análise de conteúdo na modalidade temática, guiando-se pela trajetória de análise proposta por Minayo, Deslandes e Gomes (2013). Realizou-se uma leitura detalhada do material e identificou-se núcleos de sentido que, posteriormente, foram reagrupados buscando temáticas mais abrangentes e melhor delimitadas sobre: local de atendimento; materiais educativos utilizados no atendimento; anticoncepção de emergência; orientações e utilização das profilaxias; e outros serviços ofertados às mulheres em situação de violência sexual na unidade de saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, com parecer 45A/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 68 participantes, 32 estavam na faixa etária de 45 a 54 anos. Sobre a situação conjugal, 37 dos entrevistados se consideravam unidos. A religião católica foi a mais citada, em seguida, a espírita e a evangélica. Em relação à inserção institucional dos profissionais nos serviços, a parcela mais representativa tinha de 11 a 20 anos de tempo de trabalho, inferindo-se daí o domínio da prática profissional e a habilidade em exercer as funções no serviço.

O LOCAL DO ATENDIMENTO

Conforme previsto pela já citada Norma Técnica, os locais de atendimento para as mulheres em situação de violência sexual devem ser ambientes humanizados que promovam o bem-estar físico e psicológico da mulher e garantam a privacidade e o conforto para realizar as entrevistas e os exames. Esse ambiente não pode constranger ou coibir a mulher com exposição nominal do seu agravo, devendo ser em local distinto do pronto-socorro, para oferecer maior privacidade à mulher em ambiente semelhante ao ambulatório de ginecologia e obstetrícia, adicionando os dispositivos para o aborto, colposcópico, aparelho de ultrassonografia e equipamento fotográfico para registro de eventuais lesões físicas. (BRASIL, 2012).

Diante destas orientações do MS, o cuidado para não expor a mulher durante o atendimento deve ser uma das preocupações primordiais do profissional de saúde e do serviço. A exposição do agravo a situações em que a atenção à saúde seja permissiva para outros pacientes e funcionários conhecerem a história da mulher é considerada como uma segunda violência. Essa imposição de poder hierárquico² dos profissionais sobre as mulheres precisa ser analisada com cautela, pois a instituição de saúde não deve fornecer subsídios para violentar ainda mais esta mulher.

No contexto analisado os profissionais de saúde divergiram nas respostas referentes ao local de atendimento às mulheres em situação de violência sexual. Um profissional referiu desconhecer o local de atendimento, tendo como fala representativa:

2 As relações de poder entre os profissionais e mulheres que sofreram violência sexual se configuram durante o atendimento, pela racionalidade médica empregada e pelas relações de comunicação, que, por meio das linguagens e signos, exercem poder sobre o outro. (FOUCAULT, 1995).

[...] Eu não sei te dizer se isso já está acontecendo, se isso já está funcionando, porque um dos objetivos desse hospital desde o funcionamento, desde o início era para ser um local de referência nessa área, mas mudou a gestão e as coisas mudaram também e eu não sei em que pé estão as coisas. (Pa53).

Inexistência de um local específico para o atendimento foi encontrado em 21 respostas: “nós não temos um local específico para isso, nós atendemos aonde nós vimos que nós vamos dar todo o aparato, suporte à paciente”. (Asa2).

Identificou-se o fato de que alguns profissionais realizam o atendimento em local específico, conforme foram apontados: na emergência (8), no consultório médico (14), na sala do serviço social (10), na sala da psicóloga, com duas respostas, e na pequena cirurgia, com três:

Aqui no serviço social a gente tem esse problema, porque a nossa sala ela, ela recebe uma demanda muito grande, então quando a gente, a gente tenta preservar quando essa mulher chega, a gente tenta fechar a porta (Asa3);

Normalmente é na pequena cirurgia. (Ea63).

A falta de um atendimento prioritário e de ambiente privativo para o atendimento impossibilita a atenção, conforme preconizada. Esta limitação também pode ser identificada nos estudos de Faundes *et al.* (2006) e de Kiss e Schreiber (2011), apesar de a maioria dos entrevistados reconhecer a

existência de problemas na estrutura dos serviços e nos recursos disponibilizados. Os principais obstáculos por eles identificados são: demanda excessiva; falta de medicamentos; precariedade das instalações físicas; demora e falta de qualidade dos serviços laboratoriais.

A falta de um ambiente específico para os profissionais realizarem o atendimento, nas unidades de saúde analisadas, contribui para um atendimento desestruturado para estas mulheres. O ambiente deve oferecer à mulher e ao profissional a tranquilidade e a segurança para que ocorra uma escuta qualificada, possibilitando que sejam realizadas orientações quanto à rede de atendimento inter e intrasetorial, e aos exames e medicamentos necessários, mas o profissional de saúde não pode se esconder da sua responsabilidade social culpabilizando as limitações do serviço de saúde.

MATERIAIS EDUCATIVOS UTILIZADOS NO ATENDIMENTO

Sabe-se que durante o atendimento, que utiliza modelos explicativos, ocorre o favorecimento de interpretações distintas quando são compostos apenas por imagens ou frases. Os materiais educativos são estratégias para oferecer à população explicações e instrumentos para a compreensão dos seus direitos e das orientações recebidas pelos profissionais de saúde e esclarecem possíveis dúvidas sobre agravo à saúde. Então, devem conter informações relevantes para os usuários (OLIVEIRA, *et al.*, 2005; NESPOLI, RIBEIRO, 2011).

Comprovou-se que os profissionais desconhecem a existência de materiais educativos voltados para a violência sexual disponíveis na unidade de saúde ou utilizam estratégias educativas.

Nós não disponibilizamos, aqui, nenhum tipo de material educativo com relação a essa temática (Pa7);

Não tem nenhum material educativo não, que eu conheço não! (Ea8).

As estratégias educativas empregadas versaram sobre as cartilhas educativas: “É cartilha sobre os direitos, a gente tem até a cartilha falando sobre a Lei Maria da Penha, isso a gente tem” (Asa30); folders, DVD e palestras para a população: “Temos folders, DVDs e palestra” (Ea47); álbum seriado para a questão da HIV/AIDS que aborda a questão da violência sexual: “A gente trabalha com é... DST/HIV/AIDS, então a gente sempre aborda a questão da violência sexual, então a gente tem álbum seriado, a gente tem as próteses” (Asa56).

Em um dos serviços, os profissionais se mostraram sensibilizados com a temática de violência sexual e reproduziram os folhetos para distribuir entre as mulheres: “[...] a gente faz muito xerox, às vezes vem folders bonitinho, um material atrativo e a gente trabalha com eles um tempo, mas aí eles acabam e a gente parte pra uma xerox” (Asa9).

A dificuldade em utilizar os materiais educativos relativos à temática de violência sexual no atendimento às mulheres é representada no estudo de Cavalcanti, Flach e Farias (2010). A divergência entre gestores e profissionais quanto ao uso dos materiais educativos foi um achado marcante nesse estudo, pois os gestores afirmaram usar *folders*, cartazes, álbuns seriados, cartilhas e panfletos e os profissionais referiram não ter acesso a este material durante os atendimentos.

Os achados desse estudo corroboram os desta pesquisa, pois a maioria dos profissionais de saúde não conhece os materiais educativos sobre a temática violência sexual e não faz uso de mecanismos e instrumentos facilitadores para as mulheres utilizarem os serviços, direitos e medicamentos disponíveis nesta situação.

Os materiais educativos devem ser disponibilizados continuamente nos serviços de saúde, independentemente da necessidade emergencial, pois a informação sobre telefones, serviços e endereços referentes à rede intra e interssetorial deve ser de conhecimento público de acesso fácil pelas usuárias. A estratégia da utilização dos materiais educativos se dá pelo alcance de terceiros às informações sobre o fato de os serviços disponíveis funcionarem como mecanismos de educação continuada para as mulheres e profissionais de saúde e transcenderem o atendimento e a unidade de saúde.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A AE é uma conduta necessária dos profissionais de saúde durante o tratamento de violência, para evitar a gravidez, e deve ser utilizada em até 72h após a violência sexual. Este método é conhecido por “pílula do dia seguinte” e utiliza a progesterona sintética em níveis concentrados, que atua por curto período nos dias seguintes à relação sexual, e os antirretrovirais, para a profilaxia da infecção pelo HIV (BRASIL, 2011; 2012).

Observou-se que, em Fortaleza, nem todos os serviços disponibilizam medicação AE e alguns serviços não realizam ou encaminham para outra instituição de referência. A realização dos encaminhamentos comprova que os serviços não estão

estruturados para atender às mulheres em situação de violência sexual, mesmo sendo um serviço especializado em saúde da mulher: “Depende muito de ter a notificação, mas, assim, geralmente, a gente manda pro São José, no caso de tomar a pílula do dia seguinte, a pílula” (Po14).

O despreparo da equipe de saúde para utilizar a AE também pode ser identificado nas falas dos profissionais

[...] Realmente, talvez até por falta de informação ou de, de conhecimento de como proceder, nós tivemos, nós encontramos algumas dificuldades quanto a isso, é tanto que em alguns momentos, o próprio serviço social, expôs isso aí, que precisávamos que a equipe, esses profissionais deveriam também estar (Asa10).

Em algumas instituições, a AE é realizada na emergência, ambulatório, sala de parto, sala de exame e no consultório médico: “A contracepção de emergência é feita dentro da, da sala de, de exame, é, na hora que ela está sendo atendida pelo médico, aí o médico, é, pegando os dados dela, de como foi a violência e ele já prescreve”. (Ea54).

A dificuldade dos serviços em ofertar a AE encontrada no Município de Fortaleza se repete em grande parte dos hospitais públicos responsáveis por ofertar a medicação (ANDALAF NETO *et al.*, 2012; ALLSWORT *et al.*, 2013). Identificou-se, com os estudos, o fato de os profissionais não estimularem o uso da AE para que as mulheres não substituam os outros métodos contraceptivos. Ante a baixa adesão aos serviços, quando ocorre o caso de violência sexual, as mulheres recebem a AE quando existe o medicamento na farmácia.

Sabe-se que o uso da AE deve ser realizado com cautela, pois ele não é indicado para mulheres que não estão na idade fértil, para as que já fazem uso de algum método contraceptivo e para os casos crônicos de violência (CONTRERAS *et al.*, 2010; BRASIL, 2012; CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2010). Estudos de Cavalcanti, Flach e Farias (2010) e Andalaft Neto *et al.* (2012) mostraram que, quando os serviços de saúde são estruturados para receber as mulheres que sofreram violência sexual, a AE está disponível.

No cenário internacional, o uso da AE é maior, quando relacionado à violência sexual, e é recomendando pelos profissionais dos serviços de emergência médica, sendo esta a alternativa utilizada por algumas mulheres nos casos de violência crônica (KOUSTUV DALAL; ANDREWS; DAWAD, 2012; YAM *et al.*, 2007; DESLANDES, 1999).

Desprende-se que os profissionais compreendem e reconhecem a necessidade de iniciar a AE para evitar uma gestação indesejada, mas que os serviços não disponibilizam meios para efetivar este tipo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual. O problema social em não utilizar adequadamente a AE pode representar mudanças sociais na vida da mulher, pois as consequências podem causar sofrimento com uma gestação indesejada e a realização do aborto, que traumatiza a mulher e altera a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALLSWORT, J. E. *et al.* The impact of emotional, physical, and sexual abuse on contraceptive method selection and discontinuation. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 10, 2013.

ANDALAFI NETO, J. *et al.* Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. **Femina**, v. 40, n. 6, p. 302-306, 2012.

BRASIL. **Lei Maria da Penha**: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília: MS, 2012.

CAVALCANTI, L. F.; FLACH, R. M. D.; FARIAS, R. S. Avaliação dos núcleos de atenção às mulheres em situação de violência sexual nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Revista Praia Vermelha**, v. 20, n. 1, p. 143-156, 2010.

CONTRERAS, J. M. *et al.* **Violência sexual na América Latina e no Caribe**: uma análise de dados secundários. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual, 2010.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, p. 81-94, 1999.

FACURI, C. O. *et al.* Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 17, n.7, p. 1755-1763, 2012.

FAUNDES, A. *et al.* Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], v. 28, n. 2, p. 126-135, 2006.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2010** – Saúde, qualidade de vida e ética do cuidado. Fortaleza, 2010.

FOUCAULT, M. Apêndice: o sujeito e o poder. In: DREYFUS, L.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica** (para além do Estruturalismo e da Hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense, Universitária, 1995. p. 229-250.

GAMA, I. S.; CARVALHO, F. H. C.; BEZERRA FILHO, J. G. Violência contra a mulher: magnitude e fatores associados. In: BEZERRA FILHO, J. G.; MACEDO, M. C. M.; GAMA, I. S. (Org.). **Violências e acidentes: uma abordagem interdisciplinar**. Fortaleza: Editora UFC, 2013.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p.1943-1952, 2011.

KOUSTUV DALAL, K.; ANDREWS, J.; DAWAD, S. Contraception use and associations with intimate partner violence among women in Bangladesh. **Journal of Biosocial Science**, v. 44, n. 1, p. 83-94, 2012.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

NESPOLI, G.; RIBEIRO, V. M. B. Discursos que formam saberes: uma análise das concepções teóricas e metodológicas que orientam o material educativo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Interface** (Botucatu)[online], v. 15, n. 39, p. 985-996, set. 2011.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 376-382, 2005.

YAM, E. A. *et al.* Providers' knowledge of emergency contraceptives in Jamaica and Barbados. **International Family Planning Perspectives**, v. 33, n. 4, p. 160-167, 2007.

CAPÍTULO 5

AGENDA DE COMPROMISSOS PARA A SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Mirna Albuquerque Frota

Julyana Almeida Maia

Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales

Kamila Ferreira Lima

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Karla Maria Carneiro Rolim

INTRODUÇÃO

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil consiste em uma recomendação do Ministério da Saúde (MS) para as ações voltadas à criança. Os compromissos relatados na Agenda são respostas à Constituição Federal de 1988 reafirmados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e leis que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia de ações para promoção, prevenção e assistência à saúde da criança (BRASIL, 2004).

O ECA declara que o poder público compartilha com a família, com a comunidade e com a sociedade em geral a responsabilidade de efetivar os direitos de crianças e adolescen-

tes referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990a). As disposições gerais do SUS corroboram com o Estatuto no que tange à necessidade de atenção aos fatores determinantes e condicionantes da saúde bem como à não exclusão da participação da sociedade e da família em virtude do dever do Estado (BRASIL, 1990b).

A Agenda de Compromissos propõe assistência em quatro linhas de cuidado denominadas nascimento saudável, crescimento e desenvolvimento, distúrbios nutricionais e doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2004; SILVA *et al.*, 2009) e enfatiza a Atenção Primária como lugar legítimo para a realização da integralidade e do controle social com práticas que se voltam para a promoção e a prevenção da saúde.

Na Atenção Primária, ressalta-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) que surgiu com a denominação de Programa Saúde da Família, no ano de 1994, com a missão de: desenvolver assistência na promoção da saúde e prevenção de doenças de uma população definida; ter a responsabilidade sanitária sobre o espaço de atuação; fomentar participação popular, ter um controle social e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania; e humanizar as práticas por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população (BRASIL, 1997).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações

de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2014).

No contexto político nacional, o século XX marcou avanços significativos no entendimento do infante como cidadão possuidor de direitos e deveres (BRASIL, 2002). Tais mudanças, desde a época referida, provocam esforços do governo e de movimentos sociais na formulação de projetos, programas e políticas que não só firmam compromisso em seus documentos como transpõem o caráter literal e refletem em ações integradas que favorecem, de direito e de fato, o cuidado à criança e ao adolescente. Diante do exposto, o estudo objetivou conhecer ações propostas pela Agenda e desenvolvidas na Atenção Primária.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa de abordagem descritiva exploratória, realizada no Município de Fortaleza-CE, em Centro de Saúde da Família que corresponde a 42% do território de Fortaleza. A população do estudo foi composta por 29 profissionais da atenção primária em saúde envolvidos no atendimento infantil por mais de um ano, por considerar este tempo hábil para treinamentos e capacitações.

Apresentou-se, individualmente, a Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil no que consiste a: objetivos, princípios, linhas de cuidado e ações propostas em cada linha. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados, aplicou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) por representar e produzir o pensamento de uma coletividade.

de, o que se faz mediante operações sobre os depoimentos que culminam em discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, para atender ao objetivo de individualizar o sujeito coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). A escolha ocorreu devido ao potencial de representação social que o DSC oportuniza.

Foram obedecidos princípios éticos previstos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) que determinam as normas para estudos em seres humanos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), com Parecer Nº 405/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A compreensão da percepção dos profissionais da Atenção Primária a respeito das ações propostas nas quatro linhas de cuidado da Agenda foi centralizada nas entrevistas. Não houve intenção de avaliar o nível de conhecimento dos entrevistados ou a qualidade da assistência prestada. Os participantes foram divididos em dois grupos, um primeiro (A) formado por agentes de saúde e um segundo (B) formado por médicos, enfermeiras, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem. A divisão dos participantes ocorreu em vista da característica particular do agente de saúde de estar em constante imersão na comunidade.

A pergunta gerou discursos que, após analisados, permitiram identificar três ideias centrais (IC) a partir das quais foram elaborados os discursos-síntese.

<i>Como a Agenda é utilizada na rotina da Atenção Primária?</i>	
IC-1	Ações em consonância com a Agenda
IC-2	Interdisciplinaridade e intersetorialidade como estratégia para a integralidade do cuidado à criança
IC-3	Relevância da Agenda e dificuldades para realizar ações pertinentes à saúde da criança

I.1 AÇÕES EM CONSONÂNCIA COM A AGENDA

A Agenda propõe cuidado integral e multiprofissional contemplando o nascimento saudável, crescimento e desenvolvimento, distúrbios nutricionais e doenças prevalentes na infância. Para cada linha, são propostas ações de prevenção, cura e reabilitação já objetivadas pela Atenção Primária (SILVA *et al.*, 2009).

As ações dispostas no documento foram realizadas no cotidiano da Atenção Básica, apesar de os profissionais não as conhecerem. O incentivo ao aleitamento materno, por exemplo, mostrou-se como prioridade nas práticas de educação em saúde. Apesar do estímulo, a decisão materna de amamentar resulta não apenas da orientação do profissional de saúde ou do incentivo da sociedade e da família, mas também, da motivação interna da mulher que representa o seu desejo em amamentar.

Não conhecia a Agenda, mas muitas dessas ações [...], foram ensinadas no curso de formação dos agentes [...] e são uma realidade no meu dia-a-dia. As ações que realizo com maior frequência são: acompanhamento da gestante [...], oriento vacinação e

aleitamento exclusivo [...]. Na visita da primeira semana procuro orientar coisas para a mãe e para o bebê [...] como, acompanhar o cartão de vacinação, não só para as vacinas, mas também para o peso, o crescimento e o desenvolvimento do bebê. [...] Ah! E continuo na tecla do aleitamento exclusivo. [...] Quando o recém-nascido é pequenininho ou nasceu antes do tempo eu fico mais de olho, se a mãe falta a alguma consulta ou vacina, falo logo para minha enfermeira [...] (Grupo A – DSC).

A Agenda de compromissos propriamente dita, eu não conhecia [...], mas as ações que ela apresenta, eu realizo [...] no meu dia-a-dia da atenção básica. [...] Não dá para realizar bonitinho como está aí [...], tudo integrado [...], como se não houvesse empecilhos ou tivesse solução para tudo [...]. As ações mais comuns para mim na atenção básica [...] são o acompanhamento da gestante [...], e do recém-nascido [...] na puericultura, em que realizo o incentivo à amamentação exclusiva, pesagem [...], medição [...], vacinação [...], avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, registro e avaliação da caderneta da criança [...], com orientações à mãe [...]. Procuro realizar ações para prevenção de óbito por causas evitáveis [...], incluindo a prevenção de acidentes domésticos [...] (Grupo B – DSC).

Neste sentido, se a mulher escolhe amamentar seu filho ela assim o faz mais pelo significado social e aconselhamento profissional do que pela compreensão dos reais benefícios do aleitamento materno para a sua saúde, a da criança, e, menos ainda, da oportunidade de construção e fortalecimento de vínculo psicoafetivo. Orientações verticalizadas e uniformizadas levam a crer que há prevalência do modelo higienista na promoção do aleitamento. A intervenção na atenção primária é de alta complexidade por envolver conhecimentos, habilidades e técnicas e, sobretudo, por reconhecer o potencial da educação em saúde (SANTANA *et al.*, 2010).

Uma abordagem dialógica na prática de educação em saúde deve ser: multidimensional, bidirecional e se basear em relações simétricas de reciprocidade ao invés de implicar em um enfoque hierárquico ou impositivo (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 2010). Isto só acontece quando o profissional de saúde despe sua armadura de “senhor do saber” e se permite conhecer o outro em sua cultura, em seus comportamentos e em seus determinantes de saúde–doença–cuidado.

A fala dos sujeitos faz menção à atenção que se dá aos grupos de risco como prematuros, de baixo peso e egressos de internações. Destaca, também, a abordagem domiciliar referida como visita da primeira semana, ação preconizada, pela Agência, para menores de 24 meses, que pode ocorrer logo após a alta hospitalar. A visita é propícia para desenvolver a prática da puericultura ampliada com oportunidade para o profissional de saúde avaliar se o ambiente no qual a criança está inserida é adequado para o seu desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Associada a esta avaliação, é descrita a necessidade de se investigar a condição nutricional, uma vez que ela pode

ser sinalizadora de situações de alerta, como ausência de acesso a alimentação saudável, infecção, alterações metabólicas e outras.

As Doenças Prevalentes na Infância (DPI) constituem outra linha de cuidado abordada pela Agenda, que se reconhece, no discurso do Grupo B, como medidas de prevenção a óbitos por causas evitáveis. Esta demanda é, na atenção primária, a causa máxima de procura por serviços de saúde no contexto da pediatria. O diagnóstico de tais doenças se mostra como desafio já que depende da inter-relação de alguns fatores como capacitação em Assistência Integral para Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) recomendada pelo Ministério da Saúde, experiência profissional e acompanhamento longitudinal da criança frente à possibilidade de mudança rápida do quadro clínico (SILVA *et al.*, 2009).

1.2 INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO À CRIANÇA

A interdisciplinaridade se apresenta como estratégia para a integralidade da assistência sob uma clínica ampliada, em oposição à assistência especializada, fragmentada e curativa. O sistema de saúde que se organiza através de um conjunto de pontos de atenção isolados é, por consequência, incapaz de dar continuidade aos cuidados que dedica à população. Em um modelo como este, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e estes dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde, com os sistemas de apoio nem com os sistemas logísticos (MENDES, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) entende por integralidade a disponibilidade de serviços que respondam às demandas dos usuários nos seus diferentes aspectos, envolvendo desde a promoção da saúde até estratégias de incentivo ao autocuidado ou cuidado paliativo, de modo organizado, em rede multidisciplinar e multissetorial (ANDRADE *et al.*, 2013). A Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde define Redes de Atenção à Saúde (RAS) como a articulação entre os setores primário, secundário e terciário, com finalidade de desconstruir um modelo de cuidado fragmentado pelas especificidades de cada nível em questão. Trata, pois, do compartilhamento de objetivos e responsabilidades quanto à resolubilidade das necessidades dos usuários do SUS. Sobre as RAS, Mendes (2011) conclui que se trata de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida.

Elementos de possível limitância, mencionados por Uchôa *et al.* (2012), para que a execução do trabalho ocorra de modo interdisciplinar remetem à demanda exacerbada de pacientes e à carência de apoio de órgãos gestores. A articulação de ações, a troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais são pontos igualmente em desarmonia para o êxito da intervenção compartilhada que vise a atenção integral da saúde.

Sobre a construção da interdisciplinaridade, Scherer, Pires e Jean (2013) analisam as dificuldades dos trabalhadores das equipes da ESF em vivenciar o compartilhamento de saberes. Os autores afirmam que a interdisciplinaridade requer: uso integrado de conhecimentos na prática multiprofissional, invasão das fronteiras disciplinares, desenvolvimento de competências para lidar com os desafios do meio e atitude individual como

componente fundamental para o agir profissional.

Nos discursos dos grupos, observa-se, ainda, a dificuldade do profissional em dar continuidade à assistência prestada pela falta dos relatórios de referência e contrarreferência. É comum ter a comunicação restrita à prescrição médica. Em contrapartida, no que diz respeito ao recém-nascido, após alta da maternidade, o registro da Caderneta da Criança (CC) ocorre a contento.

Como agente de saúde, preciso constantemente do apoio principalmente da minha enfermeira responsável. Quando ela sozinha não pode resolver, passa para o médico [...], mas é muita gente para eles atenderem no posto e muita visita na comunidade [...]. Agora tem também o pessoal do NASF que ajuda muito [...]. Quando chego numa casa, faço as ações de cuidado não só com a criança [...], mas com toda a família, principalmente a mãe [...]. Não tenho como cuidar da criança isoladamente, sem ter uma casa limpa [...] e digna para esta criança crescer [...]. Para isto, também não é só a boa vontade da família, é necessária a ajuda do governo [...]. Vivenciei situações em que o cano do esgoto estourou [...]. Nessa mesma situação, eu pude ver as crianças brincando perto da imundice e da podridão [...]. No meio desses, que mesmo pagando [...], ainda deixam a população na mão,

tem aqueles que ajudam de graça, como o pessoal da pastoral [...]. Tenho uma criança que tem alteração no desenvolvimento e eu nunca recebi uma comunicação ou até mesmo uma orientação de como ajudar essa criança, [...]. Se passou por internação, sai só com a receita médica, se for uma mãe mais orientada, sabe contar a história direitinho [...], ou pior, não explicaram nada para esta coitada! [...]. Quando é recém-nascido que acaba de sair da maternidade, fica mais fácil porque existe a caderneta da criança [...]. Mas com o tempo acaba ficando só para registro das vacinas, peso e tamanho. (Grupo A – DSC).

Acredito que esse enfoque global [...] da criança não apenas no consultório [...] é viável, graças ao NASF e ao trabalho do Agente Comunitário [...], reforçando o trabalho da equipe de base, eu considero decisivo para implantar esse modelo de saúde preventiva [...], que só vou conseguir vivenciar os resultados nas próximas décadas [...]. É trabalho de formiguinha, todos juntos, devagar e sempre, mas o resultado é certo [...]. A parceria com a escola, no que diz respeito à saúde da criança, é de grande valia [...]. Mas, eu como profissional de saúde [...], sozinho, restrito ao meu setor, não posso mudar a condição

de miséria [...] que acaba por levar ao óbito precoce por uma causa evitável [...]. A intersectorialidade dentro da saúde, não é tão complicada quanto parece [...], procuro falar diretamente com o colega de plantão e o encaminhamento acontece [...]. Realmente como descrito aí na Agenda, os relatórios de referência e contra-referência, não são uma realidade [...]. Na maioria das vezes, a mãe é a única informante da internação, por exemplo [...]. Ruins são os casos que vejo de crianças que após alta hospitalar, em que tiveram acesso à alta tecnologia, dispendiosa para o governo, chegam em casa e a família não tem condições de alimentar ou que a casa é um ambiente propício para doenças na infância [...]. Eu sei que existem os PADs [Programa de Assistência Domiciliar], mas e o recém-nascido que não tem patologia crônica, nem precisa de oxigenioterapia, mas precisa de alimento e moradia para sobreviver [...]. Bolsa família [...] e outros benefícios ajudam [...], mas não mudam a realidade de uma família em que falta tudo e mais alguma coisa [...]. (Grupo B – DSC).

A função do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no contexto multiprofissional continua bem definida e valorizada pela equipe da Atenção Primária, como mostram os discursos de ambos os grupos. Em Revisão Sistemática, Loures e Silva (2010) ressaltaram a preocupação em definir os ACS como

“mediadores” entre serviço de saúde e comunidade.

A mediação a que se refere favorece a intersectorialidade por facilitar a construção de redes de apoio que se constituem com a participação dos profissionais de saúde, dentre eles médicos, enfermeiros, ACS, dentistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e demais componentes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); educadores, alunos, pais, funcionários de escolas; e centros e comunidades de cunho religioso, que percebem a necessidade de engajamento para o cuidado integral ao desenvolvimento das crianças pertencentes ao território de abrangência.

Como exemplo de integralidade baseada na intersectorialidade, pode-se citar o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual no território nacional (PAIR) criado em 2002. Para viabilizar este compromisso, o município de Feira de Santana, na Bahia, desenvolveu um sistema de rede de instância (COSTA *et al.*, 2010). A rede consiste na articulação entre setores de Justiça, Saúde e Educação com a participação da sociedade civil, prefeitura municipal e governo estadual e federal, em conjunto com uma organização internacional.

A participação de outras esferas, na assistência e educação em saúde, apesar de benéfica e necessária, deveria ser realizada em parceria com o setor saúde, com o objetivo de evitar divergência nas orientações ao usuário. A Agenda afirma como necessários a comunicação e o registro de informações a respeito dos cuidados com a criança, na garantia da integralidade, ao propor o emprego de instrumentos de gestão e serviços.

1.3 RELEVÂNCIA DA AGENDA E DIFICULDADES PARA REALIZAR AÇÕES PERTINENTES À SAÚDE DA CRIANÇA

No discurso dos profissionais, é enfatizado o reconhecimento de algumas vantagens da Agenda, tais como agregar saberes, estratégias práticas para o cuidado, visão integral e continuada e valorização de crianças maiores, mas todos apontam falha na divulgação do material. Em conformidade com o que foi relatado, Silva *et al.* (2009) apontam desacertos na publicação e acrescentam irregularidades ao treinamento dos profissionais de saúde da Atenção Primária para a realização de ações pactuadas em instâncias maiores. Os treinamentos foram caracterizados como inadequados, focalizados na doença, sendo de curta duração, superficiais, e pouco relacionados à prática cotidiana, no que diz respeito às intercorrências e a realização da puericultura.

[...] Essa agenda, pelo que estou vendo, complementa as informações que já aprendi [...] no meu curso de formação [...]. A estrutura em forma de Agenda mesmo, como um seguimento da criança [...] ajudaria o acompanhamento [...] e todos os profissionais, que atendessem essa criança, registrassem seu trabalho ali. Tem a caderneta da criança [...], mas não com todas essas linhas de cuidado, [...] nem para crianças maiores [...]. Outra dificuldade que tenho em trabalhar com criança é de convencer a mãe a mudar de hábito e insistir para que o filho aprenda a se adaptar [...]. Algumas me recebem bem

como agente de saúde [...] outras parecem não ouvir o que eu falo [...] e nas próximas visitas observo não ter mudado sua prática de cuidado do filho [...]. Em parte, a condição de trabalho da mulher também dificulta o meu contato com as mães, pois algumas estão sempre no trabalho e a casa fica sob os cuidados da filha mais velha, que ainda é uma criança e não tem maturidade para receber as informações [...]. Juntamente a essa realidade, encontro a baixa condição financeira [...] e, em particular, me sinto de mãos atadas [...] quando visito uma casa que não tem o que comer, a dispensa e a geladeira vazia. [...] Como oriento a terem uma alimentação saudável? [...] Apesar dos benefícios [...], como bolsa família e outros [...], os conflitos familiares [...] fazem com que nem sempre esse dinheiro melhore a condição da criança. [...] Claro que existem aquelas que usam o pouco dinheiro que têm para comprar um refrigerante [...] ao invés de comprar uma fruta para fazer suco [...]. Essa mesma dificuldade [...] encontro no aleitamento materno exclusivo. (Grupo A – DSC).

Eu observei que a Agenda [...] no que diz respeito ao cuidado da criança [...], apresenta estratégias para integrar os protocolos que já

existem [...] eu posso prestar assistência continuada para criança [...], globalmente. Acho uma falha não terem apresentado esse material para o profissional que lida com a mulher e a criança, principalmente, o da Atenção Básica [...], pois pelo que eu entendi a Agenda foi criada exatamente para mim, enquanto profissional da saúde que presto cuidado à criança [...]. Acredito que temos que sentar e começar a colocar em prática [...], por partes, pois apesar das ações já serem realizadas isoladamente [...], poder visualizar essas ações articuladas é um desafio [...]. Se eu for considerar o conceito de integralidade da assistência, então, fica praticamente inviável em alguns momentos. A primeira dificuldade que encontro é a dependência total da criança com a mãe [...] e a interferência do contexto familiar nesta relação [...]. Existem mulheres que não estão prontas para cuidar nem de si mesmas [...]. Outras não têm tempo [...] devido às condições de trabalho [...]. Existem ainda, aquelas que não têm condições financeiras [...], mesmo que recebam o benefício [...], este é diluído para todos os membros da família [...]. Quando penso na criança maior, observo que está muito solta [...]. Para mãe se o menino já anda e come sozinho, ela dá a essa criança uma indepen-

dência psicológica [...]. Na idade de 8 ou 10 anos as filhas já cuidam da casa e dos irmãos menores [...]. Nesse familiar [...] observo o risco para acidente doméstico [...], violência [...], gravidez na adolescência [...] e o que eu acho pior é o fato de que a infância dessas crianças é roubada. Outra dificuldade é a alta demanda para atendimento no posto, o que acaba puxando o profissional para o modelo puramente assistencialista. É como se eu estivesse sempre apagando fogo e o incêndio nunca termina [...]. Alguns dias estamos com visita agendada [...] ou ação na escola [...] ou no grupo [...], mas com o número de intercorrências na Unidade, os planos ‘vão por água abaixo’ (Grupo B – DSC).

No tocante à assistência, os Agentes apontaram como principal dificuldade a mudança de hábitos de vida na comunidade, o que nos mostra o compromisso desta categoria como a reorientação dos modelos assistenciais, mediante ações de desenvolvimento de consciência crítica e flexível a mudanças de comportamento. Trabalhar saúde na comunidade exige atenção para os grupos sociais específicos e rompimento com os “muros” dos serviços de saúde (SOUSA; HAMANN, 2009). Para que essa transformação aconteça e seja duradoura, Santana *et al.* (2010) ressaltam a necessidade do modelo dialógico, que tem o diálogo como instrumento e que objetiva não apenas a transmissão de informação, mas a modificação de saberes pré-existentes.

Atrelados à resistência das famílias em modificar práticas do dia-a-dia foram relatados fatores culturais. Frota, Martins e Albuquerque(2009) chamam a atenção para a necessidade da equipe de saúde compartilhar esses valores culturais, mitos e visão de mundo dos usuários como estratégia para gerar mudança de comportamento.

No discurso do Grupo B, foi apontada a dependência da criança com relação à mãe e à família, confirmada por Silva, Alvarenga e Oliveira (2012), em estudo que apresenta dimensão de vulnerabilidade grave dos membros da família quando o analfabetismo é uma realidade e o nível de escolaridade bem como a disponibilidade, a qualidade dos postos de trabalho e a remuneração correspondentes são desfavoráveis. Lupica (2012) relatou a vulnerabilidade de crianças e da dinâmica familiar quando estas são submetidas à criação monoparental (sob cuidados e responsabilidades maternas) e a ausência excessiva de suas mães em virtude da necessidade de acumular atividades profissionais para manter uma condição econômica suficiente à manutenção do lar.

A valorização da criança no ambiente domiciliar e o desempenho de atribuições dadas a ela são fatores que podem resultar na “infância roubada”, relatada na fala do Grupo B, uma verdade no século XXI marcado pelo combate ao trabalho infantil, passível de ocorrer fora e/ou dentro de casa, quando a criança assume as tarefas dos adultos. Estudo revela que, para as famílias, a participação das crianças na economia familiar é entendida como ajuda, forma de socialização e formação dos herdeiros (MARIN *et al.*, 2011). Sobre a questão, Gonçalves *et al.*(2012) discutem a decisão particular de trabalhar ainda na infância/adolescência, fazendo associação desta iniciativa

ao apoio dos pais, que consideram não somente a melhoria da condição financeira da família, mas uma forma de cooperação, um meio eficaz de desenvolver dignidade e mitigar a exposição à criminalidade.

A Agenda destaca o cuidado até os 10 anos de idade, mas foi frequente nos discursos o relato da dificuldade no acompanhamento de crianças com idade superior a dois anos bem como a ausência de estrutura e planejamento de ações que valorizem a criança maior com a dita “independência motora” que, naturalmente, pelo contexto familiar em que está inserida, tende a ser menos zelada pela mãe, se comparando ao período neonatal e ao primeiro ano de vida.

Caso de omissão extrema ou a falta de cuidados básicos para com a criança consiste em negligência ou abandono e consta como parte dos tipos de maus-tratos mais frequentes na infância. Lachica (2010) revela mudança conceitual, ao longo do tempo, daquilo que intitula como *El síndrome del niño maltratado*. A visão sobre o tema é abrangente e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo pode ser definido como qualquer forma de violência física e/ou emocional, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente que resulte em dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder.

Parte da população não tem tempo ou hábito de cuidar da própria saúde de modo preventivo, só buscando os serviços por motivo emergencial. A opção pelos serviços de urgência e emergência como alternativa para o tratamento de condições indiscriminadas de saúde reflete não somente o comportamen-

to cultural, mas, também, questões sociais, epidemiológicas e, sobretudo, aspectos relativos à organização do sistema de saúde (COELHO *et al.*, 2010).

Concomitante ao que relatou o Grupo B que diz que “uma parte da população está descoberta geograficamente da Unidade Básica, dificultando o acesso desses usuários”, Silva *et al.* (2009) remetem a este isolamento da rede de saúde como condição desestimulante aos profissionais, o que dificulta o alcance da integralidade na assistência da saúde materno-infantil. As demandas para os serviços de saúde resultam de um conjunto de fatores sociais, individuais e culturais que regem a comunidade, sendo necessária a ciência do padrão de procura destes serviços para oferecer resposta adequada e resolutiva para os mesmos, uma vez que prestar assistência a demandas espontâneas e programadas é uma exigência do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações orientadas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, nas quatro linhas de cuidado aos menores de 10 anos de idade, são, em parte, realizadas no cotidiano da atenção primária e relatadas sem que os profissionais façam associação de suas rotinas com o Documento, o que demonstra fragilidade no acesso a esta informação e a consequente atuação desvinculada de uma recomendação oficial. O risco do conhecimento insuficiente em relação à Agenda está na não uniformidade das ações e na desarticulação do trabalho prestado.

O estudo revela que os pesquisados identificam que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade não ocorrem de modo

satisfatório, na realidade atual. Proposições da Agenda para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, para portador de deficiência, saúde bucal, imunização, acidentes e violência, trabalho infantil e alimentação adequada são praticados de modo isolado e fragmentado. A assistência integral inconsistente e descontínua sinaliza fragilidade na inter-relação entre os equipamentos do setor saúde e a educação, a ação social, as iniciativas comunitárias e as Organizações Não-Governamentais.

Vincular os cuidados à criança à esfera da promoção da saúde e prevenção de doenças ou agravos, fugindo do modelo hegemonicamente curativo, é um desafio que se associa, em parte, à distorção da abordagem profissional no desempenho da educação popular em saúde e à resistência de familiares à possibilidade de modificar hábitos e desmistificar aprendizados adquiridos por intermédio da cultura, fatores que, em conjunto, resultam em uma demanda elevada de atendimento na unidade básica, em virtude das Doenças Prevalentes na Infância (DPI) e reforçam o problema do inadequado planejamento e organização dos serviços para o atendimento programado que está para além do cuidado centrado nas situações emergenciais.

Apesar das falhas na realização de ações integradas, o atendimento dos pesquisados é de que as ações executadas na atenção primária, e que se encontram propostas pela Agenda, reduzem a mortalidade infantil (fato comprovado pelos indicadores do Ministério da Saúde) e melhoram a condição de saúde e o desenvolvimento global de crianças.

Por fim, o estudo conclui sobre a importância de conhecer a rotina dos trabalhadores de saúde e de dar voz a suas impressões, dificuldades e necessidades para estimular a reflexão sobre as abordagens desempenhadas e possibilitar a reorganização dos

serviços. Sugere-se que novas pesquisas explorem campos da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil que não foram contemplados pelas autoras.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. *et al.* A Estratégia de Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2013. p. 601-621.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil, 13 jul. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 9 mar. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil, 19 set. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 9 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília:MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 2, p. 193-200, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

COELHO, M. F. *et al.* Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 770-777, 2010.

COSTA, M. C. O. *et al.* Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 563-574, 2010.

FORERO, E. E.; ARDILA, M. L. Diferencias en actitudes y estrategias cognitivas sociales en jóvenes vinculados y no vinculados a programas de voluntariado. **Psychologia – Avances de la disciplina**, Bogotá, v.5, n. 2, p. 81-95, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224105007>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

FROTA, M. A.; MARTINS, M. C.; ALBUQUERQUE, C. M. Aspectos culturais no cuidado familiar à criança com desnutrição. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 31, n. 1, p. 9-14, 2009.

GONCALVES, H. *et al.* Perfil de trabalho urbano de adolescentes de 14-15 anos: um estudo populacional no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1267-1274, 2012.

LACHICA, E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. **Cuadernos de Medicina Forense**, Sevilla, v. 16, n. 1-2, p. 53-63, 2010.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LOURES, L. F.; SILVA, M. C. S. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2155-2164, 2010.

LUPICA, C. Madres solas en la Argentina: dilemas y recursos para hacer frente al trabajo remunerado y al cuidado de los hijos. **Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá**, v. 31, n. 1, p. 13-17, 2012.

MARIN, J. O. B. *et al.* O problema do trabalho infantil na agricultura familiar: o caso da produção de tabaco em Agudo-RS. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 50, n. 4, p. 763-786, 2012.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. São Paulo, v. 44, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/1336.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

SANTANA, M. C. C. P. *et al.* Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 411-417, 2010.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SILVA, A. C. M. A. *et al.* Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 349-358, 2009.

SILVA, T. M. R.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Evaluation of the vulnerability of families assisted in Primary Care in Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 935-943, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000400016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 22 jun. 2014.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, 2009. Suplemento 1.

UCHÔA, A. C. *et al.* Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 385-400, 2012.

CAPÍTULO 6

PACTO DE GESTÃO PARA CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO AO IDOSO: CUIDADO COMO CENTRO

Alney Queiroz Cruz
Túlio Batista Franco

INTRODUÇÃO

É possível observar-se uma mudança no perfil demográfico que alcança uma dimensão planetária: o contingente de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos tem crescido rapidamente. No ano 2000, eram estimados 600 milhões de indivíduos nesta faixa etária sendo projetado, para 2025, 1 bilhão e 200 milhões, atingindo 2 bilhões em 2050 (FREITAS, 2006).

Segundo Veras, Pereira e Curioni (2003), o Brasil é um país que envelhece a passos largos. No início do século XX, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que, hoje, sua expectativa de vida ao nascer é de 74 anos (IBGE, 2011). Esses autores ressaltam também que, em nosso país, o número de idosos passou dos 2 milhões, em 1950, para 6 milhões, em 1975, e para 15,5 milhões, em 2001, significando um aumento de 700%. O número de idosos em 2011 era de 23,5 milhões, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Sínte-

se de Indicadores Sociais (IBGE/SIS, 2012). Estima-se, ainda, para 2025, que esta população alcance os 32 milhões (VERAS, 2002).

Cabe destacar que, em todo o mundo, a população vem envelhecendo, intensificando a heterogeneidade dentro do próprio grupo etário. Nos países desenvolvidos, os “mais idosos” (mais de 80 anos) formam o grupo etário que mais cresce. Conforme Camarano (2002), no Brasil, a população “mais idosa” está aumentando em ritmo bastante acelerado, embora ainda represente um contingente pequeno. De 166 mil pessoas, em 1940, o segmento “mais idoso” passou para quase 1,9 milhões, em 2000.

Tal mudança demográfica se deve a vários fatores: o controle de muitas doenças infectocontagiosas e potencialmente fatais, sobretudo a partir da descoberta dos antibióticos, dos imunobiológicos e das políticas de vacinação em massa; a diminuição das taxas de fecundidade; a queda da mortalidade infantil graças à ampliação de redes de abastecimento de água e esgoto e da cobertura da atenção básica à saúde; a acelerada urbanização; e mudanças nos processos produtivos, de organização do trabalho e da vida (MINAYO, 2000).

Nas repercussões sobre a saúde, observa-se, na questão do envelhecimento populacional, alterações demográficas oriundas da queda da mortalidade e da fecundidade, determinando alterações nas características de mortalidade e morbidade, ao longo do tempo, que recebem o nome de “transição epidemiológica”, que englobaria três mudanças básicas: a substituição da mortalidade por doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; o deslocamento da carga de

morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos; e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante, principalmente no grupo dos idosos (FRENK *et al.*, 1991; CHAIMOWICZ, 2006).

É importante deixar claro que, no Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por vizinhos latino-americanos, como Chile, Cuba e Costa-Rica. Existiria uma superposição entre as etapas em que predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas e a reintrodução de doenças como dengue e cólera ou o recrudescimento de outras como malária, hanseníase e leishmanioses indicando uma natureza não-unidirecional denominada contra-transição (SCHRAMM *et al.*, 2004).

O perfil da morbidade é de tripla carga de doenças, com presença concomitante de doenças infecciosas e de carências, de doenças crônicas e daquelas relacionadas a causas externas. A transição demográfica e epidemiológica resultante do envelhecimento e do aumento da expectativa de vida significa um crescente incremento relativo das condições crônicas. A estratégia das ações de assistência exige a ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, garantindo-se, também, atendimento às condições agudas. Porém, o modelo de atenção à saúde fundamentado em ações curativas, centrado no atendimento médico, estruturado em ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta e de um modelo de gestão hierarquizado e centralizado ainda persiste e se mostra insuficiente para responder às necessidades de saúde da população. (BRASIL, 2011).

Pode-se afirmar que a crise do sistema de saúde no Brasil é caracterizada pela fragmentação da atenção, dando ênfase às condições agudas, apesar da prevalência de condições crônicas, e pela estrutura hierárquica e sem comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção (MENDES, 2012). Além das lacunas na integralidade, o grupo etário dos idosos enfrenta os problemas de acesso e utilização dos serviços de saúde.

A partir da Constituição de 1988, o Estado brasileiro vem promulgando leis que são instrumentos de inclusão e apoio aos idosos na previdência, assistência social e saúde. Podemos afirmar que tudo começou com a própria Constituição que definiu a responsabilidade do cuidado aos idosos à família, à sociedade e ao Estado. A Política Nacional do Idoso (1994/1996) estabeleceu a idade cronológica de 60 anos como marco da entrada dos cidadãos na fase do envelhecimento e formalizou direitos sociais à pessoa idosa com várias modalidades de atendimento assistencial. (BRASIL, 1996).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) surgiu dando ênfase à promoção do envelhecimento saudável sem descuidar da recuperação e reabilitação e estabeleceu, como porta de entrada do idoso no Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica nas Unidades Básicas de Saúde que possuam a Estratégia Saúde Família (ESF), formalizando a proposta das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (2002) integrada por hospitais gerais e Centros de Referência de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM n° 702), dando ênfase à Atenção Especializada. (BRASIL, 2002).

A decisão política da implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso com organização/habilitação e cadastramento dos Hospitais Gerais e dos Centros de Referência

se deu com a função de, através da criação de modelos tecnoassistenciais para as condições crônicas, materializar meios de alcançar os propósitos da PNSI, aprovada pela Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Os objetivos a serem viabilizados pelos modelos tecnoassistenciais seriam:

[...] a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde de os que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999, p. 21).

O Ministério da Saúde lançou, no ano de 2002, a proposta de criação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso que seriam integradas por Hospitais Gerais e por Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (CRASI) os quais deveriam ser cadastrados, dispondo de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para a prestação de assistência integral à saúde de idosos. Deveriam também oferecer diversas modalidades assistenciais: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar.

O Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF), que possui um Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia desde 1998, foi cadastrado na Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso. Havia um guia para a estruturação e a operacionalização

dos Centros de Referência com doze passos e instrumento de Avaliação de Implantação, sendo estabelecido um prazo de 180 dias para que todas as condições fossem preenchidas.

Aproveitando um questionamento feito por Lindolpho *et al.* temos que:

O diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores da doença de Alzheimer deverá ocorrer nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, definidos pela portaria GM/MS nº702 e Portaria SAS/MS nº 249, ambas de abril de 2002. Interessante que a portaria especifica o protocolo de atendimento ao idoso com Doença de Alzheimer pelo Centro de Referência com suas diretrizes, **mas como os idosos acessamos Centros de Referência?** Por encaminhamento dos Centros Municipais de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família. Assim, este sistema de referência e contrarreferência necessita atuar de forma fluente, como o fluxo contínuo de um rio que deságua no mar sem represas avolumando o nível de água.

Destes 17 Centros de Referência, 11 são hospitais universitários. Deste modo, **espera-se um retorno em termos de relatos de experiências no funcionamento dos Centros e ou pesquisas, visto ser esta uma das funções da Universidade** (2014, p. 4385, grifos nossos).

Não se encontrou, na Revisão de Literatura, pesquisas ou relatos de experiências acerca do funcionamento dos Centros de Referência em Saúde do Idoso o que leva à pergunta: Como se configura, atualmente, a produção do cuidado ao idoso no Centro de Referência do HUAP/UFF, em termos de resolutividade das necessidades de saúde do usuário idoso? Que novos territórios existenciais são engendrados a partir das relações intersubjetivas produzidas (usuários–trabalhadores) na produção deste cuidado?

Este estudo procura discutir o cuidado ao idoso como produto de um pacto de gestão que se produziu no interior de um Hospital Universitário tendo como pressuposto que o fato de haver uma política definida, protocolos de conduta e diretrizes de ação, por si sós, não garantem que o cuidado efetivamente se realize. O pacto interno de gestão é produto, inicialmente, da vontade de alguns profissionais e gestores e, finalmente, da capacidade de aglutinar uma equipe que possa montar o serviço e conduzir a produção do cuidado.

MÉTODO

Decidiu-se iniciar uma pesquisa qualitativa, utilizando o método Cartográfico que, segundo Kastrup:

A Cartografia é um método formulado por G. Deleuze e F. Guattari (1995) que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção. De saída, a ideia de desenvolver o método cartográfico para

utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A Cartografia é sempre um método *ad hoc*. Todavia, sua construção caso a caso não impede que se procure estabelecer algumas pistas que têm em vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo. (2007, p. 15).

Em síntese, a Cartografia consiste de um método proposto por Deleuze e Guattari que vem sendo utilizado em pesquisas de campo voltadas para o estudo da subjetividade. Franco e Mehry esclarecem a importância do método para a avaliação qualitativa das intervenções em saúde:

O desafio da avaliação qualitativa, segundo a dimensão subjetiva é o de aprofundar a compreensão da dinâmica micropolítica de cada trabalhador, para perceber como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano, partindo do pressuposto de que há esta produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho, e ao mesmo tempo produção de si mesmos como sujeitos do trabalho. Isto se dá, na medida em que interagem com os usuários e o problema de saúde, através do seu processo produtivo (2013, p. 152-153).

Schmidt (1990) associa o pesquisar à experiência e afirma que a pesquisa enquanto elaboração de elementos diversos e difusos de abordagens teóricas misturados com as vivências da experiência de campo quando concluída, é o relato de um percurso de um pesquisador e de um grupo. Este percurso foi delineado através da Cartografia das paisagens psicossociais que se objetivaram por meio das narrativas dos sujeitos da pesquisa em interação com a subjetividade do cartógrafo pesquisador. A construção da pesquisa se deu por um caminho aberto pelo pesquisador através dos vários territórios do CRASI/HUAP onde eram realizados encontros com usuários e trabalhadores por meio de entrevistas semiabertas individuais e coletivas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAEE 3372333814.7.0000.5243.

O caminho foi se delineando com passos encadeados, como esclarecem BarroseKastrup:

[...] o caminho da pesquisa cartográfica é constituído de passos que se sucedem sem se separar. Como o próprio ato de caminhar, onde um passo segue o outro num movimento contínuo, cada momento da pesquisa traz consigo o anterior e se prolonga nos momentos seguintes (BARROS; KASTRUP, 2010, p. 59).

O primeiro contato com o CRASI/HUAP se deu no ano de 2013 e a primeira narrativa colhida na trajetória do pesquisador foi uma notificação da própria instituição que constitui a estação de chegada ao território.

RESULTADOS

No primeiro contato com o Centro, percebeu-se que há falta de funcionários administrativos, ao se verificar que, na recepção, há um bilhete que instrui os idosos que buscam o serviço:

Prezados Idosos,

Informamos que o serviço de Geriatria está em funcionamento normal.

Estamos no aguardo da reposição de funcionários para esta recepção por parte da diretoria do Hospital.

Sigam as orientações dadas por seu médico e se mantenham em atividade nos grupos.

Coordenação CRASI. (Bilhete colado na recepção do CRASI).

O bilhete era um primeiro analisador institucional da situação do CRASI. Segundo Baremlitt (1996), um analisador é um indício de uma situação existente na organização que expõe uma problemática. Os analisadores, quando tematizados pelos grupos que operam nas organizações, servem de subsídio para soluções que os próprios grupos irão encaminhar a partir de uma autoanálise grupal.

O balcão vazio e o bilhete se somaram a uma situação que se apresenta quando aguardam na recepção: uma idosa também procurava por informações, dizendo que havia sido encaminhada para o CRASI e, quando se deparou com o balcão vazio, partiu em busca de ajuda e voltou com uma funcionária da conservação que nos encaminhou ao segundo andar, à Se-

cretaria da Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia, onde conseguimos obter as informações que estávamos procurando.

A problemática era a falta de recursos, as questões administrativas sempre pendentes de uma resposta com a idosa ensinando que “quem tem boca vai a Roma”, ou seja, você é que move o processo.

A coordenadora do CRASI informa, então, que criou, em 1987, o Ambulatório de Neurologia Comportamental e Demências, dando início ao atendimento multiprofissional para pacientes demenciados e seus familiares.

O que é que eu vou fazer na Demência? Fazer a mesma coisa que todo mundo faz, pegar os pacientes e jogar no Hospital Psiquiátrico, aí eu lembrei da Dislexia: se a Fono utiliza a cognição pra melhorar o aprendizado da criança, eu vou usar as mesmas técnicas, pra resgatar a cognição... Aí eu peguei e saí catando nesse Hospital quem queria trabalhar comigo; tinha uma Fono, montei o Atendimento Interdisciplinar aos pacientes com Demência e aos seus familiares. Criei o primeiro grupo de familiares e a gente atendia aqui dentro do Hospital. Fazíamos atendimento individual e atendimento em grupo; individual quem fazia era a T.O. e a Fono, e o atendimento em grupo era uma Equipe Multidisciplinar (Coordenadora do CRASI).

O sucesso do serviço fez com que aumentasse a demanda. Foi então que surgiu a ideia de se identificar as pessoas que se dedicavam ao tema do envelhecimento na UFF em 1991:

Fui pra Pró-Reitoria de Extensão, e conversei com a pró-reitora que apoiou o projeto. Aí eu fui descobrir. Tinha uma Psicóloga, que fazia Grupo de Aposentados. Tinha uma Médica, Geriatra, mas não exercia na UFF, trabalhava como médica do Serviço Médico. Tinha uma professora que fazia Doutorado em idoso, em São Paulo, e que era professora daqui. Aí o que é que eu fiz? peguei essas pessoas, juntei e começamos a nos reunir todas as sextas feiras – lá na Reitoria – e montamos um grupo de estudos sobre Envelhecimento e o Idoso (Coordenadora do CRASI).

Verifica-se que aqui se inicia um trabalho fortemente movido pela vontade de construir um Serviço de Atenção à Saúde do Idoso. A formação de um serviço novo requer um pacto de gestão interna, que organiza a gestão e, principalmente, equipes de trabalhadores para isto. Verifica-se que o pacto é uma produção daqueles que requerem o serviço, ou seja, ele se constrói a partir do trabalho de cada um, sob a tensão entre o desejo de construir, a carência de recursos e as dificuldades inerentes à novidade que o serviço assistencial representa.

Foi um encontro interno: foram chamados todos da UFF e o grupo cresceu com a descoberta de que várias pessoas tinham interesse no tema. Em 1992, foi criado o curso de Extensão Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia sendo

implantado o atendimento interdisciplinar ao idoso, no Hospital Universitário Antônio Pedro. Em 1994, surge o Curso de Especialização Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia.

[...] em 92 eu criei o curso de extensão no Antônio Pedro e implantei aqui dentro o Atendimento Interdisciplinar aos Pacientes Idosos. Fiquei com dois trabalhos: Atendimento Interdisciplinar ao Idoso e Atendimento Interdisciplinar ao Idoso com demência e seus familiares. Aí o navio me levou, fui acrescentando e incluindo muitos voluntários. Trabalhei com muitos voluntários. Curso de extensão em 92, e de especialização em 94. As pessoas ficavam e perguntavam se poderiam continuar. Aí eu abri o voluntariado na UFF, que não tinha. As pessoas começaram a ficar como voluntários. Eu tinha mais de quarenta e poucos profissionais, entre profissionais da UFF e voluntários (Coordenadora do CRASI).

Em 1996, a Faculdade de Medicina da UFF cria a disciplina de Geriatria. O ambulatório e a secretaria da pós-graduação do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia se estabelecem em 29 de junho de 1998 por sugestão da então Pró-Reitora de Extensão.

Em 2002, viabilizando a implementação da Lei Federal nº 8.842/94 da Política Nacional do Idoso, principalmente nas questões relacionadas à saúde, foi proposta a organização e a

implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, sendo criados, a partir da Portaria nº 702/02, os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso. O Ministério da Saúde credenciou dois Hospitais Universitários no Estado do Rio de Janeiro: o Hospital Universitário Antônio Pedro, da UFF, e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ. As dificuldades na implantação começaram pela inexistência de recursos financeiros:

O Ministério da Saúde [...] criou o Centro de Referência, fazendo essa Rede, montou inicialmente 74 centros com proposta de fazer mais setenta e poucos, mas não fizeram por conta das despesas e, desses 74, poucos conseguiram ficar.

Na verdade, o Ministério da Saúde não deu apoio. Eu tenho guardado todos os projetos, que exigia o seguinte, que o Centro de Referência tivesse: Ambulatório, Enfermaria, Atendimento Domiciliar, Hospital Dia, e Centro de Convivência e ninguém conseguiu. Quem mais conseguiu no Brasil foi a UFF... então, por exemplo, de tudo que a gente pediu pra Brasília não veio um tostão. Aí os Centros de Referência, cada um foi se virando, individualmente, como podia – muitos desistiram, e dentro desta Portaria desta Rede, foi criado o Programa de Atendimento ao Paciente com Alzheimer (Coordenadora do CRASI).

A Universidade Aberta à Terceira Idade da UFF começou a fazer parte do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia, em 2009, como Universidade aberta aos idosos moradores do Município de Niterói e municípios vizinhos, tendo como objetivo a promoção da qualidade de vida dos idosos. A proposta era oferecer informações de saúde, lazer, autocuidado e independência, através de várias Oficinas: Teatro, Origami, Artesanato, Magia das Letras, Corpo e Mente, Educação Física, Uroincontinência e Sala de Espera. Parte das Oficinas continua funcionando, mas, por falta de recursos e com o contingente de profissionais muito limitado, algumas não puderam continuar a ser oferecidas.

Buscou-se uma solução obtendo recursos a partir do Curso de Pós-Graduação de Especialização em Geriatria e Gerontologia:

Nós não conseguimos abrir concurso porque isto aqui é um serviço público. Não abria concurso para Psicólogo, para Fono, para T.O. e não abria concurso para Fisioterapia. Consegui abrir concurso para Médico. Então, eu consegui ter Geriatria. Depois, consegui duas vagas para Residência Temporária. Consegui três vagas de Geriatria. Alguns profissionais da instituição foram pra lá, e os voluntários também integram o quadro dos profissionais. Aí o que é que eu fiz: eu resolvi cobrar o curso. Eu que sempre falei do social, resolvi cobrar o curso. Em todos os colegiados de que eu participava eu explicava por-

que é que eu ia cobrar o curso. Eu explicava – eu vou cobrar o curso pra poder sobreviver – eu não estou conseguindo contrato nem concurso, eu preciso de uma ajuda de custo para os profissionais que estão comigo, eu tenho cinquenta profissionais. Aí eu abri, fizemos uma tabela e com o dinheiro do curso eu dava uma ajuda de custo, eu segurei isso muitos anos (Coordenadora do CRASI).

O CRASI funciona como Centro de Formação em Geriatria e Gerontologia com vinculação à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e Atenção à Saúde do Idoso, com os serviços de Sala de Espera (neste caso, o idoso não precisa ser necessariamente usuário do Hospital Antônio Pedro), Reabilitação Cognitiva (para usuários inscritos no Programa de Atendimento ao Paciente com Alzheimer) e Grupo de Cuidadores (ações psicoeducativas para dar suporte emocional e orientações aos cuidadores de pacientes com demência).

A ESTRUTURA DO CRASI E O FLUXO DE ASSISTÊNCIA DA REDE-SUS

Os pacientes do Centro são referenciados através da Central de Regulação do Município que organiza o fluxo de assistência da rede de saúde da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro (Niterói, Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá). O atendimento é pelo Sistema Único de Saúde e, em sua grande maioria, são idosos frágeis e de baixo poder aquisitivo:

O trabalho do CRASI consiste em fazer uma abordagem biopsicossocial do paciente idoso. Idosos independentes, semi-independentes e idosos dependentes. Dentro do grupo dos pacientes idosos dependentes entram os pacientes acometidos de demência. Esse atendimento é feito individualmente e em grupo por equipe multiprofissional. O atendimento individual é um prolongamento do Hospital Antônio Pedro. Nosso prontuário é único. O atendimento em grupo – nós temos um Grupo de Convivência, desde 1992, que é a Sala de Espera, aberta aos idosos da comunidade; Grupo de Reabilitação para pacientes com Demência, que funciona desde 1987, tendo outros três que foram surgindo a partir da demanda crescente (Coordenadora do CRASI).

Antes de serem encaminhados aos serviços especializados, os idosos passam por uma Avaliação Multidimensional e são oferecidos serviços de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Enfermagem, Neurologia, Dermatologia, Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social. Existem também oficinas de teatro, pintura, educação física, artesanato e coral. As narrativas da equipe multiprofissional descrevendo os vários módulos de trabalho do CRASI/HUAP vão traçando as linhas que compõem o mapa do cuidado ao idoso e sua dinâmica.

SALA DE ESPERA, FÁBRICA DE NOVOS PROJETOS DE VIDA

Segundo Azeredo (2009), a Sala de Espera é um módulo do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia e uma das atividades da Universidade Aberta à Terceira Idade. Seria um grupo de convivência cujos participantes são os idosos e profissionais-alunos do PIGG/UFF.

Por que a Sala de Espera? Em 1992, esta surgiu da ideia de aproveitar o espaço e o tempo ocioso dos idosos que esperavam as consultas médicas no HUAP/UFF. O grupo de pessoas presentes na Sala de Espera recebia orientação sobre seus problemas de saúde e interagiu com profissionais de saúde do curso de pós-graduação em Geriatria e Gerontologia.

A enfermeira “N” define a Sala de Espera:

O módulo Sala de Espera tem a finalidade de fazer com que o idoso ouça uma informação que gere nele uma ação. Utilizamos um método dialógico, vivencial e reflexivo. Ao sanarmos alguma dificuldade que ele tenha com algum tipo de objetivo por ele proposto, ele transfere este aprendizado para o seu cotidiano. Gera a necessidade de se manter ativo, levando a um maior envolvimento com a sociedade e com a família (Enfermeira N).

A Terapeuta Ocupacional “D” complementa:

Nossa metodologia está enfocando a questão prática levando toda a informação que eles adquirem aqui pro dia

a dia. Além da informação adquirida, trabalham muito com a interação social, a autoestima, e levando tudo isso para seu dia a dia; então muitas pessoas que estão aqui participam de outras atividades, iniciam uma atividade física, participam de outras oficinas, oficinas de memória, oficinas de leitura: o errando pra aprender, teatro, então, as pessoas conseguem estar vivendo com mais autonomia (Terapeuta Ocupacional D).

Após a triagem com Geriатras ou Neurologistas, se houver hipótese diagnóstica de síndrome demencial com indícios de déficit cognitivo, o usuário é encaminhado à testagem neuropsicológica. Após a elaboração do Laudo Neuropsicológico, a equipe de profissionais da Geriatria e Gerontologia determina as intervenções especializadas cabíveis: Módulo de Reabilitação Cognitiva e Oficinas.

A REABILITAÇÃO COGNITIVA: MANTENDO A CAPACIDADE FUNCIONAL

A Terapeuta Ocupacional “A” explica as intervenções no módulo da Reabilitação Cognitiva:

Na nossa equipe multiprofissional temos Médicos, Psicólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Nutricionistas, a gente trabalha com a proposta de estimular a parte cognitiva, trabalhamos com várias técnicas: Orientação para a Realidade, porque o idoso portador de demên-

cia desorienta a nível de espaço e tempo, a técnica de validação onde trabalhamos a autoestima do idoso, utilizamos também as técnicas de Estimulação Cognitiva onde vamos trabalhar todas as áreas de processamento de informação: as alterações de atenção, de memória, memória recente e remota (mais do passado), coordenação motora, ritmo, equilíbrio. Abordamos também a parte de reminiscências, que é muito importante- questões do passado do usuário, da sua história-, e toda vez que você trabalha as reminiscências você faz um link com o momento que se está em interação com esse idoso, a gente faz toda uma orientação das Atividades da vida diária (alimentação, higiene, sono, interação social etc.). (Terapeuta Ocupacional A).

Enquanto os idosos participam da Reabilitação Cognitiva, os cuidadores destes idosos se reúnem no Grupo de Cuidadores onde recebem informações e suporte emocional para prevenir o *burnout*, que é o estresse que leva ao adoecimento dos cuidadores.

O GRUPO DE CUIDADORES E A PREVENÇÃO DO ESTRESSE

O Grupo de Cuidadores oferece informações e suporte emocional para a prevenção e promoção da saúde dos familiares dos usuários com síndrome demencial, com o objetivo de evitar o adoecimento do cuidador. O *burnout* (estresse) dos

cuidadores é muito frequente e diversos estudos foram realizados correlacionando o agravamento do quadro demencial e o adoecimento dos cuidadores com quadros de depressão, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas (ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980; SCAZUFCA, 2000; AMÊNDO-LA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

A Psicóloga “J” esclarece a natureza e o funcionamento do Grupo de Cuidadores:

O objetivo do grupo é, primeiramente, fornecer informações. A gente tem a contribuição dos alunos da especialização de Gerontologia da UFF, alunos com especialidades diversas, Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, cada um traz os conhecimentos da sua especialidade e faz palestras para estes cuidadores, mas, além disso, a gente tem um outro objetivo que é cuidar um pouco de quem cuida; então o grupo não é um grupo terapêutico, mas ele tem um momento em que a gente faz uma dinâmica, um relaxamento, para que eles possam se sentir um pouco mais acolhidos pra recuperar energia e voltar a cuidar dos seus idosos (Psicóloga J).

AS NARRATIVAS DOS USUÁRIOS SOBRE O CUIDADO NO CRASI

As narrativas dos usuários expressam seu pensamento em relação ao cuidado, resolutividade e sua implicação com o CRASI.

Para iniciar, a Cuidadora “A” expõe a sua opinião sobre a produção do cuidado no CRASI:

Muito bom. No momento é o meu porto seguro, primeiro, Deus, e depois o pessoal, os funcionários. O tratamento aqui é o porto seguro agora porque eu saio da minha cidade, com o maior prazer, deixo meu trabalho para vir trazer ela aqui. Porque realmente não tem outro serviço desses, no caso do tratamento dela lá. Tenho o maior prazer de estar vindo aqui, o atendimento da recepção, dos médicos, às vezes eu preciso de uma receita e eles estão sempre atentos a fornecer fora do dia do médico marcado. Gosto muito daqui... **no que depender da gente, nós usuários, familiares, para levantar a voz para alguma coisa, para alguma ajuda, eu estou pronta a ajudar, no que precise a instituição pode contar comigo que eu saio de lá aonde eu estou para fazer alguma coisa pela instituição.** A gente tem que botar a boca no mundo, tem que pedir, correr atrás. Eu falo muito bem daqui (Cuidadora A).

A Usuária “E”, com diagnóstico de síndrome demencial moderada, assim se pronunciou sobre o CRASI:

Daquilo ali (origami), fiz muita coisa aqui, mas eu esqueci tudo, entendeu? Eu esqueço tudo. Quando eu

cheguei e olhei eu me lembrei do que eu fazia aqui. Andei fazendo isso aí, mas eu me esqueço de tudo. Aqui melhora, é muito bom mesmo. É bom você frequentando firme e eu não posso ficar aqui o tempo todo (Usuária E).

O Senhor “C”, Cuidador de “M”, com Alzheimer, faz avaliação semelhante quando se pergunta se ele havia conseguido o tratamento de que precisava:

Eles são muito atenciosos, não são só os geriatras, são os geriatras, enfermeiros, os psicólogos, todos eles. Eles fazem o trabalho com dedicação. A Dra. Vilma já está aposentada, ainda atende no HUAP, a Dra. Yolanda aqui. Olha, é uma coisa espetacular. É pena que não é divulgado isso como deveria ser, pela imprensa televisada e por aí a fora. Acho que falta um pouco de divulgação do trabalho do CRASI (Senhor C).

A Senhora “D”, cuidadora, também se pronunciou avaliando bem os serviços prestados pelo CRASI:

A parte de geriatria e a parte de dermatologia houve um tratamento ótimo. A parte de cardiologia, a primeira médica que atendeu ela, eu queria um pouco mais de atenção, mas ela estava sempre com pressa. Agora ela está com outra doutora e ela foi mais atenciosa. Essa nova cardiologista foi

mais minuciosa e atenciosa. Apesar dos atendimentos serem de 3 em 3 meses eu posso dizer que minha mãe tem um atendimento muito bom. Tanto no 'Mequinho' como no HUAP (Senhora D).

A configuração da rede de produção do cuidado ao idoso é obtida com muito esforço, a partir da contribuição de voluntários, pós-graduandos e profissionais do HUAP. O apoio institucional da Administração do Hospital Antônio Pedro é pequeno, por causa da restrição de recursos humanos, materiais e financeiros. Existe o Plano de Conduta, resultado de uma Avaliação Multidimensional que começa na Geriatria e um encaminhamento aos atendimentos especializados com a equipe da Gerontologia (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, etc.). Toda semana, a equipe Multiprofissional (Geriatria e Gerontologia) troca informações sobre a evolução dos usuários e os encaminhamentos podem ser feitos de qualquer ponto da linha de cuidado. A narrativa dos usuários deixou claro que a produção do cuidado é resolutive no contexto das suas expectativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo vem demonstrar, em primeiro lugar, que toda a construção do Serviço de Atenção à Saúde do Idoso aqui retratado se viabilizou a partir do trabalho de um pequeno grupo inicial, que obteve apoio institucional e, principalmente, foi capaz de montar uma rede de profissionais colaboradores que se tornaram um grupo que constituiu, junto com a coordenadora, as primeiras iniciativas de formação na área de Atenção à Saúde

do Idoso e, efetivamente, o cuidado a estes. Há uma intensa atividade de microgestão organizada para atender as necessidades de constituição deste novo serviço que demandava, mais do que cuidado, um esforço de formação de profissionais na área proposta de trabalho.

Verifica-se a produção de um pacto, no âmbito interno ao Hospital, com funcionamento em rede que viabiliza o novo serviço. Este pacto se constitui por ação institucional, como é demonstrado pela participação da Pró-reitoria de Extensão, e também informal, a partir da constituição do primeiro grupo de profissionais interessados, que organizam ações de formação e assistência.

O estudo e trabalho específicos com idosos, na dimensão em que aqui é retratado, é relativamente recente no Brasil. Sua juventude requer que haja um grande esforço de instalação da política de cuidados, incluindo a formação de pessoal técnico e o provimento das necessárias infraestrutura e logística para o trabalho.

Fica claro, na pesquisa, que este trabalho de cuidado aos idosos começa de forma voluntária, a partir do esforço de poucos profissionais, e ganha uma dimensão importante. Para isto, foi fundamental a organização de cursos e outras possibilidades de formação na área.

Embora recente, o CRASI se torna uma referência para atendimento a idosos, combinado com a política desenvolvida pelo Ministério da Saúde, mas não fica preso a ela, pois existe uma aproximação, uma implicação, um envolvimento com os idosos e suas famílias que é muito intenso. Chega a ser um compromisso compartilhado para a sustentabilidade do

serviço, demonstrando forte implicação com o mesmo. Esta questão, em específico, nos remete ao tipo ideal de relação que se pretende ter nestes casos, em que a família, mais do que envolvida, se torna cúmplice da equipe de trabalho. Ocorre aí um espaço de troca, compartilhamento, interseção na relação entre a equipe, o usuário e cuidadores, tornando assim o cuidado mais integral.

Há neste gesto de aproximação com as famílias e seu envolvimento nos serviços do CRASI, o reconhecimento de que isto lhes dá um aprendizado que leva ao reconhecimento do seu ente que está sendo cuidado pelo serviço, reconhecimento necessário porque este já não é mais aquele “pai, provedor da família”; “mãe, cuidadora dos filhos”, ou outra representação social que eles tiveram e exerceram. Há uma outra pessoa que nasce, e ela precisa de reconhecimento para que os que dela cuidam possam fazê-lo o melhor possível. Isto é a integralidade em ato, no exercício cotidiano do trabalho e cuidado.

REFERÊNCIAS

AMÊNDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no PSF. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2008.

AZEREDO, N. A. **Fragments da Sala de Espera**. AISE – Associação de Idosos da Sala de Espera, 2009.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2010. Pista 3. p. 52-75.

BRASIL. **Decreto nº 1.948**, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília, 1996. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 19 set. 2013.

BRASIL. **Lei Federal nº 8842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm>. Acesso em: 19 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1395**, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, nº 237-E, p. 20-24, 1999a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.399**, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília, 1999b. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 702**, de 12 de abril de 2002. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia Operacional e Portarias Relacionadas. Brasília, 2002. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: MS, 2011.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap. 6, p. 58-71.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. *et al.* (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: _____.; _____. (Org). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREITAS, E. V. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, L. *et al.* (Org.). **Tempo de envelhecer**. São Paulo: Setembro, 2006. Cap. 1, p. 15-38.

FRENK, J. *et al.* La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. **Estudo e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica nº 29**. www.ibge.gov.br.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2011**. www.ibge.gov.br. Acesso em: 7 out. 2013.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2007.

LINDOLPHO, M. C. *et al.* O cuidador de idoso com demência e a política de atenção à saúde do idoso. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], Recife, v. 8, n. 12, p. 4381-4390, dez. 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.

MINAYO, M. C. S. A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós-industrial. **Arquivo de geriatria e gerontologia**, v. 4, n. 2, p. 51-56, 2000.

SCAZUFCA, M. Impacto nos cuidadores de idosos com demência e suas implicações para os serviços de saúde. In: FORTALEZA, O. V.; CAMELI, P. (Ed.). **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 577-586.

SCHMIDT, M. L. S. **A experiência de psicólogas na comunicação de massa**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

VERAS, R. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. **A Terceira Idade**, v. 14, n. 28, p. 6-29, 2003.

VERAS, R. P.; PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre envelhecimento**, UERJ, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.43-59, 2003.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly correlates of feelings of burden. **Gerontologist**, v. 20, n. 6, p. 649-655, 1980.

CAPÍTULO 7

MULHERES MASTECTOMIZADAS: NARRATIVAS DE UMA AUSÊNCIA

Adriano Rodrigues de Souza
Amanda Viana de Medeiros Costa
Ilana Ferreira Cardoso Assunção
Daniella Barbosa Campos

INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas (BRASIL, 2011).

Previsões dão conta de que, em 2030, a carga total global de câncer será de 21,4 milhões de casos novos e 13,2 milhões de mortes por câncer em consequência do crescimento e envelhecimento da população bem como da redução na mortalidade infantil e nas mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento. No Brasil, estimou-se para o ano de 2014-2015 a ocorrência de 576.000 casos novos de câncer (INCA,

2014). Dentre os inúmeros tipos de câncer, destaca-se o câncer de mama, por ser o maior responsável pelos óbitos decorrentes de câncer em mulheres no Brasil, registrando uma taxa de mortalidade de 208 mulheres a cada 100.000 habitantes, em 2011 (DATASUS, 2014).

Para 2014, foram esperados 57.120 casos novos de câncer de mama em todo o Brasil, com um risco estimado de 56 casos a cada 100 mil mulheres. A mesma patologia causará 2.060 casos de câncer de mama, no mesmo período, no Estado do Ceará, sendo que, para Fortaleza, estima-se que 850 casos de câncer de mama surgirão (INCA, 2014).

Apesar de ser considerado um tipo de câncer de bom prognóstico, se detectado e tratado precocemente, observa-se que as taxas de mortalidade por esta doença continuam elevadas no Brasil. O controle desta enfermidade deve priorizar a detecção precoce que deve ser realizada a partir do exame clínico (ECM) e da ultrassonografia das mamas e mamografia (BONFIM *et al.*, 2009; INCA, 2014).

O exame clínico das mamas é o procedimento mais importante para analisar os sinais e sintomas relatados pelos pacientes com o objetivo de fazer o diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de câncer e aquelas relacionadas a condições benignas (BRASIL, 2013). A ultrassonografia é um exame de imagem, sendo o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis em mulheres com menos de 35 anos. A mamografia é um dos exames que permite a detecção precoce do câncer, ao mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas, e deve ser realizada a cada dois anos, por mulheres entre 50 e 69 anos ou segundo recomendação médica (BRASIL, 2011).

A mastectomia é definida como a retirada total ou parcial da mama, sendo responsável por uma série de alterações vivenciadas pelas pacientes que a enfrentam, pois surge como um processo cirúrgico agressivo, acompanhado de consequências traumáticas para a vida e a saúde da mulher (ALVES, *et al.*, 2010).

A mama representa pra mulher a feminilidade, a sensualidade. Quando a mama é retirada, a mulher vivencia uma experiência difícil, em função da distorção de sua autoimagem, principal estímulo da autoestima, o que se reflete em seus relacionamentos interpessoais, pois ela acaba sentindo tristeza, angústia, vergonha e rejeição da própria imagem (OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004). A mulher submetida à mastectomia pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir sua vida profissional, social, familiar e sexual (OLIVEIRA; FERREIRAS; SAWADA, 2008).

Azevedo e Lopes (2010) evidenciaram dificuldades de aceitação das alterações ocorridas pela cirurgia, levando à não correspondência da expectativa da imagem corporal esperada. A mulher sofre muito, sente que a mastectomia é uma agressão para com ela e faz com que ela se sinta inferior às outras mulheres. Moura *et al.* (2010) destacaram que inúmeros sentimentos de mulheres após a realização da mastectomia são observáveis, dentre eles: medo, acanhamento, estranheza, tristeza, espanto, desânimo, ou seja, uma desolação em relação à situação de mutilação a que foram submetidas, sendo que o choque existente em relação à percepção física é mais evidente após a visualização do resultado da mastectomia.

A diminuição da autoestima é um dos maiores problemas encontrados durante o pós-operatório, pois esta sensação de

descontrole, que provoca impotência diante da mutilação física, e o receio de não ser aceita fisicamente podem levar essas mulheres a perderem a capacidade de retomar a sua vida normalmente (MOURA *et al.*, 2010).

Nesse contexto, percebe-se o quanto é difícil a decisão de realizar a mastectomia para as mulheres com câncer de mama e, por isto, torna-se relevante que o profissional de saúde compreenda a experiência pela qual essa mulher está passando e, assim, busque ferramentas de enfrentamento desta problemática, identificando os aspectos emocionais e as repercussões ocasionadas pós-cirurgia.

A aproximação com o tema surgiu durante as aulas na Atenção Primária à Saúde onde vivenciamos mulheres diagnosticadas com câncer de mama e que foram submetidas à mastectomia que enfrentavam a doença de maneiras distintas. A partir deste momento, surgiu a necessidade de desvendar a história de vida destas mulheres.

O estado de tensão gerado pelo estresse, de um modo geral, é determinado pela capacidade do indivíduo de se adaptar física, mental e socialmente às exigências impostas por esses estímulos nas mudanças ocorridas em sua vida, sejam estas positivas ou negativas (BERNARDI *et. al.*, 2013).

Nesse contexto, surgiram alguns questionamentos: *Quais os sentimentos de mulheres submetidas à mastectomia? Como foi a experiência dessas mulheres desde o momento do diagnóstico até a decisão da retirada das mamas?* Com foco nestes questionamentos, objetivou-se compreender os sentimentos e a experiência vivenciados pelas mulheres que foram submetidas a mastectomia no município de Fortaleza-Ceará.

A relevância do estudo se encontra na possibilidade de compreender os sentimentos e experiências de mulheres mastectomizadas em suas necessidades, dificuldades, medos, crenças, para, assim, poder, a partir de seus relatos, identificar o sofrimento dos sujeitos e suas famílias, oferecendo subsídios para o redirecionamento das políticas de saúde da mulher no enfrentamento da questão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo seguindo a abordagem qualitativa, utilizando-se como método de coleta a história oral temática.

A pesquisa qualitativa contempla um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser restringidos às mensurações de variáveis. Esta abordagem possibilita desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, permite a construção de novas abordagens e a formação de conceitos durante a investigação (MINAYO, 2010).

A História Oral se configura como uma estratégia de captação de informações referentes às experiências vividas sejam elas pessoais ou coletivas. Este método utiliza como fontes de informação, através de relatos escritos ou falados, pessoas cujas experiências de vida estejam diretamente relacionadas com o objeto de estudo (MICHEL, 2009). Para Meihy e Holanda (2010), a História Oral é conhecida por história viva e também como história dos contemporâneos, tendo que responder a um sentido de utilidade prática e imediata. Isto não quer dizer que

ela se esgote no momento da apreensão e da eventual análise das entrevistas, pois mantém um compromisso de registro permanente que se projeta, sugerindo que outros possam usá-la, como afirmam os autores. Versam, ainda, sobre práticas de apreensão de narrativas realizadas por meio do uso de recursos eletrônicos com o objetivo de recolher testemunhos, promover análise de processos sociais do presente e favorecer o conhecimento. A História Oral, como metodologia, se divide em três ramos: a história oral de vida, a tradição oral e a história oral temática. A história oral temática é caracterizada pelo seu caráter social e conceitual centrado no testemunho e na abordagem de um recorte temático, admitindo e utilizando questionários que promovam as discussões específicas sobre um assunto.

O estudo aconteceu em um grupo de autoajuda denominado AMAR. O grupo é uma organização não governamental que tem como finalidade promover a autoestima da mulher mastectomizada e contribuir para a sua qualidade de vida. O grupo de apoio é uma estratégia inovadora que vem sendo construída e aprimorada a cada dia, sendo constituído por uma equipe que planeja atividades, visando à promoção e à reabilitação da saúde.

Os encontros têm momentos de educação em saúde nos quais são abordados assuntos que ofereçam informações clínicas sobre o câncer de mama e a mastectomia, espaço este em que também se reforça a importância da mamografia para a prevenção do câncer e de sua reincidência. Durante o encontro, são também promovidas trocas de experiências entre as participantes, o que facilita o enfrentamento da situação de saúde-doença de cada uma e, por fim, são realizados exercícios de relaxamento e lazer.

Os encontros do Grupo AMAR são coletivos e contam com a presença de, aproximadamente, quinze mulheres mastectomizadas. Durante esses encontros, que acontecem semanalmente, geralmente na casa da coordenadora do grupo, são realizadas trocas de experiência e atividades manuais, como o artesanato.

Os sujeitos do estudo foram quatro mulheres mastectomizadas que frequentam o Grupo AMAR denominadas no estudo com o nome de apoio às mulheres mastectomizadas, que fica localizada no município de Fortaleza. Foram coletadas as narrativas de quatro mulheres na faixa etária de 54 a 67 anos que, em sua maioria, tinham o ensino médio completo, eram casadas, com renda familiar em torno de dois salários mínimos, católicas, domésticas e com história de mastectomia há 7 anos. Participaram do estudo as mulheres mastectomizadas residentes em Fortaleza, com idade acima de 18 anos e que apresentaram consentimento positivo para a participação no estudo. O quantitativo de narrativas foi definido pelo processo de saturação.

O estudo foi realizado no período de março a abril de 2015, através da técnica da história oral temática. (MEIHY; HOLANDA, 2010).

Utilizamos para essa coleta um roteiro de entrevista semi-estruturada com a finalidade de aprofundar e obter dados específicos com o mínimo de influência do entrevistador (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002), permitindo que o informante desenvolva uma narrativa longa, rica e cronológica enfocando o tema da pesquisa. O roteiro foi aplicado em ambiente apropriado e as narrativas gravadas sob o consentimento prévio dos participantes.

Os instrumentos de pesquisa explorados apresentam um risco mínimo, que foi reduzido pelos pesquisadores enquanto moderadores da entrevista, deixando sempre claro que o sujeito não precisaria responder a qualquer pergunta ou conceber informações que julgasse muito pessoal ou se se sentisse desconfortável em falar sobre determinada questão.

De posse das narrativas, seguiu-se as etapas propostas por Meihy (1998) que consistem em realizar a transcrição literal das narrativas tais como foram gravadas. Em seguida, foi realizada a textualização, organizando a narrativa, suprimindo as perguntas e dando-lhe sentido a partir de uma frase de destaque surgida durante a entrevista. Na terceira etapa, ocorreu a transcrição, redigindo as narrativas com pequenas interferências do autor como forma de dar um sentido ao texto.

A análise dos dados foi fundamentada no método das narrativas proposto por Gomes *et al.* (2007), que privilegia a interpretação de sentidos e a leitura exaustiva do material formando um quadro com aspectos comuns e discordantes, gerais e singulares das narrativas, de maneira a compreendê-las de forma conjuntural. Posteriormente, classificamos os eixos temáticos, trazendo a articulação entre textos e subtítulos contidos nas falas bem como a discussão dos eixos temáticos, tendo como referência os marcos teórico-conceituais.

Buscamos, mediante as narrativas, estabelecer a estrutura de um episódio, organizar a sequência dos eventos e propor explicações por meio da interpretação, detectando problemas e significados que dão sentido à experiência (SILVA; TRENTINI, 2002).

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram agrupados em duas categorias: entre os sentimentos da suspeita do câncer de mama à mastectomização; e o conforto espiritual no enfrentamento da doença. A presente pesquisa foi aprovada pelo Parecer nº 1.356.307.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ENTRE OS SENTIMENTOS DA SUSPEITA DO CÂNCER DE MAMA À MASTECTOMIZAÇÃO

Percebemos, nas falas a seguir, que a identificação de alguns sinais do câncer deixa a mulher apreensiva e que, neste momento, se inicia uma suspeita de que algo não está bem, no entanto, não se têm ainda ciência do que está acontecendo ao certo com seu organismo.

Eu descobri o câncer fazendo o autoexame, notei que tinha um caroço no meu peito e era um nódulo, então não consegui dormir de noite preocupada e com medo de ser algo grave (Acácia).

Eu descobri que estava com câncer, porque senti uma dor no meu braço esquerdo e falei para o meu esposo, tirei a blusa, e percebi que tinha uma secreção saindo do meu peito, fiquei muito nervosa e corri para o médico [...] (Margarida).

A mulher deve ter um amplo conhecimento sobre seu corpo, pois a conjuntura anatômica feminina propicia a instalação de patologias, o que requer inspeções e avaliações constantes de alterações orgânicas que possam ocorrer em seu organismo. Os relatos de Acácia e Margarida retratam bem a importância do autoexame físico, seja mamário, seja vaginal ou de qualquer parte ou órgão do corpo feminino.

Nos exames físicos realizados, Acácia e Margarida conseguiram identificar precocemente alterações em sua conjuntura corporal, mesmo que isso lhes tenha provocado temores, angústias e ansiedades prematuras, fato superado com a intervenção precoce que este autoexame proporcionou. A confirmação do câncer de mama, que é uma doença grave e estigmatizada, faz a mulher vivenciar sentimentos contraditórios e traz consigo traumas psicológicos, perda da autoestima, sentimento de culpa e de fracasso (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

Em face do diagnóstico, a mulher passa por crises de instabilidade, marcadas por medos, frustrações, conflitos e insegurança. Este sofrimento está associado à ideia do caráter incurável e da possível morte, pois, em nossa sociedade, o câncer está relacionado à crença de que seu portador está condenado a morrer. Este estigma é histórico, devido às poucas chances de cura que um paciente oncológico dispunha tempos atrás (CAETANO; GRADIN; SANTOS, 2009).

Nesse contexto, outros tabus relacionados ao câncer de mama estão associados com a possível desfiguração de partes do corpo e até do próprio atrativo sexual, trazendo sofrimentos às mulheres.

Fui fazer exame de rotina: ultrassonografia e mamografia e apareceu o nódulo. Fui ao mastologista, que fez a punção e deu que já tinha 3 cm, fiquei muito transtornada, foi um desespero muito grande, uma revolta, eu tinha tudo, uma família maravilhosa, marido, duas filhas lindas, um emprego bom e de repente, é como se tivessem me tirando tudo. Me faltou o chão. Foi horrível, fiquei totalmente revoltada, não queria falar com ninguém e nem ver ninguém (Pérola).

[...] quando o mastologista disse que eu estava com um câncer de mama maligno e que tinha que fazer mastectomia radical, ou seja, tirar a mama, saí de lá desesperada. Meu sentimento era de morte, já queria dizer para as minhas filhas como era o jeito que eu queria me enterrar, fiquei muito nervosa (Acácia).

A descoberta do câncer de mama ou de qualquer outro tipo é assustadora. Inúmeras emoções se instalam e um filme da vida se inicia em sua mente e, em seguida, as cenas da vida passada projetam os sentimentos para o futuro. Acácia logo pensou em organizar seu sepultamento. Outro sentimento comum e refletido nas falas é o de negação da doença acompanhado de medo, tristeza, desespero, desânimo, ou seja, uma variedade de emoções em relação ao câncer. Surge, também, o pensamento de contraprova por parte de outros profissionais, reavaliação e execução de novos exames na esperança de encontrar algo novo que descarte o exame anterior. Passadas estas fases, surgem a aceitação do diagnóstico e a vontade de lutar contra essa doença.

Fui ao mastologista e ele disse que eu tinha que retirar a mama, assim, sem me preparar: fiquei sem sentir o chão, foi horrível o modo em que ele falou. Foi muito chocante receber uma notícia desse jeito, saí de lá desnorтеada. Foi muito difícil, você pensa logo que vai morrer, acha que não vai sobreviver com aquilo, porque quando você tem um diagnóstico de câncer você imagina que é uma sentença pra morte. Eu chorei muito no começo, mas percebi que não adiantava ficar chorando, se lamentando, e então comecei a orar, e com a força de Deus eu sabia que ia superar tudo isso (Beija Flor).

Fui pro mastologista, quando cheguei lá, o médico disse que eu tava com câncer. Eu voei em cima do médico, disse que era mentira e depois, como eu sempre aceito as coisas... (Margarida).

Os sentimentos vivenciados no momento do anúncio do diagnóstico podem ser antagônicos, como o de Beija Flor e Margarida: a primeira se sentiu chocada com o resultado e com a forma como o profissional informou o diagnóstico. Já Margarida, apresentou um momento de agressividade: “eu voei em cima do médico”. Esses tipos de reações e sentimentos devem ser esperados pelos profissionais, por isto, é muito importante estar preparado para dar um diagnóstico de uma doença tão estigmatizante para as mulheres.

É necessário que o profissional de saúde possa atuar compreensivamente, devendo a comunicação profissional–paciente ter caráter informativo e paternalista, com a qualidade nas relações interpessoais como elemento essencial na consultapara facilitar a conversa informativa, o que não assegura reciprocidade na conversação (MIRANDA; FELICIANO; SAMPAIO, 2014).

A negação da doença frente aos estágios psicológicos no enfrentamento do câncer representa a etapa em que a mulher não crê no diagnóstico que está recebendo, sendo esta uma fase temporária, posteriormente substituída pela aceitação parcial. Nesta etapa, ainda é comum uma transição em que, em um determinado momento, se fala sobre a realidade do assunto e, de repente, se o nega completamente. Na aceitação, os fatos começam a ser enfrentados com a consciência das possibilidades e das limitações (ROSA; RADÜNZ, 2012).

A principal terapêutica do câncer de mama é a mastectomia em que a mulher é submetida à retirada da mama ou de parte dela. A mastectomia provoca uma mudança grande na aparência física, pois tal cirurgia representa a amputação de parte do corpo considerado como símbolo da feminilidade. A perda da mama pode levar ao sentimento de mutilação ou até mesmo de castração: é como se as mulheres estivessem perdendo um ente querido (BOSSOIS et. al., 2012).

O seio é uma beleza do corpo de uma mulher, você pensar que você vai ficar sem, tirar um peito, é chocante, é doloroso, é mutilação, é algo que é bonito seu e você tira, é triste, tanto que quando o médico foi tirar

a atadura eu disse que não queria ver, imagina você ficar sem nada, quando olhei, é uma cirurgia, mas depois você vai se acostumando, com a convivência você tem que aceitar... (Beija-Flor).

Quando eu descobri que tinha que tirar minhas mamas eu fiquei muito triste, mas não tive sentimento de depressão, fiquei só triste, porque de qualquer jeito é uma mutilação do seu corpo (Acácia).

A mulher percebe a retirada das mamas como algo que lhe tira a feminilidade e a autoestima. Os discursos de Beija-Flor e Acácia retratam as emoções vivenciadas com a perda da mama; sentimentos como tristeza, mutilação e dor psicológica se instalaram com a perda do símbolo da sexualidade feminina. Em seu discurso, Acácia relata o sentimento de mutilação, no entanto, vem a reflexão sobre o motivo da cirurgia e a percepção de que “você tem que aceitar...”.

Quando eu fui tirar as mamas, pedi pra tirar as duas, mas o médico disse que não podia [...] Nunca tive depressão, só que eu achava que ia ficar feia (Margarida).

Foi um desespero quando eu soube que ia tirar as mamas, eu chorava, berrava, é louco. Mas a gente descobre que tem muito mais força do que a gente imagina. Temos fases de muita depressão, fases de aceitação, mas também fases de aflição. (Pérola).

Quando a mulher percebe a possibilidade de ficar sem uma de suas mamas, a tendência é que tal fato gere muito sofrimento porque ela não sabe como as pessoas irão reagir em relação à sua aparência. Entretanto, no discurso de Pérola, ela refere que é neste momento que elas percebem que precisam ser fortes para superar todos esses obstáculos. Já Margarida percebe outro significado relacionado à retirada das mamas: para ela, a mastectomia funciona como uma nova chance de obter a cura do câncer de mama, assim, a retirada das mamas não causou nenhum tipo de sentimento negativo.

Na mastectomia você vê que há esperança, que se você retirar o seu peito você vai sobreviver, ter outra vida. Aí você vê que o importante é a vida, você começa a ter outros valores, vê outras coisas que antes não tinha valor. (Margarida).

3.2 O CONFORTO ESPIRITUAL NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA

Essa categoria versa sobre a importância do conforto espiritual para o enfrentamento da doença visto que este auxilia na superação de todos os momentos vividos desde a descoberta até a cura da doença.

[...] com a força de Deus eu sabia que ia superar tudo isso. Minha família também foi muito importante, meus filhos, eles diziam pra eu crer, que Deus ia me curar. Depois eu queria só lutar, eu tinha duas opções, vencer ou vencer (Beija-Flor).

Sempre tive fé em Deus que ia sair dessa, sempre fui uma pessoa muito alto astral, e isso me fortaleceu no enfrentamento do câncer de mama; claro que foi sofrido pra mim, mas não me deixou uma pessoa azeda, eu sou a mesma pessoa alegre, graças a Deus, e trouxe benefícios na minha vida (Acácia).

As entrevistas de Beija-Flor e Acácia evidenciam que a fé em Deus fornece um amparo espiritual para as mulheres, gerando sentimentos como força e coragem para superar todos os obstáculos que surgem no decorrer da doença, sendo a espiritualidade um suporte de enfrentamento para a superação do câncer de mama.

No relato de Margarida, a doença foi percebida como uma graça recebida de Deus, porque faz com que as mulheres percebam o verdadeiro sentido da vida e ressignifiquem alguns paradigmas.

Eu enfrento a doença bem, procuro muito ajudar as pessoas. A minha doença assim foi uma benção pra mim, eu aceitei no início e até hoje dou Graças a Deus por eu ter passado por isso, pois eu melhorei como pessoa, eu era preconceituosa, hoje não sou mais. (Margarida).

Corroborando, Silva *et al.* (2010) afirmam que o apego à religião em momentos difíceis é uma prática rotineira em nossa cultura; a fé e a crença em Deus fornecem forças para que se possa vivenciar esta fase da luta contra o câncer da melhor forma e, a partir da fé, superar as dificuldades vivenciadas.

A espiritualidade se configura como um importante elemento de apoio para as mulheres no enfrentamento do câncer de mama bem como na manutenção e recuperação da saúde, uma vez que a fé e a esperança podem auxiliar a aliviar a dor e o sofrimento causados pela presença da doença em seu cotidiano, além de representar esperança em relação à cura (CORREA, 2006).

Para Moura *et al.* (2010), é essencial a compreensão de significados religiosos por todos os envolvidos neste processo de adoecimento, visto que isto pode sinalizar uma promoção em saúde que invista na desconstrução de situações geradoras de sentimentos negativos nestas pacientes, favorecendo mais coragem para enfrentar a doença como algo passível de controle, assegurando maior estabilidade emocional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que a mulher, ao ser diagnosticada com câncer de mama, apresenta vários sentimentos, tais como: desespero, revolta, tristeza, medo e rejeição, sentimentos que geram conflitos, tornando necessária uma assistência mais humanizada e centrada no apoio emocional e nas dificuldades específicas das mulheres no momento da descoberta desta doença.

A mastectomia é vivenciada pelas mulheres com câncer de mama como uma mutilação que afeta a autoimagem corporal e gera sofrimento psíquico. Entretanto, também é percebida como uma forma de obter a cura da doença.

A espiritualidade e a fé foram compreendidas como instrumentos importantes que fornecem amparo e suporte para o enfrentamento da doença. O apego a Deus motiva as mulheres a aderirem ao tratamento e buscarem a cura.

Com a análise de todas essas entrevistas, fica explícito que a totalidade das mulheres do estudo passou por momentos de conflitos com a descoberta do câncer de mama, fato este que está relacionado aos tabus da sociedade bem como ao medo relacionado à doença.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. *et al.* Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, dec. 2010.

ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 664-671, dec. 2008.

AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, dec. 2010.

BERNARDI, M. L. D. *et al.* Efeitos da intervenção Hatha-Yoga nos níveis de estresse e ansiedade em mulheres mastectomizadas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, dez. 2013.

BONFIM, I. M. *et al.* Identificando fatores e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 1, jan./mar. 2009.

BOSSOIS, E. *et al.* Sentimentos da mulher mastectomizada. **Universo da Enfermagem**, Faculdade Capixaba de Nova Venécia, v. 2, n. 1, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de Mama: detecção precoce**. Brasília: Ministério da Saúde; Instituto Nacional do Câncer, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: MS, 2013.

CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2009.

GOMES, M. *et al.* “Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil”. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 94-101, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA –INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA –INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em Ciências Sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, A. C. A.; FELICIANO, K. V. O.; SAMPAIO, M. A. A comunicação médico-paciente na percepção de mulheres com nódulo mamário e indicação de biópsia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 14, n. 3, p. 251-260, set. 2014.

MOURA, F. M. J. S. P. *et al.* Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 477-484, jul./set. 2010.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.115-123, mar. 2008.

OLIVEIRA, M. M.; MONTEIRO, A. R. M. Mulheres mastectomizadas: ressignificação da existência. **Texto contexto enferm**, v. 13, n. 3, p. 401-408 jul./set. 2004.

ROSA, L. M.; RADÜNZ, V. Significado do câncer de mama na percepção da mulher: do sintoma ao tratamento. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p.445-450, out./dez. 2012.

SILVA, S. E. D. *et al.* Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, out. 2010.

SILVA, D. G.V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 423-432, maio/jun. 2002.

CAPÍTULO 8

AÇÕES DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM HANSENOLOGIA

Sarah Virgínia Amaral Cardoso da Cunha
Thereza Maria Magalhães Moreira
Ana Zaira da Silva
Ana Larissa Gomes Machado

INTRODUÇÃO

A hanseníase, uma das doenças mais antigas e referidas da história, tem sido responsável por uma verdadeira metamorfose de caráter sociocultural ao longo dos séculos, especialmente por estar associada a preconceitos e estigmas que resistem ao tempo e à modernização de costumes e valores, nos seus mais profundos aspectos.

Datada de 600 a.C. e milenarmente conhecida como “lepra”, a hanseníase é definida como uma doença infectocontagiosa crônica, provocada pelo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen. Parasita intracelular obrigatório, o *M. leprae* apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, sendo a única espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos, especificamente as células de Schwann (SILVA *et al.*, 2014; BRASIL, 2010).

Caracterizada pelo surgimento de lesões de pele que se apresentam com diminuição ou ausência de sensibilidade, a hanseníase pode se manifestar de diferentes formas clínicas: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa, e Virchowiana. O tratamento se dá, via de regra, com poliquimioterapia (PQT), definida com base no número de lesões cutâneas que classifica os casos em Paucibacilar (PB), com até cinco lesões de pele, e Multibacilar (MB), com mais de cinco lesões de pele. A PQT mata o bacilo e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela provocadas. Logo no início do tratamento, a transmissão da doença é interrompida e, sendo este realizado de forma correta e completa, garante a cura do paciente (BRASIL, 2010; OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014).

Apesar da mudança no perfil epidemiológico brasileiro, com maior número de casos de doenças crônicas em detrimento das infecciosas, os dados referentes aos índices de morbidade, especialmente pela hanseníase, continuam demonstrando que o país, embora venha apresentando um declínio no número de pessoas com hanseníase, permanece com o maior número de casos desta doença nas Américas. Em 2006, o Brasil apresentou o maior coeficiente de prevalência da hanseníase dentre todos os países do mundo (OMS, 2007) e, em 2011, ficou em segundo lugar no ranking mundial, atrás apenas da Índia, contribuindo com 58% dos casos novos notificados em todo o mundo (PINHEIRO *et al.*, 2015).

Dentre as regiões brasileiras que mais se destacam com relação à incidência e prevalência da hanseníase, destaca-se o Nordeste (PINHEIRO *et al.*, 2015). Nesta região, o Estado do Ceará, no período de 2008 a 2015, notificou 2.570 casos de

hanseníase, resultando em uma taxa de detecção equivalente a 30,41/100.000 habitantes. Apenas no ano de 2015, foram notificados, em todo o Estado, 1.743 novos casos, com taxa de detecção de 20,25/100.000 habitantes, o que comprova, segundo os parâmetros da Portaria nº 3.125, que, apesar do relativo decréscimo nos números, a taxa de detecção ainda se mantém alta ao longo dos anos (BRASIL, 2010; CEARÁ, 2016).

Esse cenário reflete a necessidade de ampliar a rede de Atenção Primária em Saúde (APS) para que ofereça serviços de diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo a acessibilidade de usuários bem como a integralidade do cuidado (CEARÁ, 2016).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui em um dos principais eixos responsáveis pela realização de medidas preventivas e curativas, pois deve basear suas ações a partir de equipes multiprofissionais cujo objetivo é atender às necessidades de saúde das populações de sua área adscrita, inserindo-se no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência à saúde – a APS. A ESF nasceu alicerçada em princípios que, se respeitados, são capazes de provocar a transformação necessária para a reorganização das ações e serviços de saúde, de modo particular, no controle da hanseníase no Brasil (FERNANDES *et al.*, 2013).

Tratando-se, especificamente, da atuação do enfermeiro nesse contexto, é inegável que esse profissional se constitui como ator principal no cenário da ESF, principalmente quando o foco das suas ações está direcionado para o combate da hanseníase. Presença constante em todos os turnos de atendimento nas ESF, o enfermeiro pode (e deve) realizar ações que contem-

plem todas as vertentes previstas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) que, a partir da sua reestruturação pelo MS, em 2004, definiu novas metas que deveriam ser alcançadas no período de 2008-2011, por meio de ações educativas, preventivas, gerenciais, de controle, de tratamento e de reabilitação, devendo estas se efetivarem de maneira articulada entre todos os membros da equipe (BRASIL, 2011; PINHEIRO *et al.*, 2014).

Assim, considerando as lacunas ainda existentes em meio às ações de cuidados direcionadas à pessoa com hanseníase, este estudo teve como objetivo analisar as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para desenvolvimento pelo enfermeiro em hansenologia e sua execução.

MÉTODO

Este é um estudo descritivo realizado em quatro Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional V (SER V) da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. A escolha dos locais se deu por estes apresentarem os coeficientes de hanseníase mais elevados da cidade, de acordo com a Secretaria Regional V.

Do total de 20 enfermeiros nestes CSF, 17 obedeciam aos critérios de inclusão (trabalhar na instituição e com hanseníase há, pelo menos, seis meses e concordar em gravar as entrevistas) e 12 deles foram incluídos no estudo. Foi realizada entrevista semiestruturada gravada e observação sistemática das consultas de enfermagem para preenchimento de um *check list*. Para descrever as ações preconizadas pelo MS, foram feitas leituras exaustivas dos manuais e guias sobre Hanseníase, agrupando-se os dados segundo as diretrizes do PNCH.

Os dados resultantes da observação sistemática da consulta de enfermagem foram registrados no *check list*, organizados e, a partir daí, discutidos com respaldo na literatura pertinente. Já os depoimentos extraídos da transcrição das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo (BARDIN, 2011), com análise temática categorial. As categorias que emergiram das falas foram: vigilância epidemiológica e gestão em hanseníase; controle, tratamento e reabilitação em hanseníase; e educação em saúde em hanseníase.

O estudo foi precedido da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o Protocolo nº 10130691-1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da observação sistemática das consultas de enfermagem ao paciente com hanseníase, constatou-se que muitas das ações preconizadas pelo MS não foram desenvolvidas, como se observa no Quadro 1.

Quadro 1 – Frequência das atividades realizadas durante as consultas de enfermagem com abordagem em hanseníase na ESF – Fortaleza, 2010

AÇÕES PRECONIZADAS PELO MS	n
ANAMNESE	
Perguntas sobre sinais e/ou sintomas e sua duração:	7
-Alterações de pele	6
-Alterações de sensibilidade	5
-Dores nos nervos (ou câimbra, formigamento, dormência)	1
- Fraqueza nas mãos ou nos pés	2
AVALIAÇÃO DERMATOLÓGICA	

AÇÕES PRECONIZADAS PELO MS	n
Inspeção da pele	7
Pesquisa de sensibilidade térmica (com água quente e fria)	3
Pesquisa de sensibilidade dolorosa (com cabeça de alfinete)	1
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA	
Inspeção dos olhos	0
Inspeção do nariz	0
Inspeção dos membros superiores	0
Inspeção dos membros inferiores	0
Palpação dos troncos nervosos periféricos:	
-Nervo radial	0
-Nervo ulnar	0
Nervo mediano	0
-Nervo fibular comum	0
-Nervo tibial posterior	0
AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR	
Elevação da pálpebra superior	0
Fechamento das pálpebras	0
Prova da força muscular do 1º interósseo dorsal	0
Prova da força muscular do abdutor do 5º dedo	0
Prova da força muscular do abdutor curto do polegar	0
Prova da força muscular dos extensores do carpo	0
Prova da força muscular do tibial anterior	0
Prova da força muscular do extensor longo do hálux	0
Prova da força muscular do extensor longo dos dedos	0
Prova da força muscular dos fibulares	0
TESTE DA MOBILIDADE ARTICULAR	
Mãos	0
Pés	0
AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE	
Olhos – córnea (c/ fio dental)	0
Membros superiores (c/ estesiômetro)	0
Membros inferiores (c/ estesiômetro)	0
TESTE DE ACUIDADE VISUAL	0

Ações importantes como avaliação neurológica, de força muscular e de sensibilidade assim como os testes de mobilidade articular e de acuidade visual não foram observados durante a coleta dos dados. De acordo com o MS, essas ações devem ser realizadas pelo enfermeiro na ESF, pois constituem a mais importante arma no combate à principal causa do estigma social da hanseníase que são as sequelas incapacitantes da doença (BRASIL, 2010).

Do ponto de vista científico, o exame dermatoneurológico traz, de maneira simples, uma avaliação neurológica atualizada e padronizada dos testes de sensibilidade, força muscular e palpação dos nervos periféricos, permitindo monitorização, registro e intercâmbio de dados (SILVA *et al.*, 2014).

Adiante são apresentadas e descritas as categorias temáticas que emergiram da análise das falas dos enfermeiros.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E GESTÃO EM HANSENÍASE

Nas falas a seguir, pode-se identificar que a detecção ativa e a passiva, a notificação de casos, a investigação epidemiológica e o acompanhamento dos casos são realizados pelos enfermeiros entrevistados:

A gente faz busca ativa dos casos por meio do agente de saúde, a gente utiliza muito o serviço dele... e no próprio momento da consulta, às vezes, o paciente procura direto já com aquela mancha, a gente faz atividade educativa também, que faz com que desperte nele a questão de qualquer

tipo de mancha, eles já procuram pra ver, descartar ou não a possibilidade de ser hanseníase. (E2).

Pela busca ativa e acompanhamento dos casos de comunicantes, do tratamento, prevenção e educação em saúde. (E6).

Antes eram poucos casos e a gente começou fazendo investigação e tentando examinar contato, aí foi surgindo essa necessidade dessa busca ativa desses casos, porque eles foram aumentando, foram aumentando [...] (E7).

Infere-se que, quanto às ações de vigilância epidemiológica, as ações preconizadas pelo MS para desenvolvimento pelos enfermeiros estão sendo desenvolvidas por eles em conjunto com os agentes comunitários de saúde, contribuindo para a busca do controle da doença, pois, descobrindo-se precocemente novos casos e fazendo seu acompanhamento e dos contatos, pode-se quebrar a cadeia epidemiológica da hanseníase, evitando o surgimento de novos casos (BRASIL, 2005).

Sobre o sistema de informação, alguns profissionais mostraram dúvidas:

O sistema de informação que tu fala é? (E2).

Olhe, o sistema de informação que a gente utiliza é mais a questão do prontuário mesmo escrito, né [...] (E3).

Você fala de informação?! O sistema de informação que você fala é a nível de computação ou de informação?! (E8).

A gente usa assim... você fala com relação o quê?! Em relação à ficha?! (E10).

Esta situação não evidencia, necessariamente, que as ações de notificação e o acompanhamento dos casos não estejam sendo feitos corretamente, pois, quando questionados em relação aos registros da hanseníase, a maior parte confirmou a utilização do sistema, do prontuário do usuário e da ficha de acompanhamento de caso.

Observa-se, a seguir, que a gestão das ações em hanseníase são centralizadas nos enfermeiros sendo estes os principais responsáveis técnicos pelo programa:

Sim. Sou responsável técnico aqui do programa [...] (E3).

Não, de gestão não... a responsável técnica é a outra enfermeira. (E4).

No caso, você tá me perguntando se eu sou responsável?! Eu auxílio, mas na verdade, a enfermeira da unidade responsável pela hanseníase é a [...] (E8).

Não, aí, no caso, é com o fulano... A gente fica só com a parte assistencial... porque cada enfermeira é responsável por um programa. (E10).

Mas, alguns profissionais não conheciam as ações de gestão e consideraram a pergunta difícil ou afirmaram não entendê-la, conforme as falas:

Ações educativas? (E4).

É só pergunta difícil... tá difícil [...] (E6).

Eu acho que eu não entendi [...] (E11).

Perante os depoimentos, supõe-se que os enfermeiros não saibam realmente quais as ações de gestão do PNCH, pois pensaram que tais ações fossem desempenhadas apenas pelos responsáveis técnicos do programa na unidade e afirmaram não realizá-las.

O planejamento de atividades de detecção ativa e passiva; de busca de faltosos, contatos e abandonos; de atividades de educação em saúde para os usuários; e de treinamento e educação permanente para os profissionais da equipe; assim como a participação na implementação do sistema de informação para avaliação epidemiológica e operacional das ações de controle das doenças são ações de gestão que os enfermeiros devem desempenhar (OMS, 2010).

CONTROLE, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO EM HANSENÍASE

O acompanhamento de casos, a busca dos doentes faltosos, a investigação dos comunicantes e a realização da vacina BCG, consideradas ações de controle de doentes e contatos preconizadas pelo MS são atividades implementadas pelos participantes, de acordo com as falas que seguem:

Nesse caso, nós fazemos o acompanhamento por um ano, todos os meses o paciente vem até nós. O agente de saúde vai até a casa dessa pessoa sempre pra ver se está tomando os medicamentos tudo certinho. (E1).

Aqueles que não têm a vacinação da BCG a gente procura encaminhá-los da forma mais correta, submetendo a exames, e avaliando. (E8).

O controle é assim... a busca ativa dos casos faltosos, o exame do doente e o exame do contato... a gente chama... preenche a ficha de investigação epidemiológica [...] (E9).

É feita a busca dos comunicantes pra fazer investigação de mancha e em relação à vacina também. (E11).

Apesar de relatarem fazer a busca e o exame dos comunicantes, os entrevistados reconhecem que nem todos são examinados, pois a resistência para o comparecimento aos CSF é grande, conforme ilustrado a seguir:

Em relação aos contatos, fica a desejar, porque geralmente eles moram numa casa com muitas pessoas, a gente convida pra vir pra consulta, mas a gente observa que muitos não vêm. Quando vem, mora com oito pessoas, aí vem uma, duas pessoas, não vêm todas as pessoas, então não fica uma coisa eficiente. (E3).

Os contatos é que é complicado, é difícil, muitos trabalham, outros talvez não vejam a importância de se detectar essa doença precocemente... Nas palestras que a gente dá sempre orienta para vir os contatos, mas uma minoria muito insignificante vem... Contatos aqui é complicado. (E5).

No prontuário, anota o número de contatos e pede pra eles trazerem, mas nem todos os contatos comparecem. (E9).

Existem vários fatores que podem contribuir para a deficiência do controle das ações de hanseníase, como o diagnóstico tardio, a baixa cobertura assistencial, o abandono do tratamento pelos pacientes, a baixa taxa de controle de comunicantes e o baixo nível de esclarecimento da população. Também o estigma e o preconceito são fatores importantes, ao penalizarem pessoas com a doença e, desta maneira, contribuem para dificultar a execução das medidas de controle (VIEIRA *et al.*, 2008).

Esta informação não é nova. Lana e Rocha, ainda em 1997, já afirmavam que se pode deduzir que o motivo das dificuldades do contato de hanseníase comparecer ao controle pode residir no fato de as ações propostas para o seu acompanhamento serem preconizadas pelos órgãos públicos e definidas pelos profissionais de saúde como algo impositivo, para fazer cumprir, não considerando que o contato também deveria participar de uma forma dinâmica da definição deste controle.

Sobre o tratamento, consulta mensal, orientações quanto ao aparecimento de novos sintomas, de efeitos colaterais da

medicação, de reações hansênicas e de complicações, e a dose supervisionada da PQT foram enfatizados:

Sobre o tratamento, a gente faz a dose supervisionada na unidade, na medida do possível [...] (E2).

Eles fazem a medicação, a dose supervisionada, mensalmente, de 28 em 28 dias... são orientados em relação à dose diária e levam a cartela pra casa [...] as orientações é como tá o desenvolvimento dessa lesão, se a dormência continua, se diminuiu, se apresentou alguma neurite, alguma dor... mensalmente... A gente faz avaliação desses pacientes, todos os meses eles aparecem ao consultório pra avaliação. (E4).

O tratamento é mensal se tiver tudo ok... ele vem à consulta mensal, é feita a dose supervisionada, entrega a auto administrada, e já deixa marcado o retorno dele da próxima consulta com um mês... ele é orientado sobre as reações que possa ter e a voltar antes do retorno se ele sentir alguma coisa, reação do medicamento ou reação hansênica... Ele tem liberdade de vir... Sempre na consulta marcada ele é orientado a procurar. (E9).

O tratamento quimioterápico da hanseníase, conduzido corretamente e de acordo com a classificação operacional da doença, é suficiente para curar o doente. É sabido que a trans-

missão da doença é interrompida logo no início da administração dos medicamentos. Portanto, garantir que esse tratamento seja efetivo, completando sua duração e posologia indicadas, é uma intervenção importante no controle da hanseníase (BRASIL, 2004).

No que concerne à reabilitação, a prevenção de incapacidades, não raro, é delegada ao fisioterapeuta ou o paciente encaminhado para outro profissional e/ou para a unidade de referência, como evidenciado nas falas a seguir:

A reabilitação fica a desejar... A gente delega pro fisioterapeuta, que faz essa parte de prevenção de incapacidade de forma mais detalhada... (E3).

A reabilitação... a gente encaminha... graças a Deus eu não peguei nenhum caso assim... a gente pega no princípio da doença, não são aqueles casos graves... mas a gente encaminha pra fisioterapeuta... (E4).

Na verdade, a gente não tem nenhum caso assim, que eu, particularmente, tenha conhecimento de reabilitação, mas aqui na unidade, não desempenhamos, a gente sempre encaminha pro Dona Libânia, que é a referência. (E11).

Aqui a gente sempre observa, pergunta, faz os testes... e, geralmente, quando acontece que a gente percebe que eles estão com alguma deficiên-

cia, a gente encaminha pro médico, para passar algum medicamento pra evitar que piore. (E12).

Tal conduta vai de encontro às atribuições do enfermeiro preconizadas pelo MS, pois a ele compete prestar assistência integral à saúde da pessoa com hanseníase, devendo aplicar técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades (SILVA *et al.*, 2014). Em contraponto, algumas enfermeiras citaram algumas técnicas simples:

[...] Também a reabilitação é muito enfatizada neste grupo que te falei, que é o grupo de autocuidado... então, essa parte de reabilitação, no grupo a gente consegue trabalhar melhor [...] porque na consulta fica realmente a desejar. (E3).

[...] e a gente sempre tá trabalhando com eles nessa parte de autocuidado (hidratação, exercícios a fazer com as mãos, com os pés, com os olhos, com o nariz), tudo direcionado pra aquele grau de incapacidade detectado... (E7).

[...]sobre a reabilitação, informamos sobre os exercícios necessários, temos aquele quadro que informa como o paciente tem que manter a pele, colocar os pés em água... hidratação, evitar umidade, aparecimento de micose, com relação ao corte das unhas, exercícios, porque a força muscular, muitas vezes, é afetada [...] (E8).

Constata-se o desempenho de ações de reabilitação, embora a avaliação neurológica, de força e sensibilidade seja encaminhada ao fisioterapeuta.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM HANSENÍASE

Observou-se atividades de educação individual aos pacientes em acompanhamento orientando quanto à definição da doença, período de incubação, sinais e sintomas e modo de transmissão, incentivando a atenção ao aparecimento da doença em seus entes mais próximos:

A gente sempre orienta os pacientes já detectados [...] para observar manchas que podem aparecer em até dez anos na família ou alguma dormência. (E5).

A gente faz também a parte de educação em saúde dentro do consultório com o paciente e a família dele. Às vezes, a gente tem que sensibilizar, conversar sobre o que é a doença, sobre o que ela pode causar, como é transmitida, pra que a gente possa também tá trabalhando isso dentro da família. (E7).

A primeira consulta é bem demorada, eu oriento bem o paciente na consulta. (E10).

Essa prática é convergente ao preconizado, pois, segundo o MS, a pessoa com hanseníase deve participar do processo

educativo, sendo atuante em seu tratamento e um multiplicador de informações para ajudar no controle da doença (BRASIL, 2004).

A comunidade também é contemplada por ações educativas, tanto no próprio CSF, quanto em outros equipamentos sociais:

Muitas vezes, quando o paciente chega com outros problemas de pele, a gente orienta. Se aparecer alguma coisa insensível, uma mancha e tal, a gente avisa o que pode ser e tenta procurar uma unidade rapidamente. (E1).

A gente faz educação em saúde na comunidade, no PSE, nas escolas, tentando abordar a comunidade em geral... a gente faz o dia da mancha... Todas as pessoas vêm e assistem uma palestra sobre o que é hanseníase, independente deles serem suspeitos de hanseníase ou não... (E7).

Logicamente, que no dia da mancha, a gente procura... a gente procura sempre ficar atento, informar, reunir as pessoas, informar... e ir nos mutirões [...] (E8).

Constata-se que as ações educativas na comunidade estão sendo feitas, atividades estas de grande valor, pois a educação em saúde deve ser compreendida como uma proposta cuja finalidade é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade

de analisar de forma crítica a sua realidade como também de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico (SILVA; PAZ, 2010).

Foi manifestado ser o agente comunitário de saúde primordial na disseminação do conhecimento sobre a hanseníase para a população. Após receber treinamento a respeito do assunto, eles repassam todas as informações para os usuários:

[...]com o agente de saúde a gente faz uma reunião semanal e outra mensal... a gente tenta alertar a eles sobre o que é o suspeito, quando deve encaminhar... porque eles são os nossos olhos na comunidade, pra estarem sempre atentos... (E3).

Todo mês, nas reuniões, a gente intensifica e dá palestra na tentativa deles se sensibilizarem e detectarem esses casos [...] (E5).

[...] faz mais com o agente de saúde, dando treinamento... (E10).

[...]a gente faz treinamento com os agentes de saúde para que ele possa fazer o repasse de informações pra comunidade, que é o que a gente vê como mais importante. (E11).

É evidente que o ACS possui papel essencial no controle da hanseníase e também na consolidação do SUS, por facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde e, principal-

mente, por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade, fortalecendo as relações, facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco e atuando como agente de organização da comunidade com vistas à transformação de suas condições de saúde (GOMES *et al.*, 2009). No entanto, deve-se ficar atento para não repassar a eles toda a responsabilidade de executar as ações de educação na comunidade. O enfermeiro também é responsável por essas ações dentro e fora da unidade de saúde (BRASIL, 2005).

Quanto à educação permanente dos profissionais, poucos realizaram cursos de capacitação.

Oferece só que não é com muita frequência, tem muitos profissionais que não pegaram, quer dizer, quando teve um curso desse, não pôde ir todo mundo... vai uma e não vai as outras, vai ter que esperar outro curso pra ir outra... tem muita gente que não fez. (E1).

Aqui, a gente já tá com quatro anos aqui na Prefeitura e foi oferecido uma vaga; quem foi beneficiada foi a coordenadora de hansen na unidade. Eu não participei de nenhum curso, nem uma capacitação de hanseníase. (E2).

Aqui estou há três anos e ainda não participei de nenhuma, a minha experiência em curso já faz quase cinco anos. (E4).

Eles oferecem, só que, quando aparece uma vaga pra escolher entre os enfermeiros, não tive essa oportunidade. (E10).

Esta realidade denuncia o pouco investimento e as poucas vagas ofertadas, deixando de contemplar muitos profissionais. De forma geral, a assistência à pessoa com hanseníase é prejudicada, porque o processo de Educação Permanente em Saúde contribui para melhorar a qualificação dos profissionais, uniformizar e sistematizar o atendimento ao usuário em termos de integralidade, educação em saúde e desenvolvimento do autogerenciamento. Além disso, o intercâmbio e a análise das informações favorecem a aprendizagem multiprofissional e interdisciplinar na qual ação-reflexão-ação são concebidas, ao mesmo tempo (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008).

Quando questionadas acerca da preparação na Universidade para atuar em hanseníase, percebe-se déficit no repasse deste conteúdo:

Tive as disciplinas de saúde pública... mas superficial... (E3).

Não, na universidade, não... a gente sempre sai com aquela ânsia, né... aquela vontade de aprender... o meu aprendizado realmente foi na prática. (E4).

Não, fiz um curso muito rápido, e assim, na disciplina, né, na época da faculdade, fiz saúde pública II, eu nem me lembro acho que foi, e falava um pouco da hanseníase, da tuberculose, mas muito pouquinho. (E10).

Não, na verdade não, não, especificamente. A gente tem uma noção geral, né, mas até como profissional de saúde, a gente como atuante de PSF, a gente também tem esse déficit [...] (E11).

A pouca preparação na faculdade e a escassa oferta de vagas para cursos de capacitação faz com que essas profissionais tenham apenas a vivência prática como instrumento de aquisição de conhecimento, o que nega o modelo difundido atualmente: para melhor aprendizagem, deve haver articulação teoria-prática.

Assim, é essencial a articulação do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação e Cultura a fim de efetivar a reforma curricular. Essa reforma foi deflagrada pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE, que tem como eixos: a realização do ensino nos ambientes reais onde se dá a assistência à saúde pelo SUS, o uso de metodologias e estratégias educacionais nas quais os estudantes assumam papéis mais ativos e a própria expansão do objeto do ensino, que não deve ser apenas a doença já instalada, mas a produção social da saúde como síntese de qualidade de vida (BESEN *et al.*, 2007). Essa iniciativa visa à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da Atenção Primária, traduzidas no Brasil pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

De acordo com Besen *et al.* (2007), a desarticulação entre os mundos acadêmicos (saber científico) e o saber popular vem sendo apontada mundialmente como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde, no momento em que a comunidade

global inicia a tomada de consciência acerca da importância da formação dos trabalhadores de saúde, valorizando-os cada vez mais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que as ações desempenhadas pelos enfermeiros aproximam-se, razoavelmente, das preconizadas pelo MS. Quanto à consulta de enfermagem, há aspectos não abordados, como o teste de sensibilidade tátil, as avaliações neurológicas, de força muscular e de sensibilidade, o teste de mobilidade articular e o teste de acuidade visual. A não realização dessas ações pode dificultar a detecção precoce de incapacidades físicas, dificultando a recuperação do paciente. Muitas vezes, a falta de material, como monofilamentos, contribui para esta lacuna.

As enfermeiras apontaram como dificuldades em sua atuação as precárias condições de vida da população, a falta de material, insumos e medicação e a estrutura física inadequada das unidades de saúde. Como sugestões para o preenchimento das lacunas em sua atuação citaram a abordagem subjetiva da doença pelo MS, não enfocando somente os aspectos biológicos, a educação permanente dos profissionais e a ênfase na educação em saúde para melhorar a detecção de novos casos.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de propiciar educação permanente em saúde na área de hanseníase para os enfermeiros que atuam nas ESF, devido à ampla gama de ações que lhes é incumbida nesse programa e à formação generalista recebida nas universidades.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: 70, 2011.

BESEN, C. B. *et al.* A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan./abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH)**. Componentes PNCH. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=31191>. Acesso em: 20 jan. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.125**, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da Hanseníase**. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH)**. Metas pactuadas pelo PNCH para 2008-2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30800&janela=1>. Acesso em: 02 maio 2010.

CEARÁ (Estado). Secretaria de Saúde. **Boletim Epidemiológico Hanseníase**. Fortaleza: Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2016.

FERNANDES, M. C. *et al.* Fatores intervenientes na gerência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo. **Online Braz J Nurs**, v. 12, n. 2, p. 522-533, 2013.

GOMES, K. O. *et al.* A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18,n.4, p.744-755, out./dez.2009.

LANA, F. C. F.; ROCHA, S. M. Organização do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia. In: ALMEIDA, M. C. T.; ROCHA, S. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 113-150.

LEHMAN, L. F.; ORSINI, M. B. P.; FUSIKAWA, P. L. **Avaliação neurológica simplificada**. Belo Horizonte: ALM Internacional, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 671-675, 2008.

OLIVEIRA, J. C. F.; LEÃO A. M. M.; BRITTO, F. V. S. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 6, p. 815-821, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Weekly Epidemiological Record**, n. 25, Geneva: OMS, jun. 2010.

PINHEIRO, M. G. C. *et al.* Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. **Rev. Min. Enferm**, v. 18, n. 4, p. 895-900, 2014.

PINHEIRO, M. G. C. *et al.* O enfermeiro e a temática da hanseníase no contexto escolar: relato de experiência. **Fundam. Care. Online**. v. 7, n. 3, p. 2774-80, 2015.

SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no controle da hanseníase. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.223-229, abr./jun.2010.

SILVA, R. C. C. *et al.* Estigma e preconceito: realidade de portadores de hanseníase em unidade prisionais. **Fundam. Care. Online**. v. 6, n. 2, p. 493-506, 2014.

VIEIRA, C. S. C. A. *et al.* Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp., p. 682-688, 2008.

CAPÍTULO 9

PRÁTICAS DA GESTÃO EM ENFERMAGEM PARA HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Herla Maria Furtado Jorge

Ana Carolina Andrade de Oliveira

Clara Maria Moreira de Mesquita Castro

Jarlideire Soares Freitas

Raimunda Magalhães da Silva

INTRODUÇÃO

O parto humanizado é um modelo de assistência integral que prioriza o contexto natural do nascimento, obedecendo às necessidades da mãe e do seu bebê com a participação do acompanhante de escolha da mulher para contribuir no parto, acalmando, acolhendo e confortando a gestante (BRASIL, 2010).

Com o passar dos anos, a ocorrência fisiológica de parir e nascer passou a ser vista como patológica, privilegiando a assistência “medicalizada”, desvinculando-se do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia esta experiência (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Da assistência humanizada ao parto emerge um caráter amplo que envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam não só à promoção do parto, mas, também, a

um nascimento saudável e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Com efeito, as autoras sinalizam, ainda, a importância do início da assistência pré-natal em tempo hábil e a garantia de que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e para o recém-nascido, que evitem intervenções desnecessárias e preservem sua privacidade e autonomia, já que o nascimento é um evento fisiológico, considerado um dos mais marcantes da vida (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Para a promoção de uma assistência ao parto humanizada, fazem-se necessárias ações, desde a atenção ao pré-natal, fundamentais para que a saúde materna e do recém-nascido seja efetivamente realizada. Apesar da cobertura praticamente universal, no Brasil, sua adequação ainda é baixa, com 60% das gestantes iniciando o pré-natal tardiamente, após a 12ª semana gestacional, e cerca de um quarto delas sem receber o número mínimo de seis consultas recomendado pelo Ministério da Saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2014).

Em razão de tais circunstâncias, o Brasil vive, atualmente, uma epidemia de cesáreas, haja vista o fato de que, no período de 2010 a 2012, apenas 46,8% dos partos foram normais e, em 2011, de acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil”, 52% dos nascimentos no Sistema Único de Saúde ocorreram por meio de cesáreas, e 88% sucederam no sistema suplementar, sem justificativas clínicas para um percentual tão elevado destas cirurgias. Tal fato nos remete às recomendações expressas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a recomendar que 85% dos partos sejam efetivados de forma natural, sem intervenção cirúrgica em 1996.

Impõe-se ressaltar a estratégia mais recente, criada em 2011, pelo Ministério da Saúde, a “Rede Cegonha”, que compreende os componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério, atenção integral à saúde da criança até os dois anos e sistema logístico, com vistas à garantia do atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres (BRASIL, 2011). No Estado do Ceará, em 03 de fevereiro de 2012, foi aprovada a homologação do Plano Estadual de Estruturação da Rede Cegonha, no período de 2012 a 2014, composto de 17 Redes Cegonha organizadas nas 22 regiões de saúde (BRASIL, 2012).

Dentre as ações propostas pelo MS, ressalta-se a importância da inserção de um modelo gestor que favoreça as ações de humanização do parto. Assim, estudos apontam que, para estimular o compromisso e o envolvimento dos agentes com a proposta, faz-se necessário implementar estratégias de sensibilização para que um novo modelo possa ser incorporado pelos profissionais e possibilite a aceitação de novas propostas, a fim de viabilizar uma assistência humanizada (PROGIANTI; MOUTA, 2009).

Em 2003, a gestão do Ministério da Saúde iniciou a condução de uma proposta que expandisse a humanização transpondo o ambiente hospitalar e estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – Humaniza-SUS. Esta política pretende ter um caráter transversal, visando a atingir a todos os níveis de atenção à saúde, entendendo a humanização como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho que deve perpassar todas as ações e serviços de saúde (FORTES, 2004).

No espaço de trabalho de Enfermagem, percebe-se que a demanda das responsabilidades transcendem a assistência, ou seja, as ações de gerenciamento compreendem a administração dos recursos humanos, a estruturação e a organização do trabalho com a finalidade de obter condições adequadas de assistência e de trabalho, visto que o fazer assistencial está intrinsecamente vinculado com a Administração e a Educação. Estas atribuições de responsabilidade do enfermeiro são de enorme relevância para a qualificação da assistência aos usuários (GIORDANI; BISOGNO; SILVA, 2012).

Com ênfase na assistência ao parto humanizado e na gestão para favorecer esse processo, realizou-se uma busca rápida na literatura, cruzando os descritores “parto humanizado”, “gestão” e “Enfermagem Obstétrica”, nas bases de dados BIREME, SCIELO e MEDLINE. Foram encontrados, então, 265 artigos dos quais apenas sete contextualizaram as práticas da gestão e parto humanizado, retratando, assim, a incipiência de estudos nesta temática.

Em razão da epidemia de cesáreas no Brasil, com a falta de articulação dos profissionais, desde a assistência pré-natal à assistência hospitalar, sem incentivo do MS, o que refletiu positivamente na assistência, no entanto, muito ainda precisa ser feito. Elaborou-se, pois, a seguinte questão norteadora: *como se dá a organização do serviço terciário para o desenvolvimento das ações de humanização no pré-natal, parto e puerpério?*

Objetivou-se analisar as ações propostas por enfermeiros gestores para se promover a humanização no pré-natal, parto e puerpério bem assim conhecer os fatores que facilitam e/ou dificultam essas ações cotidianas.

MÉTODO

Este é um estudo qualitativo que consiste na busca de compreensão acerca do universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes de enfermeiros gestores de uma unidade que acompanha a mulher no pré-natal, parto e puerpério (MINAYO, 2010).

Para a coleta de dados, optou-se pela amostragem intencional, composta de elementos da população tomados intencionalmente, uma vez que o investigador há de considerar que estes elementos possuem características típicas ou representativas da população (KVALE, 1996). As participantes do estudo foram seis enfermeiras que exerciam cargos de administração a, pelo menos, um ano, nos setores de coordenação de Enfermagem, pré-natal de alto risco, emergência obstétrica, centro de parto normal e alojamento conjunto.

O campo do estudo foi uma maternidade terciária, localizada em Fortaleza, que tem convênio com a Universidade Federal do Ceará(UFC).Realizou-se a coleta de dados no período de agosto a outubro de 2015, mediante a realização de entrevistas semiestruturadas direcionadas por um roteiro contendo os dados sociodemográficos e as ações propostas por enfermeiros gestores para a promoção da humanização no pré-natal, parto e puerpério. Posteriormente, realizou-se a busca dos protocolos clínicos que direcionavam as ações de humanização, no período de agosto a outubro de 2015. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada e adequada, para respeitar a privacidade das participantes, e, em seguida, após a autorização prévia para participar do estudo, solicitou-se às entrevistadas a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram organizados em temáticas e interpretados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo, de Bardin (2010), segundo quem a Análise de Conteúdo é composta pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e exploração.

Na fase de pré-análise, realizou-se a leitura flutuante, por meio da transcrição das entrevistas. Após leitura exaustiva, deu-se início à segunda fase, com a categorização e busca por falas-chave. Após a exploração do material, o passo seguinte foi a interpretação dos dados, caracterizando o terceiro período de tratamento dos resultados. E, por fim, a exploração à luz da análise reflexiva e crítica.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram obedecidos os princípios éticos expressos na Resolução nº 446/12, ressaltando-se que este estudo está inserido no projeto intitulado “Significados e práticas da assistência ao parto humanizado para profissionais de Enfermagem de Hospitais Escola: um estudo qualitativo”, submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, aprovado com Parecer nº 923.073 e autorizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Reprodutiva (NESAR), responsável pela organização dos setores de Ensino, Pesquisa e Extensão da instituição onde os dados foram coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As seis participantes do estudo estavam na faixa etária de 36 a 48 anos, eram pardas, cinco casadas e uma divorciada; três eram católicas, duas espíritas e uma protestante. Todas eram enfermeiras, cumpriam carga horária de 30 a 40 horas, pos-

suíam de 12 a 25 anos de formadas e realizaram especialização em diversas áreas, dentre elas Enfermagem Obstétrica, Segurança do Paciente, Liderança e Chefia de Enfermagem do Centro Obstétrico, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Emergência Obstétrica.

A seguir, estão delineados os resultados em três categorias de análise: 1) *o que pensam os enfermeiros gestores acerca da humanização no atendimento ao pré-natal, parto e puerpério*; 2) ações de capacitação e sensibilização propostas por gestores para promover *ações de humanização*; e 3) *fatores intrínsecos para a promoção das ações de humanização no pré-natal, parto e puerpério*.

O QUE PENSAM OS ENFERMEIROS GESTORES ACERCA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

A humanização é intensivamente discutida, o que enseja opiniões bastante divergentes sobre o tema. Quanto à percepção dos enfermeiros sobre a humanização no ciclo gravídico puerperal, evidenciou-se o fato de que o parto humanizado envolve o relacionamento e a comunicação interpessoal, haja vista que “são elementos importantes” tanto no processo administrativo de trabalho quanto na assistência propriamente dita.

[...] então a humanização pra mim é isso, é você trabalhar a sensibilização desse profissional que está prestando o serviço com essa visão, de colocar-se no lugar do outro. (ENTREVISTADA n° 6).

A humanização consiste no simples fato de as pessoas serem mais humanas, tratando a gestante com carinho, pois, para os profissionais de saúde, o ato de parir é normal e para elas é novidade (REIS; PATRICIO, 2005).

Os resultados em análise apontaram para o sentido da humanização como sendo algo não passível de conceituar e/ou rotular, pois humanizar vai além de se situar no lugar do outro; é compreender emocional e psicologicamente essa gestante. Cabe ao enfermeiro saber se posicionar ante as situações, como evidenciado a seguir:

Mais importante às vezes é você atender questões muito mais subjetivas que um indivíduo necessita muito mais do que até mesmo fazer um exame de sangue, uma coleta, então a gente tenta ver o indivíduo dessa forma, buscando atender as necessidades psicossociais, psicológicas, como um todo, contando com a equipe, lógico, porque cada profissional tem sua área de atuação [...]. (ENTREVISTADA n° 1).

Uma atenção qualificada e humanizada sucede por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção – promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido – desde o atendimento ambulatorial básico até a atenção hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

Os relatos apontaram para os vários paradigmas a serem solucionados. É possível encontrar diversas unidades hospitalares que não seguem esse modelo, seja por despreparo ou, até mesmo, por falta de conhecimento sobre a temática abordada. Em contrapartida, observamos que tudo isto pode acontecer quando o objetivo é comum, visando à qualificação e à preparação desse profissional, como relatam as entrevistadas:

Não basta só estabelecer os protocolos, mas conversar com a equipe [...]. (ENTREVISTADA n° 3).

Primeiro de tudo tem sido o treinamento, a conversa com a equipe, a sensibilização da equipe [...]. (ENTREVISTADA n° 4).

É importante salientar o fato de que, se o profissional entende a humanização, quando é capacitado para ela facilita ainda mais a implementação das ações, refletindo na obtenção de resultados positivos com a gestante no decurso de todo o parto.

AÇÕES DE CAPACITAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO PROPOSTAS POR ENFERMEIROS GESTORES PARA PROMOVER A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO À MULHER

As ações propostas por enfermeiros gestores para a humanização do cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal se vincularam àquelas de preparação da equipe multiprofissional: favorecimento do empoderamento da mulher e família; promoção de um ambiente adequado à mulher; oferta de capacitações e sensibilizações dos profissionais; incentivo ao

aleitamento materno exclusivo até os seis meses; permissão da presença do acompanhante; realização de testes do recém-nascido preconizados pelo Ministério da Saúde; sensibilização da equipe; elaboração de protocolos; alcance de metas propostas pelos indicadores; escuta qualificada dos profissionais; realização da gestão colegiada; educação continuada; e educação permanente.

Para os gestores, a preparação dos profissionais para o desenvolvimento de ações humanizadas fortalece ainda mais o cuidado à mulher, fazendo-se necessário um local de trabalho agradável que se mantenha em constante aprendizagem e que a atualização dos profissionais seja vista como rotina da instituição, em que cada gestor tem a autonomia de capacitar os profissionais de seu setor.

Todos os profissionais aqui passam por atualizações [...]. (ENTREVISTADA nº 1).

A maternidade vive em constante capacitação, durante todo o ano [...]. (ENTREVISTADA nº 2).

É válido ressaltar que as ações de humanização no alojamento conjunto consistem na preparação dos profissionais para realizar as orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança, oferta de todos os testes para os recém-nascidos, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e, sobretudo, no direito da mulher de ter o acompanhante durante o seu período de internação.

[...] não basta só estabelecer os protocolos, mas conversar com a equipe a operacionalização deles [...]. (ENTREVISTADA nº 3).

[...] o nosso carro chefe é o aleitamento materno e a gente tem trabalho isso desde o início da gestação até o finalzinho, e o trabalho de parto em si também, a orientação a essa paciente, a essa mulher, como é que vai ser o trabalho de parto. (ENTREVISTADA nº 1).

Ressalta-se, ainda, a valorização dos gestores para a oferta das capacitações com os profissionais, sensibilização da equipe, elaboração de protocolos para nortear o atendimento, oferta de cursos para as pacientes e, sobretudo, a importância de se trabalhar um modelo de administração colegiada.

Quando você trabalha dentro de uma gestão colegiada, que é a nossa realidade aqui, em que se motiva a fala das pessoas, de todos eles sendo tratados de maneira igual, as pessoas se sentem parte e se sentem colaboradoras de um processo, quando você se sente colaborador do processo você realmente consegue fazer com que as coisas aconteçam [...]. (ENTREVISTADA nº 6).

A implantação do modelo gestor colegiado, apesar de ter ocorrido de forma autocrática, possibilitou melhorias internas na instituição hospitalar pública em estudo, com repercussão positiva na assistência prestada ao usuário, principalmente nos

primeiros anos de mudança. A percepção da equipe de Enfermagem acerca deste processo é de que, logo após a implantação, houve maior participação nas reuniões bem como nas decisões o que, aparentemente, resultou em maior motivação dos grupos (BERNARDES *et al.*, 2011).

A Educação Continuada e a Educação Permanente fazem parte da rotina dos profissionais, de forma que as escalas são programadas já incluindo os profissionais que estarão em cursos. Todas as participantes relataram a educação continuada como um dos principais meios utilizados para promover a sensibilização e a capacitação dos profissionais.

A gente tem várias, tem a coisa da educação permanente e educação continuada. Na educação continuada a gente tem alguns cursos focais [...] E tem a educação permanente que é a gente estar continuamente conversando, a gente chama de reuniões de final de corredor [...]. (ENTREVISTADA n° 3).

Identificou-se um novo meio utilizado pelos gestores da instituição chamado encontro clínico, que consiste na oferta de um curso sobre humanização do atendimento. O diferencial deste curso é que não é direcionado apenas para os profissionais de saúde, mas, também, para todos os profissionais que mantêm contato com o usuário, desde os recepcionistas e zeladores até os diretores, passando por todos os profissionais.

[...] atualmente um dos treinamentos que a gente tem passado, já oitenta por cento da equipe de enfermagem

já teve oportunidade, que é o que nós chamamos de encontro clínico, esse encontro clínico é um curso que é feito em doze horas, é feito pelos psicólogos da instituição junto com o serviço social e alguns enfermeiros, que eles trabalham com o profissional que não fique trabalhando no que a gente chama do automático [...]. (ENTREVISTADA n° 5).

Impõe-se evidenciar a importância da implementação das capacitações com os profissionais, o que converge para a iniciativa do governo brasileiro, tomada em 2002, para que enfermeiras obstétricas indicadas pelas secretarias de saúde participassem de uma capacitação no Japão sobre assistência ao parto humanizado. Esta capacitação refletiu positivamente nos dados institucionais, contribuindo para a ampliação da competência das enfermeiras envolvidas e para o desenvolvimento de práticas obstétricas criativas, menos intervencionistas, centradas no protagonismo da mulher e no cuidado sensível (PROGIANTI; PORFÍRIO; PEREIRA, 2013).

Capacitar e atualizar esses profissionais, no entanto, muitas vezes requer um planejamento ainda maior, pois, para os gestores, não é possível simplesmente colocar profissionais para realizarem essas atividades e deixar as suas funções na instituição sem serem realizadas. O dimensionamento dos profissionais é uma dificuldade, como relata uma das entrevistadas:

Nós não temos ainda uma margem de segurança que realmente diga: Pronto, eu posso tirar um funcionário e não vai me fazer falta [...]. (ENTREVISTADA n° 2).

Ao longo dos anos que se seguiram à Política Nacional de Humanização, acumularam-se experiências de desenvolvimento da humanização com variados resultados. Entre as dificuldades encontradas, observou-se que o desconhecimento dos aspectos político e gerencial dos gestores para com a humanização se reflete na escassez de investimentos humano e econômico para sustentá-la como política institucional e se constitui em um dos principais entraves para seu desenvolvimento. A prática comum da gestão desvinculada da atenção à saúde e ações de humanização contingentes ou projetos de curto prazo mal planejados e mal gerenciados não propiciam mudanças coletivas que representem verdadeiras transformações institucionais (RIOS; BATTISTELLA, 2013).

Não adianta a gente ter toda a motivação e na hora de executar você não ter recursos para aquilo, então eu acho difícil você trabalhar com recursos tão exíguos [...]. (ENTREVISTADA n° 1).

A melhoria da qualidade da assistência e a consequente satisfação do usuário resultam do modo da gestão do trabalho desenvolvido nos serviços cujo protagonista é o trabalhador da saúde (HENNINGTON, 2008).

Um profissional qualificado é aquele que recebeu formação e treinamento, tendo atingido proficiência nas habilidades necessárias para manejar a gestação normal, o parto e o período pós-parto imediato bem como para identificar, manejar e referir complicações nas mulheres e nos recém-nascidos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

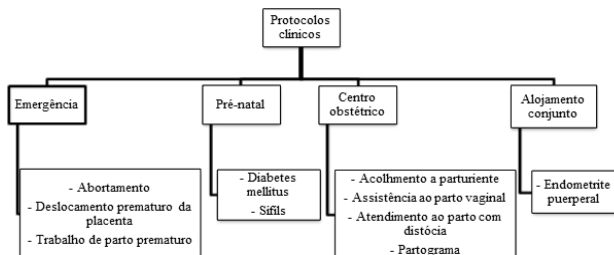
Outro ponto bastante enfatizado pelas enfermeiras foi a escala programada, pois, consoante o calendário da educação continuada, elas, como gestoras, devem fazer as escalas já incluindo os profissionais que irão se ausentar em razão dos cursos.

[...] então nós temos que capacitar todo o grupo, o grupo de enfermagem é enorme, então esse treinamento acontece durante todo ano, então todos os meses nós temos profissionais já na escala, eles estão na escala, mas eles são removidos para o local onde eles passam pela capacitação. (ENTREVISTADA n° 2).

Além de se considerar as relações entre os sujeitos, profissionais e usuários, humanizar exige considerar novas formas da gestão das instituições de saúde, o que implica sensibilização dos dirigentes das instituições e dos idealizadores das políticas de saúde para o tema proposto. É preciso um compromisso dos dirigentes das instituições com a qualidade da assistência; investimentos para a melhoria das condições de trabalho; financiamento suficiente do setor saúde para se reaver a qualidade da assistência; planejamento, organização e gerenciamento coletivos dos serviços de saúde; meios que permitam a reflexão constante da prática assistencial; utilização de mecanismos de avaliação e reorganização da assistência (COLLET; ROZENDO, 2003). Um dos instrumentos utilizados pelos enfermeiros são os protocolos clínicos e cada setor possui os seus. Após um estudo minucioso de todos os protocolos envolvidos no pré-natal, parto e puerpério, notou-se que apenas os protocolos do centro obstétrico possuem ações de humanização. Os protocolos de “Acolhimento a parturiente”; “Assistência ao parto

vaginal”; “Atendimento ao parto com distócia” e “Partograma” descrevem ações como escuta ativa, empoderamento do parto pela mulher, direito ao acompanhante, chamar pelo nome, entre várias outras atitudes que envolvem a humanização.

A seguir, elaborou-se um fluxograma descrevendo os principais protocolos de acordo com os setores.



FATORES INTRÍNSECOS PARA A PROMOÇÃO DAS AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO PROPOSTAS POR ENFERMEIROS GESTORES

Em razão dos benefícios proporcionados pelas práticas de humanização no cuidado à mulher durante a gestação, parto e puerpério, vale ressaltar as facilidades e dificuldades expressas pelos enfermeiros gestores e exprimir as ações que poderiam ser incorporadas para proporcionar a melhoria da assistência humanizada.

Às dificuldades foram atreladas: falta de motivação de alguns profissionais da equipe, escassez de recursos materiais, o gestor saber ouvir e saber qual decisão tomar, o incipiente entrosamento da equipe, comunicação ineficaz entre os profissio-

nais, dimensionamento de profissionais, dificuldade de alguns profissionais para a adesão das práticas de humanização e, ainda, a estrutura física de alguns setores que ainda não é favorável.

Dentre as dificuldades referidas pelos gestores, a falta de motivação da equipe foi ressaltada nos depoimentos, pois, para eles, não adianta ter recursos físicos e materiais se a equipe não estiver motivada para promover as práticas de humanização. Além da motivação, evidencia-se a importância da estrutura física adequada.

[...] não é somente importante os recursos, é importante o profissional estar motivado. (ENTREVISTADA nº 1).

[...] a estrutura física é uma dificuldade porque acho que o sonho de consumo da gente aqui é uma sala, seja de reunião, de treinamento, de conversa com paciente, porque a gente vai fazer uma reunião não dá pra ser aqui, tem que ser em outro setor. (ENTREVISTADA nº 4).

Os profissionais sinalizaram a importância de manter boa comunicação entre a equipe, não somente dos profissionais de um setor, e sim manter a comunicação interdisciplinar, com a participação efetiva dos profissionais de outros setores, para favorecer a articulação das ideias e a uniformidade da assistência. Saliaram, ainda, a satisfação dos gestores pela entrada de mais profissionais na equipe, no entanto, receber esse profissional sem capacitá-lo foi considerado um fator ensejador da falta de uniformidade das ações de humanização:

[...] a comunicação é difícil porque às vezes se determina uma ação, mas o outro setor não está sabendo [...]. (ENTREVISTADA nº 1).

[...] dentro da questão assistencial nós ainda temos um quadro de enfermagem a ser completado e que com a chamada dos novos profissionais. (ENTREVISTADA nº 2).

Estudos internacionais discutem barreiras e facilidades que os enfermeiros têm para a realização do parto humanizado em hospitais altamente especializados. Ensaio realizado em São Paulo com o objetivo de identificar e analisar as facilidades e dificuldades de atuação profissional do enfermeiro obstetra nas distintas áreas da Enfermagem Obstétrica teve como resultado que 79% dos enfermeiros não possuem dificuldades em sua atuação, 18% possuem dificuldades como a falta de autonomia no que diz respeito ao cumprimento de suas funções. Vale ressaltar que, dentre as facilidades, verificou-se a possibilidade de orientação educacional para gestantes e puérperas (18,2%), a possibilidade do trabalho em equipe (92%), pois alguns dos entrevistados podem contar com a ajuda dos outros profissionais, incluindo médicos e são reconhecidos pelo seu trabalho, o que facilita a assistência à gestante e puérpera (BEHRUZI *et al.*, 2011; BARBOSA; CARVALHO; OLIVEIRA 2008).

Para os gestores, o trabalho em equipe contribui para o crescimento de todos, um caminho a ser percorrido pelos profissionais da saúde e, perante as dificuldades evidenciadas, exprimem ainda, as facilidades do serviço. Dentre as facilidades, restou identificado nos relatos o fato de a própria maternidade

ter como mister a promoção das práticas de humanização desde a época do Dr. Galba de Araújo, que foi precursor da humanização no Estado do Ceará, o apoio da gestão e, sobretudo, a vontade dos profissionais quando são propostas mudanças benéficas:

As facilidades que eu vejo é a gente ter o apoio da gestão maior [...]. (ENTREVISTADA nº 2).

A maternidade nos facilita muito a realização desse processo de gestão, a forma como nós trabalhamos, o modelo, você falou muito bem, o modelo de gestão nosso ele favorece[...]. (ENTREVISTADA nº 6).

Para os gestores, a preparação dos profissionais para o desenvolvimento de ações humanizadas fortalece ainda mais o cuidado à mulher, fazendo-se necessário um local de trabalho agradável que se mantenha em constante aprendizagem, em que a atualização dos profissionais seja vista como rotina da instituição e onde cada gestor tenha autonomia para capacitar os profissionais de seu setor.

[...] é a gente conseguir fazer com que toda a equipe se homogeneíze na linha de dar seguimento aos protocolos [...]. (ENTREVISTADA nº 3).

Ao se examinar as dificuldades e facilidades pertinentes durante esse período, apontam, ainda, os relatos dos gestores, a importância de implementar algumas propostas para a melhoria do atendimento. Foram mencionadas a necessidade de

realizar mais capacitações com os profissionais e a importância de manter o acompanhante por 24 horas, não só durante a fase de trabalho de parto, como também no puerpério, pois, atualmente, o acompanhante homem não pode permanecer por todo o período puerperal com a mulher:

[...] a gente precisa garantir segurança às unidades vinte e quatro horas, pra gente poder garantir esse acompanhante masculino vinte e quatro horas, é algo que por conta de licitação nós ainda não temos esse profissional que garanta essa segurança vinte e quatro horas, nós só temos durante o dia, e até a visita, que acontece até as nove da noite. (ENTREVISTADA nº 02).

O acompanhante estando na cena do parto possibilita muitos aspectos positivos relacionados a sentimentos, comportamento, participação e satisfação das parturientes ao lado do acompanhante, enquanto as que não tiveram essa oportunidade demonstraram mais medo e dificuldade para vivenciar o nascimento (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

A promoção dessa cultura institucional de valorização das pessoas e boa qualidade das interações no trabalho reflete no bom atendimento aos pacientes, fazendo-se necessário considerar a humanização como um importante desafio para a gestão dos serviços de saúde (RIOS; BATTISTELLA, 2013).

Os resultados em análise permitem uma reflexão acerca do projeto de humanização que surge em um conjunto de desafios ainda existente na formação do SUS, que exige mudanças no modelo da gestão e da atenção à saúde. Dentre eles, destacam-se: vínculo frágil de trabalhadores e usuários, controle social incipiente, precarização das relações de trabalho e pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, baixo investimento em educação permanente, desestímulo ao trabalho em equipe e despreparo dos profissionais para lidar com questões subjetivas que toda prática de saúde envolve (BRASIL, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou o entendimento das ações propostas por enfermeiros gestores para a promoção da humanização no pré-natal, parto e puerpério e conhecer as facilidades e dificuldades cotidianas dos gestores a fim de promover a humanização na sua equipe de trabalho.

Identificou-se o fato de que os gestores compreendem a humanização do atendimento à mulher como sendo uma prática que não se pode conceituar e/ou rotular, pois humanizar vai além de situar-se no lugar do outro: é compreender, emocional e psicologicamente, essa gestante.

Evidenciaram-se ações propostas pelos gestores para promover a humanização, como: importância da preparação dos profissionais, favorecimento do empoderamento da mulher e família, promoção de um ambiente adequado à mulher, oferta de capacitações e sensibilizações dos profissionais, incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, permissão da presença do acompanhante, realização de testes do recém-nascido preconizados pelo Ministério da Saúde, elaboração de

protocolos, alcance de metas propostas pelos indicadores, escuta qualificada dos profissionais, realização da gestão colegiada, educação continuada e educação permanente.

Observou-se que o trabalho da instituição sob estudo favorece a implementação das ações de humanização, bem como a vontade dos profissionais quando são propostas mudanças, ainda que existam profissionais desmotivados, escassez de recursos materiais, incipiente entrosamento da equipe, comunicação ineficaz entre os profissionais e ainda a estrutura física de alguns setores que não são favoráveis.

O estudo sinaliza para a importância de o enfermeiro gestor saber ouvir os profissionais para decidir, juntamente com a equipe, a melhor decisão a ser tomada, ressaltando ainda, a valorização do colegiado gestor e a importância das ações propostas pela educação continuada da instituição.

A limitação deste estudo perpassa o fato de se entrevistar apenas profissionais enfermeiros e não se ampliar a perspectiva para os gestores da instituição como um todo. Acredita-se que o estudo possibilite reflexões entre as equipes multiprofissionais das instituições acerca das ações, tanto na área assistencial quanto na gestão, para aprimorar sua prática em prol do melhor atendimento para gestantes, parturientes e puérperas.

Em razão dos achados, ressalta-se a necessidade de serem trabalhadas ações que favoreçam a humanização do atendimento tanto com os pacientes quanto com os profissionais e que as condutas direcionadas pelos gestores possam ser partilhadas com todos os membros da equipe, com vistas a se poder alcançar as metas e objetivos propostos pelas políticas públicas e programas do MS que preconizam uma assistência de qualidade e humanizada.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, P. G.; CARVALHO, G. M.; OLIVEIRA, L. R. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nessa área. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 458-465, maio 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2010.

BEHRUZI, R. *et al.* The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. **BMC Women's Health**, London, v. 53, n. 11, p. 2-15, nov. 2011.

BERNARDES, A. *et al.* Modelo da gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de Enfermagem. **Revista Latino-americana Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 1-8, jul./ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégia. **Rede Cegonha**. Ceará, 2012.

BRÜGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes

escolhidos pela mulher. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-52, fev. 2007.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 960-967, nov./dez.2005.

COLLET, N.; ROZENDO, C.A. Humanização e trabalho na Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 189-192, mar-abril 2003.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**: Sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. v.1.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, set-dez. 2004.

GIORDANI, J. N.; BISOGNO, S. B. C.; SILVA, L. A. A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 511-516, jan. 2012.

HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.

KVALE, S. **InterViews**: an introduction to qualitative research interviewing. Califórnia: Thousand Oaks, 1996.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 274-279, jun. 2006.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE –OMS. **Care in normal birth: a practical guide.** Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Care making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant.** Genebra, 2004.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Caderno de Pesquisas**, São Paulo, n. 14, p. 179-195, nov. 2001.

PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 165-169, abr./jun. 2009.

PROGIANTI, J. M.; PORFÍRIO, A. B.; PEREIRA, A. L. F. Capacitação de enfermeiras no Japão: contribuição para a implantação da casa de parto no Rio de Janeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 193-200, jan./mar. 2013.

REIS, A.E; PATRICIO, Z.M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 221-300, set./dez. 2005.

RIOS, I. C.; BATTISTELLA, L. R. Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 853-865, jul./set. 2013.

PARTE 2

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E DE AUTOGESTÃO NO CONTEXTO DE SAÚDE

Um sistema de saúde é cultural e socialmente delimitado sendo composto por três subsistemas sobrepostos: o informal (família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e auto-ajuda), o popular (agentes especializados em tratar problemas de saúde, sejam seculares ou religiosos, mas que não são profissionais reconhecidos legalmente na sociedade) e o subsistema profissional (rede de serviços públicos e privados legalmente instituídos em cada sociedade). As pessoas e suas famílias buscam atenção à saúde nestas três esferas sem, necessariamente, seguir um mesmo sentido de percurso ou hierarquia em caminhos denominados “itinerários terapêuticos”.

Eleonor Conill e Denise Pires

CAPÍTULO 10

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PÚBLICA: UM ESTUDO DE CASO

Rachel Bicalho de Lima

Aluísio Gomes da Silva Junior

Márcia Guimarães de Mello Alves

INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objetivo geral analisar a Assistência Farmacêutica Pública tomando como principal referencial o conceito de integralidade. Buscou-se apreender as trajetórias assistenciais dos usuários da Farmácia Pública Ambulatorial Municipal no município de Presidente Kennedy/ES, demonstrando que a utilização dos Itinerários Terapêuticos como uma metodologia avaliativa centrada no usuário pode contribuir para o processo de análise dos serviços ofertados pela Assistência Farmacêutica (AF).

Considera-se que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que este uso pode ser determinante para a obtenção de menor ou maior resultado sobre alguns adoecimentos. Considera-se, também, que a farmácia ambulatorial é um local muito frequentado pelo usuário, logo,

é imperativo que a Assistência Farmacêutica seja vista em uma perspectiva de integralidade.

Assim, neste trabalho, defende-se que não é suficiente considerar que há oferta de atenção integral à saúde quando a Assistência Farmacêutica é reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir). É preciso agregar valor às ações e aos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento de uma Assistência Farmacêutica ressignificada, no sentido de uma compreensão mais profunda do que seja integralidade em saúde.

Tomou-se como referência básica para nortear este estudo o conceito de integralidade desenvolvido por alguns autores (MATTOS, 2001; PINHEIRO, 2008; SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004) que o discutem como um conceito polissêmico, indissociável da universalização e da equidade que faz a adequação da oferta de serviços de saúde às necessidades da população e se materializa em conhecimentos e práticas de gestão, dos profissionais e da participação social. São destacados os aspectos referentes ao cuidado integral onde os espaços de diálogos entre os diversos atores, a escuta, o acolhimento e o vínculo/responsabilização são valorizados.

Visando alcançar o propósito geral deste estudo, elaborou-se alguns objetivos específicos: compreender e descrever os itinerários terapêuticos apreendidos por usuários na busca por cuidado no SUS, tomando como ponto de partida o serviço oferecido pela Farmácia Ambulatorial Municipal de Presidente Kennedy/ES; e analisar a organização dos serviços de saúde ofertados a partir dos aspectos de temporalidade, espacialidade, acessibilidade, resolubilidade, percepção da qualidade, dificuldades e facilitadores. Buscou-se também o conhecimento da

análise dos saberes e práticas profissionais ofertados pela Assistência Farmacêutica a partir dos conceitos de acolhimento e vínculo e responsabilização.

Optou-se por desenvolver uma pesquisa social em saúde utilizando o método qualitativo como fundamentado em Minayo (2010). Considerando que o objeto de estudo deste trabalho é a análise da Assistência Farmacêutica Pública por meio do uso dos Itinerários Terapêuticos como ferramenta avaliativa em saúde, usou-se a modalidade Estudo de Caso.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SENTIDO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

É importante compreender que, no Brasil, o termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados a medicamentos em diversas dimensões, com ênfase na relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde (MARIN *et al.*, 2003).

Deste modo, a Assistência Farmacêutica pode ser compreendida como uma atividade essencial para o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde e a sua organização se constitui em uma série de atividades interligadas e dependentes como produção, seleção, programação, armazenagem, distribuição e dispensação. Reconhece-se, ainda, que, apesar de as esferas de governo serem corresponsáveis na garantia do desenvolvimento e aprimoramento das atividades da AF, é no âmbito municipal que se concretizam estas atividades bem como o atendimento aos usuários da rede básica de saúde.

A partir dessa contextualização, é possível entender que a Assistência Farmacêutica se insere como um componente do modelo assistencial do SUS envolvendo uma complexa organização de serviços e diferentes práticas profissionais.

No contexto do SUS, desde os anos 1980, a integralidade em saúde vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do movimento sanitário. Primeiro, foi pensada em termos de uma articulação entre pilares institucionais prestadores de serviços, como a integração entre os setores público e privado na produção dos cuidados de assistência médica ou entre os subsectores de saúde pública e de medicina previdenciária, no interior do próprio setor público de serviços. Depois, foi pensada como um problema de gerência dos serviços. De qualquer modo, a integralidade em saúde esteve sempre explicitada como intenção e necessidade da ação pública, isto é, as intervenções que consolidariam o SUS e, neste plano, a ação pode ser pensada em duas esferas: a ação norteadora de “projetos técnico-sociais” e a ação que os realiza em serviços, produzindo diretamente cuidados, desenhando as organizações compatíveis com o modelo assistencial de saúde antevisto como projeto técnico e, ao mesmo tempo, social (BRASIL, 2003).

Para a avaliação da integralidade materializada no cotidiano em práticas de gestão, de cuidado e de controle da sociedade, Silva Junior e Mascarenhas (2004) propuseram a operacionalização dos sentidos de integralidade como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização de serviços através dos conceitos de acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade da atenção.

Esses autores, para os quais o acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e de mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, pensam no acolhimento em três dimensões: como postura, como técnica e como princípio de reorientação de serviços.

Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude, por parte dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas. É estabelecida, assim, uma relação de mútuo interesse, confiança e apoio entre os profissionais e os usuários. A postura receptiva se solidariza com o sofrimento ou problema trazido pelo usuário, abrindo perspectivas de diálogo e de escuta às suas demandas.

O acolhimento como técnica instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas. Tais ações facilitam o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta acordada de soluções ou alternativas aos problemas demandados (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004). Esses autores incorporam a ideia de acessibilidade organizacional para complementar o conceito de acolhimento. Assim, a acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter o tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características de oferta e disponibilidade de recursos. É a possibilidade de obter serviços necessários em quantidade suficiente sem obstáculos físicos ou financeiros.

A noção de vínculo trazida por Merhy (2000) aponta a necessidade de estabelecimento de relações próximas e claras entre usuários e profissionais, como condição fundamental para o trabalho em saúde. O efeito desejado desta interação é a sensibilização e a mobilização da equipe de saúde em torno das demandas e sofrimentos individuais e coletivos vividos pela população. Mascarenhas (2003) destaca que a relação profissional-paciente pode se caracterizar como um instrumento facilitador para a compreensão dos problemas apresentados além de um meio potencialmente eficaz para atingir objetivos como cuidado, prevenção e promoção de saúde. Para Silva Junior e Mascarenhas (2004), vínculo também implica em responsabilização, que significa o profissional assumir a responsabilidade pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada nem impessoal.

A partir dos estudos desses autores, assume-se, nesse trabalho, a ideia de que o conceito de vínculo/responsabilização engloba não só a noção de afetividade, mas a instituição de relações terapêuticas e a responsabilidade do profissional ou da equipe em articular ações e encaminhamentos aos outros recursos disponíveis para a resolução dos problemas de saúde da população.

A qualidade da atenção à saúde pressupõe a referência de um modelo idealizado que leva em conta um conjunto articulado de ações, com efetividade comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvida dentro de uma relação humanizada entre equipe e usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos em termos de suas expectativas (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Deste modo, a partir dos conceitos de acolhimento, vínculo/responsabilização e qualidade de atenção, é possível inferir sobre a integralidade na perspectiva de atributos da prática e da organização dos serviços (MASCARENHAS, 2003). Assim, os conceitos de acolhimento e vínculo/responsabilização foram os conceitos balizadores da análise dos serviços e práticas farmacêuticas exercidas na Farmácia Pública Ambulatorial Municipal estudada nesta pesquisa.

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS COMO TECNOLOGIA AVALIATIVA EM SAÚDE

Nos últimos anos, tem sido crescente a necessidade de reconhecer a centralidade do usuário no que se refere aos cuidados com a sua saúde e ao seu adoecer, de uma perspectiva mais abrangente e social da doença, que valoriza o papel do usuário enquanto sujeito desejante, o que pode promover uma maior efetividade e qualidade da escolha terapêutica (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2009).

Nesse contexto, o Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) IMS/UERJ, em parceria com diversas instituições, tem proposto práticas de avaliação em saúde na perspectiva do usuário que levam em conta a necessidade de avaliar as práticas a partir dos sujeitos implicados no cuidado em saúde, a fim de pensar uma análise sobre os itinerários terapêuticos, tendo em conta que:

os itinerários terapêuticos, como prática eficaz de avaliação, não se circunscrevem apenas aos indivíduos que agem, mas às redes de re-

lações sociais que são construídas nessa atuação, as quais configuram o imaginário sobre o tratamento demandado (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008, p. 34).

De acordo com Alves e Souza (1999), a literatura socioantropológica sobre itinerário terapêutico tem como objetivo interpretar os processos pelos quais indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Esta problemática se fundamenta na evidência de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. Para esses autores, o itinerário terapêutico é tratado como uma ação humana, sendo um termo que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um projeto preconcebido, qual seja: o tratamento da aflição, nele incluindo-se interesses, emoções e atitudes circunstanciais. Para Almeida (2009), outro dado que ganha relevância nas análises de itinerários terapêuticos é a influência que é exercida pelas redes sociais no processo de busca por agências terapêuticas. Neste sentido, quando um indivíduo é atingido por determinada aflição, um grupo de pessoas, parentes e amigos se mobiliza para definir a situação e buscar uma solução para o respectivo problema, sendo que essas respostas dependerão da forma como essas redes sociais estão estruturadas, principalmente no que diz respeito às conexões entre seus membros.

Ao trazer essa discussão para a área da avaliação em saúde, tendo como eixo a integralidade e baseando-se nesta abordagem socioantropológica, alguns autores utilizam o Itinerário Terapêutico, a partir de outros arranjos teóricos, considerando-o como uma prática avaliativa em saúde.

Nessa perspectiva, Bellato, Araújo e Castro definem o itinerário terapêutico como “prática de empreendimento de busca por cuidado em saúde de usuários na experiência de seu adoecimento e [dizem] que essa busca se realiza nos diversos sistemas de cura e cuidado” (2008, p. 171). Essas autoras ainda o apontam como uma tecnologia avaliativa em saúde, tendo em vista sua possibilidade de apreender discursos e práticas, que se expressam em diferentes lógicas, através dos quais os princípios da integralidade e da resolubilidade na atenção podem ser questionados.

A apreensão dos Itinerários Terapêuticos permite traçar os caminhos percorridos pelo usuário e sua família assim como a lógica desta trajetória na busca por cuidados. Esta abordagem foi utilizada em pesquisas recentes, como nas experiências realizadas nos municípios de Pirai (NASCIMENTO SILVA, 2008), Volta Redonda (ALMEIDA, 2009), Belo Horizonte (LOPES, 2009), Niterói (CAVALCANTE, 2011) e Juiz de Fora (GOMES, 2012), cujas análises expuseram importantes informações sobre o processo de trabalho em equipe, o funcionamento da rede, o acesso às opções terapêuticas, os vínculos formados, o papel das redes sociais de apoio e a qualidade das respostas às demandas.

Esses estudos demonstraram o potencial dos Itinerários Terapêuticos como uma tecnologia avaliativa em saúde que permite a inclusão da perspectiva do usuário e a análise da “imagem” dos percursos desses usuários que fornece informações privilegiadas sobre as práticas de saúde; as facilidades, dificuldades e limitações na busca em relação ao acesso e aos resultados encontrados; o modo como os serviços de saúde lhes deram respostas, ou seja, a resolubilidade obtida; a peregrina-

ção do usuário e sua família por diversas instituições, serviços e níveis de atenção bem como os profissionais de saúde que o atenderam, mapeando-os em diferentes cidades; a forma de organizar e regular os cuidados de saúde no SUS; como cada serviço e profissional auxilia (ou não) nesta busca e produz (ou não) vínculo com o usuário e sua família; e os seus efeitos na vida destes usuários e suas famílias.

Portanto, neste estudo assume-se os itinerários terapêuticos como uma prática avaliativa em saúde, por compreender que estes se apresentam como ferramenta capaz de revelar, por meio da experiência e da percepção dos usuários, como os serviços estão organizados e a capacidade destes de responderem a suas demandas (PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008). Os itinerários dos usuários são considerados como o caminho percorrido por eles no exercício de suas ações na busca de cuidados nos serviços de saúde e a análise deste percurso é um instrumento interessante para a compreensão da organização e as práticas profissionais envolvidas nestes serviços no sentido de produzir acolhimento e vínculo/responsabilização.

METODOLOGIA

Constituiu um estudo analítico de caráter qualitativo na modalidade estudo de caso em que foi traçado o itinerário terapêutico dos usuários participantes da pesquisa para conhecer e analisar a organização dos serviços e as práticas profissionais desenvolvidas na Farmácia Pública Ambulatorial Municipal do município de Presidente Kennedy, situado no extremo sul do Estado do Espírito Santo (LIMA, 2014).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com os usuários da Farmácia Pública Ambulatorial Municipal (FPAM) deste município que foram selecionados para a pesquisa. A definição do critério de escolha dos sujeitos da pesquisa teve como prioridade tornar o universo o mais diversificado possível, sem nenhum tipo de estratificação ou condição traçadora, de forma que permitisse apreender a complexidade e a dinamicidade dos itinerários terapêuticos dos usuários da FPAM nos diversos contextos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde. Sendo assim, o critério de escolha foi o uso frequente dessa farmácia frente às variadas demandas. No Quadro 1, apresenta-se a lista dos usuários entrevistados de acordo com a faixa etária, o componente de financiamento do bloco da Assistência Farmacêutica, a doença prévia instalada e o local onde retiram os medicamentos. Todas eram mulheres.

Quadro 1 – Características das entrevistadas.

IDENTIFICAÇÃO	FAIXA ETÁRIA	COMPONENTE	DOENÇA	LOCAL
USUÁRIA 1	Adulta	Estratégico	Diabetes Tipo I	FPAM e via Processo no Estado
USUÁRIA 2	Adulta	Especializado	Retocolite	FPAM e via Processo no Estado
USUÁRIA 3	Idosa	Básico	Hipertensão e Diabetes Tipo II	FPAM e no Programa Aqui Tem Farmácia Popular
USUÁRIA 4	Idosa	Básico	Hipertensão	FPAM e no Programa Aqui Tem Farmácia Popular
USUÁRIA 5	Adulta	Básico	Sem doença prévia instalada	FPAM
USUÁRIA 6	Adulta	Básico	Sem doença prévia instalada	FPAM
USUÁRIA 7	Adulta	Básico	Sem doença prévia instalada	FPAM

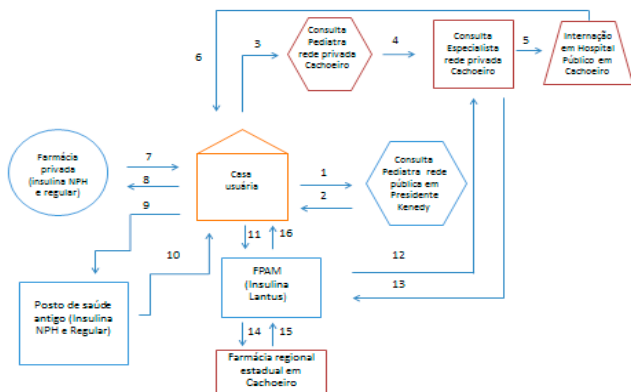
Fonte: Elaborado pela autora

As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo, na modalidade “Análise Temática” considerada apropriada para investigações em saúde. Foram realizadas várias leituras do material produzido explorando os depoimentos mais significativos, com vistas a eleger as unidades temáticas. Utilizou-se as seguintes unidades: temporalidade; espacialidade; acessibilidade; resolubilidade; dificuldades; facilitadores; percepção da qualidade; acolhimento; vínculo/responsabilização; e práticas farmacêuticas de cuidado. Por fim, estas foram reagrupadas em duas categorias empíricas (análise dos serviços e análise das práticas profissionais) que orientaram todo o processo de análise e interpretação de dados.

Por último, foi feita uma reflexão final sobre os principais achados da pesquisa, a partir da realidade vivida pelos usuários ao longo do percurso pelos serviços de saúde, especificamente com enfoque nos serviços envolvidos com a Assistência Farmacêutica.

Com base no conteúdo das falas das entrevistadas, construiu-se uma figura gráfica representativa da trajetória assistencial de cada usuária, no sentido de facilitar a visualização dos serviços de saúde percorridos e a ordem cronológica desse caminho (Figura 1).

Figura 1- Itinerário terapêutico da Usuária 1.



Fonte: Elaborado pela autora em Março 2014

PRINCIPAIS RESULTADOS

A análise dos dados obtidos a partir dos Itinerários Terapêuticos das usuárias entrevistadas demonstrou a variedade de demandas que a Assistência Farmacêutica tem que atender. Foi possível compreender que os caminhos trilhados pelas usuárias na busca de cuidado foram diversos. Ao se observar as figuras representativas dos Itinerários Terapêuticos verificou-se que cada usuária possui um percurso e um julgamento de cada passo, mesmo quando foram submetidas a situações semelhantes.

Em relação à identificação da doença, constatou-se que todas as usuárias só buscaram diagnóstico e tratamento após o aparecimento dos sintomas, o que corrobora com o modelo de tratamento de saúde vigente. O modelo biomédico de saúde, de caráter reducionista e com enfoque puramente biológico, sustenta uma visão da saúde sempre atrelada ou submetida à

questão da doença, relegando a dimensão social, cultural e psicológica (KLEINMAM, 1980). Por isto, compreende-se o fato de as pessoas procurarem os serviços de saúde apenas quando se sentem doentes, geralmente após o aparecimento dos sintomas.

Em relação às redes sociais de apoio, como esta pesquisa está centrada na pluralidade das demandas da Assistência Farmacêutica e não focalizou uma linha de cuidados específica nem doenças cujo sofrimento é uma etapa marcante, como é o caso do câncer, não foi possível fazer uma análise profunda das redes sociais estabelecidas ao longo das trajetórias. Entretanto, foi possível inferir que as usuárias consideram a família como principal apoio durante a busca por cuidados no SUS. Todas as usuárias se referiram a familiares quando necessitaram de alguma ajuda durante o percurso.

Apreendeu-se que a maioria das entrevistadas depende da oferta de serviços públicos de saúde, uma vez que estas não possuíam renda suficiente para financiar atendimentos na rede privada. Os relatos evidenciaram que as usuárias iniciam suas respectivas buscas por medicamentos na rede pública. Em vários momentos, demonstraram que possuem o hábito de adquirir os medicamentos na Farmácia Pública Ambulatorial Municipal e que esta é a primeira opção de todas elas.

Em relação ao tempo envolvido na busca por diagnóstico e tratamento, não deu para precisar o tempo cronológico, mas concluiu-se que, com a permanência dos sintomas, as usuárias continuaram a busca. Depreendeu-se que as doenças que envolviam um conhecimento mais especializado da patologia fez com que as usuárias demorassem mais tempo para ter seu quadro clínico diagnosticado, aproximadamente, de seis meses até um ano para terem seu diagnóstico concluído e iniciar o tra-

tamento. Foi observado, também, que as doenças cujos medicamentos eram disponibilizados pelo Componente Estratégico ou Especializado, ou seja, financiado pelo Estado do Espírito Santo ou Ministério da Saúde, resultou na demora em conseguir os medicamentos, em virtude do processo que precisa ser enviado ao Estado para que, posteriormente, os medicamentos sejam disponibilizados às usuárias. Por conseguinte, fica claro como alguns aspectos burocráticos para o tratamento das doenças interferem diretamente no tempo envolvido na busca por diagnóstico e tratamento, já que, primeiramente, elas precisam dar abertura no processo, que é enviado para Vitória para ser analisado para, só depois, ser deferido. Após o deferimento, a farmacêutica do município vai buscar o medicamento na farmácia regional e somente depois o medicamento será dispensado à usuária pela FPAM.

Sobre os espaços acessados durante a busca, verificou-se que todas as usuárias iniciaram seus percursos na rede pública do município. A maioria delas permaneceu na rede pública seguindo os encaminhamentos da própria rede, que envolveu atendimentos e procedimentos de diagnóstico em serviços de municípios vizinhos. Apenas duas usuárias acessaram a rede privada. É possível inferir, também, que a busca por tratamento medicamentoso se concentra nos serviços públicos de assistência farmacêutica. Todas as usuárias recorreram à Farmácia Pública Ambulatorial Municipal para ter suas demandas atendidas assim como os medicamentos ofertados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil³ e pelo Estado. Este achado vem confirmar

3 Este programa é uma iniciativa do Governo Federal que tem como objetivo ampliar o acesso aos medicamentos. Foi instituído pela Lei nº 10.858/2004, regulamentado pelo Decreto nº 5.090/2004, visando assegurar medicamentos essenciais para o tratamento dos agravos com maior incidência na população, mediante a redução de seu custo para

a importância que o serviço de Assistência Farmacêutica tem no que se refere à oferta e ao acesso aos medicamentos.

Em relação à oferta e disponibilidade de recursos do município, a maioria das entrevistadas avaliou que o município oferece, sim, recursos para diagnóstico, tratamento e terapêutica, uma vez que elas conseguem se consultar com bons médicos. Quando é necessário consultar em outro município ou realizar exames de alto custo, é o município que também agenda e as leva para a realização das consultas e exames.

No grupo de usuárias cujos medicamentos eram financiados e disponibilizados pela esfera estadual, ficou evidente que este processo de aquisição é um processo burocrático e trabalhoso. Ambas as usuárias entrevistadas relataram a dificuldade que é abrir o processo e conseguir os medicamentos para o tratamento da doença pelo Estado, em virtude da documentação necessária para comprovar a necessidade de uso do medicamento assim como da demora em ocorrer o deferimento do processo (esse encaminhamento demora cerca de quatro meses para que o tratamento seja iniciado).

Outro ponto analisado nesta pesquisa foi a resolubilidade dos serviços de saúde frente às demandas das usuárias entrevistadas. Pode-se constatar que, em relação à rede de serviços de saúde tanto pública quanto privada, o município depende da rede do município vizinho. Em vários momentos, as usuárias buscaram solucionar suas necessidades de saúde acessando os serviços ofertados no município vizinho, o que pode ser nitidamente observado a partir dos desenhos gráficos dos itinerários terapêuticos. Isto se deve ao fato de o município vizinho

os pacientes.

ser o maior município da região e, em virtude disto, possuir uma rede de serviços melhor estruturada em relação aos outros municípios da região, tornando-se o centro de referência. Em relação à terapêutica, a resolubilidade está associada à oferta de medicamentos e, apesar de a disponibilização dos medicamentos não ser regular na Farmácia Pública Ambulatorial do município, todas as usuárias acessaram, em primeiro lugar, a FPAM, na tentativa de encontrar os medicamentos necessários a suas demandas.

Os Itinerários Terapêuticos das usuárias da Farmácia Pública Ambulatorial Municipal trouxeram questões importantes em relação aos saberes e práticas profissionais no cotidiano dos serviços de saúde. Alguns profissionais de saúde sinalizaram práticas de acolhimento, principalmente por parte dos médicos da rede básica, visto que, as usuárias avaliaram os profissionais como bons profissionais por escutarem atenciosamente as demandas de saúde das entrevistadas. Evidenciou-se que, quando o profissional de saúde se posiciona com a postura de escutar as usuárias, isto é claramente referido por elas. Assumir tal postura é uma condição imprescindível para a materialização da integralidade no encontro entre profissionais e usuários em saúde (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004). Explorando, ainda, a atitude de acolhimento na trajetória das usuárias, não foi possível verificar nenhuma fala nas trajetórias analisadas que evidenciasse a postura de acolhimento nos profissionais que trabalham na Farmácia Pública Ambulatorial Municipal.

Nos achados do estudo, não se verificou o estabelecimento de vínculo entre as usuárias e os trabalhadores da Farmácia Pública Ambulatorial Municipal. Embora a farmácia seja um local frequentemente acessado pelas usuárias, não se observa proxi-

midade ou afetividade no relacionamento das usuárias com este serviço. Foi verificado que as usuárias estabeleceram vínculos com os profissionais em que elas confiavam e pelos quais se consideravam cuidadas, como os vínculos estabelecidos com os médicos que trabalham há mais de vinte anos na rede. Não se observou, também, a construção de um projeto terapêutico em equipe ou juntamente com os usuários. Quando perguntado sobre a comunicação entre os profissionais de saúde, as usuárias responderam apenas, que os médicos dão orientações de como elas podem conseguir os medicamentos.

Ficou evidenciada a falta de espaços para acolher e cuidar das múltiplas demandas dos serviços públicos de saúde, principalmente o serviço de farmácia e isto porque a centralidade das práticas farmacêuticas tem sido orientada com foco na doença, ou seja, no provimento de medicamentos para tratar as doenças. A falta de atenção reclamada pelas usuárias parece, de fato, não estar no núcleo das preocupações dos profissionais farmacêuticos. Outro questionamento lançado aqui se refere às práticas farmacêuticas de cuidado, visto que estas não estão voltadas para o desenvolvimento de atitudes e espaços caracterizados pela escuta, preocupação e sensibilidade para com o outro.

O fato de a falta de orientação estar presente, quase por unanimidade, nas falas das usuárias, é preocupante. É uma revelação nítida de que os profissionais que trabalham na FPAM não estão exercendo seu papel de informar e orientar o paciente sobre o uso adequado do medicamento, incluindo o cumprimento da dosagem e da posologia, os benefícios causados pela sua utilização, as interações relevantes com outros medicamentos e/ou alimentos, o reconhecimento dos potenciais efeitos colaterais, as condições de conservação do produto, entre outros.

Outro dado significativo revelado por este estudo foi a ausência de acompanhamento farmacoterapêutico das usuárias entrevistadas, atividade que pertence ao processo de trabalho do farmacêutico, na perspectiva da integralidade das ações de saúde, com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos, aumentando a efetividade da terapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a questão central desta pesquisa – compreender se os serviços ofertados na Assistência Farmacêutica Pública do Município de Presidente Keneddy/ES contribuem para o cuidado integral da saúde de seus usuários – foi respondida. Porém, cabe ressaltar que o processo de procura pelas respostas foi complexo e desafiador, devido, primeiramente, ao eixo teórico estruturante da pesquisa que, minuciosamente, alimentou as opções metodológicas. Também o foi devido à elaboração de um constructo teórico-metodológico na perspectiva socioantropológica o qual pode ser considerado inovador e potencializador, na medida em que a análise dos serviços e práticas farmacêuticas dá lugar e posiciona os sujeitos inseridos em uma dada realidade e seus comportamentos no uso desses serviços.

Este trabalho contribuiu para o desenvolvimento de referenciais e instrumentos que possibilitem uma visão mais abrangente da Assistência Farmacêutica, uma vez que a análise das experiências dos usuários em seus itinerários pelos serviços evidenciou que os dados qualitativos oferecem subsídios substanciais e complementam a interpretação de indicadores quantitativos, atualmente predominantes neste campo de assistência.

A compreensão dos Itinerários Terapêuticos é tida como uma ferramenta para a qualificação da assistência, uma vez que associa aspectos sobre o acesso, a utilização dos serviços e os fatores relacionados ao contexto dos usuários. Desta maneira, pode-se dizer que as usuárias têm acesso à Farmácia Pública Ambulatorial Municipal daquele município. Porém, a forma como este serviço está organizado e as práticas ali desenvolvidas não garantem a acessibilidade nem a resolubilidade das demandas, em virtude da demora nos processos de aquisição de medicamentos, da irregularidade no abastecimento, da atitude desumanizada por parte dos profissionais e da falta de proximidade desses para com as usuárias.

Nesse sentido, o presente trabalho defende que, além de uma política de Assistência Farmacêutica bem regulamentada, estruturada e com recursos que a financiem, é necessário que, aos esforços para a sua organização, sejam incorporados novos conceitos como vínculo, acolhimento, responsabilização, dentre outros, percebidos enquanto possibilidades para a transformação das práticas no contexto da integralidade em saúde.

Futuras investigações podem surgir a partir da apreciação dos achados desta pesquisa, uma vez que ficou demonstrado que a análise da Assistência Farmacêutica por meio de Itinerários Terapêuticos apresenta uma inovação aos modelos avaliativos tradicionais porque permite problematizar as práticas profissionais e a organização dos serviços desta área, a partir da visão dos usuários que vivenciam esta assistência.

Pode-se, ainda, acrescentar que este estudo oferece e instiga o fomento de outras indagações necessárias ao planejamento de ações para as políticas públicas de saúde, tanto no que diz

respeito à esfera federal, estadual ou municipal, no sentido de que estas, quando pensadas, devem levar em conta a trama que é tecida por relações subjetivas, históricas e culturais na vida ativa de seus usuários e de cada um em particular, quando optam por aquele ou outro serviço de saúde, visando um cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. B. **A trajetória de mulheres com câncer de mama:** uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de Integralidade no município de Volta Redonda. 2009. 128p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2009.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (Org.). **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-138.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O Itinerário Terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção Básica e Integralidade:** contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p.167-187.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Desenhos da Organização da Atenção no SUS – A Integralidade da Atenção à Saúde – Encontro dos estudantes universitários da área da saúde e o SUS.** Brasília, 17 maio 2003.

CAVALCANTE, E. F. L. **Trajetórias de mulheres com excesso de peso no cuidado pré-natal.** 2011. 93p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

GOMES, E. A. **Mulheres e câncer de mama:** percepção, itinerário terapêutico e prevenção. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

KLEINMAM, A. **Patients and healers in the context of culture.** California: Regents, 1980.

LIMA, R. B. **Itinerários terapêuticos na assistência farmacêutica na atenção básica em saúde do município de Presidente Kennedy/ES.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

LOPES, T. C. **Itinerário de paternidade:** a construção social da integralidade do cuidado ao recém-nascido e família na UTI-Neonatal. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2009.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais.** Brasília: OPAS/OMS, 2003.

MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliando a implementação da Atenção Básica em Saúde no município de Niterói, RJ:** estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2001. p. 39-64.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO SILVA, V. M. *et al.* Trajetória assistencial em Pirai: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p.225-234.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 112-114.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 9-12.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção Básica e Integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p. 17-41.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, ABRASCO, 2004. p. 241-257.

CAPÍTULO 11

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES NA
ATENÇÃO À SAÚDE MAMÁRIA

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro
Raimunda Magalhães da Silva
Paulo Felix de Almeida Pena
Escolástica Rejane Ferreira Moura

INTRODUÇÃO

A incidência do câncer de mama tem aumentado no mundo e, particularmente, no Brasil, onde a população idosa ganha crescimento ascendente (BRASIL, 2016). As taxas de incidência do câncer de mama variam entre as regiões do mundo, com as maiores taxas, em 2012, sendo encontradas na Europa Ocidental (96 casos/100 mil mulheres/ano) e as menores na África Central e na Ásia Oriental (27 casos/100 mil mulheres/ano) (INCA, 2014).

Países como Suécia, Reino Unido, Itália, Estados Unidos (EUA) e Uruguai, registram taxas de incidência de câncer de mama superiores a 100 casos por 100 mil mulheres/ano, tendo igualmente elevado seus índices de mortalidade, que se mostram em torno de 40 óbitos por 100 mil mulheres/ano (SCLO-

WITZ *et al.*, 2005). No Brasil, para o ano de 2016, válido também para 2017, espera-se a ocorrência de 57.960 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,20 casos para 100 mil mulheres/ano. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sul (74,30/100 mil mulheres/ano), Sudeste (68,08/100 mil mulheres/ano), Centro-Oeste (55,87/100 mil mulheres/ano) e Nordeste (38,74/100 mil mulheres/ano). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (22,26/100 mil mulheres/ano). É um fenômeno a ser investigado, com vistas ao desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, tendo como ponto de partida intervenções de detecção precoce (INCA, 2016).

Para o Estado do Ceará, estima-se a ocorrência de 2.160 casos novos de câncer de mama para o ano de 2016, ressaltando uma taxa bruta de 46,30 casos para cada 100 mil mulheres/ano. Esses dados situam Fortaleza, capital do Estado, como destaque para a programação de ações no que concerne à detecção precoce do câncer de mama, cura e reabilitação (INCA, 2016).

Mesmo sendo considerado um câncer de relativo bom prognóstico, desde que diagnosticado e tratado adequadamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Segundo o INCA (2014), a sobrevida em um, cinco, dez e 20 anos, em países desenvolvidos, como a Inglaterra, é de 95,8%, 85,1%, 77% e 64%, respectivamente, uma sobrevida aproximada de 80%.

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama sinaliza para a necessidade de investir na prevenção e controle deste tipo de câncer. O objetivo principal deste programa diz

respeito, simultaneamente, às questões relativas à incidência e à mortalidade por esta patologia e ao investimento na melhoria da qualidade de vida das mulheres acometidas por esta doença. A redução da incidência está diretamente associada às medidas de prevenção e de conscientização popular quanto aos seus fatores etiológicos. A redução da mortalidade depende da capacidade nacional em detectar o câncer precocemente e tratá-lo adequadamente. Estas duas ações, além de caracterizarem a indissolubilidade da prevenção/assistência, preveem sua aplicação em âmbito nacional e universal (INCA, 2014).

Nesse contexto, a atenção primária à saúde representa a porta de entrada do sistema de saúde, tendo a responsabilidade pelas pessoas, ao longo do tempo, independentemente da doença, a integralidade da atenção, a capacidade de coordenar os cuidados com as necessidades das pessoas, famílias e comunidades, valorizando a cultura (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2006).

Revisão de nove estudos realizados no Brasil sobre o rastreamento do câncer de mama, durante o período de 1993 a 2007, identificou que 45% de 3.352 casos de câncer de mama apresentaram estadiamento avançado em grau III e/ou IV no momento do diagnóstico, ressaltando que, quando a doença é diagnosticada tardiamente, as possibilidades de cura diminuem, sendo a extirpação da mama, muitas vezes, a alternativa terapêutica (THULER, 2012).

A estratégia de busca por um diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de desenvolvimento do câncer de mama, o que remete à importância da sensibilização da mulher sobre a necessidade das ações que levem à detecção precoce. Neste sentido, conhecer a experiência das mulheres quanto a

essas ações e o itinerário terapêutico é uma forma de desvendar o significado que esta experiência tem para elas. A redução do grau do estadiamento do câncer de mama e da sua gravidade, após um diagnóstico precoce, passa também pela resolubilidade do serviço de saúde na atenção primária, uma vez que um atendimento resolutivo permite concluir o diagnóstico em estádios iniciais da doença (BAIRATI *et al.*, 2006; SHARMA *et al.*, 2012).

De acordo com Turini, Lebrão e Cesar (2008), o conceito de resolubilidade deve ser compreendido como a capacidade de dar soluções aos problemas do usuário do serviço público de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o, conforme o nível de complexidade.

Nessa perspectiva, a resolubilidade envolve interação mediada pelo profissional de saúde, que pode ocorrer nos espaços dos serviços e também nos domicílios das pessoas e nos espaços midiáticos e da comunidade em geral. Portanto, para entender como se dá a resolubilidade dos serviços em relação à atenção mamária, faz-se necessário compreender como ocorrem estas relações e o que leva as pessoas a interagirem a ponto de (re) produzirem os significados que se propagam entre eles (RÜDIGER, 1998).

Para este estudo, a detecção precoce do câncer de mama significa identificar o câncer pré-sintomático, ou seja, antes que a pessoa manifeste algum sintoma relacionado com a doença ou denote alguma alteração no exame físico realizado por um profissional da área da saúde, sendo necessário um acompanhamento por parte destes profissionais e um serviço que possibil-

te cirurgia, quimioterapia, dentre outras condutas, compreendendo o protocolo terapêutico (GONÇALVES *et al.*, 2009).

O termo itinerário terapêutico é utilizado com a sinonímia de cuidados terapêuticos e pretende relatar e analisar as práticas individuais de saúde, levando em consideração os aspectos socioculturais, no que se refere aos caminhos percorridos pelo cidadão na busca de solucionar seu problema de saúde (GERHARDT, 2006).

A magnitude do câncer de mama, em termos epidemiológicos, justifica o conjunto de ações com vistas ao seu enfrentamento. A prevenção, a detecção precoce e a cura exigem atenção crescente por parte das autoridades governamentais, tal como se defende para outras enfermidades crônicas e degenerativas. O sistema de saúde deve se reorientar e se adaptar a este tipo de demanda, considerando o princípio da resolubilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a ter o suporte apropriado, no serviço público e privado, sendo este último na forma complementar, como recomenda o Ministério da Saúde, na Lei nº 8080/90 (INCA, 2014).

Em virtude da relevância da detecção precoce do câncer de mama e da conjunção de serviços de saúde resolutivos questionamos: como a mulher mastectomizada percebe seu itinerário na busca do diagnóstico precoce, exames e tratamento do câncer de mama.

Em razão desse questionamento e motivada pelo interesse na temática ~~procurou-se~~ definimos como objetivo compreender o itinerário percorrido por mulheres mastectomizadas no SUS, desde a atenção primária à saúde.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, por compreender que o conjunto de fenômenos humanos é parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não apenas por agir, mas também por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações com origem na realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2010).

Participaram do estudo 26 mulheres submetidas à mastectomia unilateral ou bilateral, em decorrência do diagnóstico de câncer de mama há, pelo menos, seis meses, atendidas no SUS. As participantes foram identificadas pelo fichário de atendimento médico do serviço e/ou pelos prontuários do ambulatório de Mastologia de uma instituição pública do Ceará. Com este número de participantes ocorreu a saturação dos dados, ou seja, observou-se a repetição das informações e a ausência de novas ideias. Os dados foram suficientes para compor as unidades de significado (MINAYO, 2010).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada em que o instrumento de coleta continha perguntas norteadoras com a intenção de obter uma visão mais completa da percepção da mulher quanto a sua trajetória do diagnóstico inicial da doença ao tratamento.

A coleta de dados seguiu as etapas de levantamento do cadastro (prontuários e fichários) de pacientes atendidas, nos últimos seis meses. Esta etapa teve como finalidade identificar as possíveis participantes da pesquisa além de relacionar dados de identificação e outras informações quanto à caracterização das mulheres. As mulheres que contemplaram os critérios de inclusão da pesquisa foram contatadas no ambulatório e/ou

por telefone. Após a concordância em participar da pesquisa foi agendada a entrevista, que se deu na instituição na qual ela era atendida.

Realizou-se a entrevista individualmente, com tempo indeterminado, de forma descontraída, interativa e gravada com equipamento eletrônico, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As mulheres foram identificadas pela letra M seguida do número da entrevista.

A entrevista abordou as características sociodemográficas (idade, cor, ocupação, escolaridade, renda familiar, religião, estado civil, número de filhos, menarca, gestação, amamentação, história familiar) e questões sobre o itinerário das mulheres desde o diagnóstico até os procedimentos terapêuticos, descrevendo o percurso da mulher e os atributos da resolubilidade do serviço de saúde na assistência à saúde mamária. A transcrição das falas foi realizada na íntegra, para garantir a fidedignidade dos relatos, facilitar a organização dos dados e a formulação das temáticas.

A organização dos dados teve o suporte de temáticas con-dizentes com os objetivos, abrangendo o itinerário para o diagnóstico, para a realização e entrega dos exames e o tratamento enfrentados pelas mulheres.

A interpretação dos resultados nos deu a oportunidade de explorar a literatura sobre itinerário terapêutico e resolubilidade dos serviços que atendem as mulheres com problemas mamários.

A pesquisa seguiu as determinações da Resolução^o 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), que trata dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes do estudo apresentaram idade entre 37 e 66 anos, sendo a maioria casada e católica.

Com relação à etnia, a maioria das entrevistadas se identificou como branca, concordando com a literatura, que destaca o câncer de mama como sendo de maior acometimento em ~~acomete~~ mais mulheres brancas, sendo esta incidência mais elevada após a menopausa (PINHEIRO, 2010).

Quanto à escolaridade, 15 mulheres referiram ter baixo grau de escolaridade, isto é, possuíam entre o ensino fundamental I e II. As demais tinham ensino médio. A baixa escolaridade foi também identificada nos estudos de Leite *et al.* (2013), de Brito (2011) e de Schneider e D'Orsi (2009) ao detectarem elevadas taxas de baixa escolaridade entre mulheres com diagnóstico de câncer de mama, enfatizando, inclusive, que essas mulheres têm maior risco de morrer pela doença quando comparadas com as de nível de escolaridade superior. Isto se deve ao fato de as mulheres com maior escolaridade terem mais chances de acessar os serviços de saúde e se submeterem aos exames clínicos e de imagem, favorecendo o diagnóstico precoce do câncer de mama (CARVALHO *et al.*, 2014).

A profissão/ocupação das participantes foi bem diversificada, predominando, contudo, as mulheres que se dedicavam às atividades do lar (10). Em segundo lugar, ficaram as mulheres que prestavam serviços a empresas particulares (9 entrevistadas). Entre as demais, 6 eram autônomas, trabalhando por conta própria com vendas de produtos e serviços e uma era pensionista.

As mulheres tinham renda própria, embora complementada por receita de outros membros da família. Entre as entrevistadas, 14 relataram ganhar até um salário mínimo, 10 entre um e dois salários e duas mencionaram ganhar entre dois a três salários mínimos. Silva *et al.* (2010) afirmam que o baixo nível socioeconômico aumenta os fatores de risco para a instalação da doença, pela dificuldade de acesso a serviços que visem à promoção da saúde e prevenção de doenças. Ocorre, ainda, que mulheres com alta renda familiar, boa escolaridade e que moram na zona urbana realizam mais exames, como a mamografia (RENK *et al.*, 2014).

As mulheres foram indagadas sobre o intervalo de tempo entre o primeiro atendimento e o início do tratamento bem como entre a primeira consulta e o diagnóstico. A este respeito, 23 mulheres afirmaram ter levado, em média, de um a dois meses para o diagnóstico e de três a seis meses, para o tratamento.

TEMÁTICAS

DIFICULDADES PARA O DIAGNÓSTICO NO INÍCIO DO ITINERÁRIO

A jornada realizada ou percorrida pela mulher na busca do diagnóstico e terapêutica do câncer de mama é vista como geradora de angústia e sofrimento quando procurado o serviço público de saúde que, somado com as angústias, a ansiedade e os medos do diagnóstico da doença estão as dificuldades do acesso e a baixa resolubilidade do serviço de saúde, necessitando, em geral, da rede de amizades para o alcance da assistência necessária à saúde mamária.

Foi mais rápido porque eu já tinha um conhecido aqui, [...] foi um médico daqui que me ajudou, botou na frente, abriu as minhas portas (M 6).

[...]consegui através do médico, que é o Dr. X que trabalha lá no ICC. Ele ia todas as quintas-feiras para a igreja católica que tem lá. Aí ele fazia consulta de graça, ele encaminhava a gente para outros cantos, aí cheguei lá me vendo de dor e muito debilitada, magra, magra, magra mesmo. Aí ele pegou e mandou uma cartinha para um médico amigo dele aqui e deu certo (M 10).

O primeiro exame que eu fiz foi no Maracanaú, que uma amiga minha que trabalha lá falou para mim (M 3).

O SUS assegura o acesso universal à saúde em seus princípios, o que implica atender a toda a população de forma equitativa e integral. Esses princípios asseguram a assistência e a resolubilidade dos serviços como forma de manutenção da saúde, por meio de uma rede de atenção à saúde que integra os três níveis de atenção. Neste sentido, foram definidos caminhos a serem seguidos por pessoas em cuidados terapêuticos para o câncer de mama, com base nas linhas de cuidado.

A respeito das linhas de cuidado, autores mencionam que estas expressam os fluxos que devem ser garantidos aos usuários, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Definem, ainda, as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos três níveis de atenção à saúde e nos sistemas de apoio bem

como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco (MALTA; MERHY, 2010; MENDES, 2011). Desta forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico das usuárias na rede de atenção à saúde conforme protocolos estabelecidos e pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos reorganizando o processo de trabalho a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita.

Não obstante, o itinerário percorrido na busca de cuidados terapêuticos pelas mulheres pesquisadas não correspondeu, necessariamente, aos fluxos determinados pelo sistema de saúde. Muitas vezes, para terem acesso aos serviços, as mulheres usam de influências e contatos pessoais, alterando seu itinerário desde a atenção primária à saúde.

A porta de entrada do SUS é, preferencialmente, a Unidade Básica de Saúde (UBS), que oferece a atenção primária à saúde tendo como referência a Estratégia Saúde da Família (ESF). As UBS abrigam as equipes da ESF compostas por médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde e contam com o suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas (BRASIL, 2009).

Dependendo da necessidade de cada usuário, na UBS, o médico generalista é responsável pelo encaminhamento das usuárias para consultas com especialistas ou para exames especializados, oferecidos nos centros especializados da rede pública municipal, como também nas clínicas credenciadas pelo SUS. A atenção especializada é oferecida na rede própria, em algumas UBS, hospitais, nos centros de especialidades médicas,

centros de especialidades odontológicas (CEO) e rede conveniada ou qualquer outra rede temática, incluindo-se a rede de Oncologia (BRASIL, 2009).

DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DE EXAME E NA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DO CÂNCER DE MAMA

As dificuldades para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama são mencionadas pelas mulheres desde o início do itinerário, quando procuram a UBS e não conseguem ser consultadas.

Primeiro eu fui para o posto. Lá o doutor pediu os exames. Aí fiz e voltei depois já com os exames. Passei uns apertados quando o médico disse que estava vendo um caroço e que era câncer. Meu Deus! Procurei terra nos pés (M 2).

Só o resultado da biópsia, que o laboratório ficou de entregar do dia 17 de fevereiro. Nessa época era o período do Carnaval, tudo bem, mas aí passaram fevereiro, março, abril. No dia 28 de abril foi que saiu o resultado(M3).

Foi demorado. Eu passei pelo posto, tirei uma ficha e fui para a Santa Casa. Na Santa Casa me botaram para o Instituto do Câncer (M 7).

O itinerário para a confirmação (identificação) da doença é marcado por dificuldades, como morosidade e longas esperas, mesmo quando têm acesso aos serviços diagnósticos, o que reflete desorganização e/ou insuficiência das estruturas que compõem o sistema de saúde bem como a falta de um acolhimento humanizado e de um suporte emocional adequado no momento de comunicar o diagnóstico de câncer de mama (M2).

Independentemente da falta de consenso conceitual da posição do “paciente” enquanto cidadão ou consumidor, a saúde é um direito constitucional inquestionável. Aciole (2006) e Oliveira *et al.* (2009) reafirmam que o SUS, no seu ideário de reformas, tem a pretensão da unificação da produção do cuidado e a racionalização da organização da atenção. Entretanto, a busca dessas mulheres por um diagnóstico mais rápido é marcada pelo sofrimento humano e pelas fragilidades relacionais com os serviços, sendo submetidas à imposição autoritária dos mesmos (NATIONS; GOMES, 2007). “As consolidações de um valor de uso e de legitimação social do SUS ainda estão longe de acontecer” (ACIOLE, 2006).

[...]no laboratório disseram assim: ‘que estava havendo um problema que a prefeitura não repassava dinheiro para o laboratório, e ele só tinha um analista para dar o laudo’, aí era muita gente. Eu que fiz a biópsia em janeiro, em fevereiro eles ainda estavam dando o laudo para quem fez antes de mim, em dezembro mais ou menos (M 6).

A dicotomia do SUS, no que tange à complementaridade constitucional pelo setor privado para suprir a insuficiência de recursos de forma a garantir a integralidade da assistência à saúde, ainda não tornou possível eliminar as tensões e contradições entre os interesses do “público” e do “privado” (ACIOLE, 2006). A fala reflete a indignação, a denúncia da peregrinação dolorosa decorrente de escolhas nas quais os recursos gerados pelo povo são transferidos para atender interesses de outra ordem, indiferentes ao sofrimento de mulheres para as quais o tempo pode ser determinante no prognóstico da doença (ACIOLE, 2006; NATIONS; GOMES, 2007). A saúde enquanto política social é desconfigurada à condição de mercadoria.

Fui ao posto peguei a ficha e fiz uma consulta e depois o médico mesmo pediu os exames. Eu já saí de lá com tudo marcado. Aí eu fiz os exames, que foi o mais demorado, tanto que eu cheguei a procurar na Santa Casa onde a gente paga um valor menor e aí, mostrei para o médico. Depois foi que fui encaminhada para cá. O médico daqui, depois que eu fui para consulta, pediu outros exames, eu já fui fazendo e não paguei (M 13).

A integralidade, como diretriz legal, tem contribuído para a análise e para a produção de inovações no sistema de saúde brasileiro, entretanto, o público e o privado no itinerário assistencial se mostrou uma rotina frequentemente presente no cotidiano das mulheres em sua busca do diagnóstico e do tratamento da doença, na medida em que decorre da busca de

cuidado mais integral por parte das próprias usuárias (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006; FERLA *et al.*, 2010). “A gestão do cuidado, nesses casos, parece estar muito mais sobressponsabilidade dos próprios beneficiários e de seus familiares” (FERLA *et al.*, 2010).

O sistema de saúde, na ótica da integralidade e da resolubilidade, carece de maior articulação entre as ofertas dos serviços próprios e dos serviços contratados, de modo complementar, que compõem o SUS, para que possam atender as necessidades das mulheres com câncer de mama em tempo hábil.

ENFRENTAMENTO E REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Assim como nas primeiras “passadas” da mulher na busca da saúde mamária (para exames e diagnóstico), a demora no atendimento terapêutico e as dificuldades de acesso foram ressaltadas:

Quando eu cheguei ao Instituto do Câncer disseram que eu tinha que fazer primeiro a quimioterapia, aí marcaram. Uns 15 dias para eu voltar para começar (M 7).

As dificuldades, os dramas, os sofrimentos [...] tem gente que fica morando aqui esperando sua vez, dependendo dos outros. Talvez se o atendimento fosse mais rápido e facilitado a gente podia sofrer menos danos com o tratamento (M 9).

A qualidade da assistência hospitalar, em seu sentido amplo, pautada na construção de linhas de produção de cuidados de forma integral tem sido exaustivamente questionada (MADEIRA; DUARTE, 2006). Esta falta de competência humana em lidar com o sofrimento, uma marca da história das mulheres em tratamento do câncer de mama, explica a opção dos profissionais de saúde em lidar apenas com a doença em que o tempo responde não à ansiedade ou ao desamparo, mas a protocolos de intervenções voltados exclusivamente para as lesões (SILVA JÚNIOR; MERHY; CARVALHO, 2005; NATIONS; GOMES, 2007).

Embora a percepção e o enfrentamento da doença sejam modelados pela subjetividade das mulheres que conseguem chegar ao tratamento especializado— muitas, após percorrerem um tortuoso itinerário—, é neste lugar/momento que se revela, de forma transparente e significativa, o processo real de produção em saúde.

A doença como o câncer quanto mais demora pior é. A doença se espalha e complica. Podia ser tratada só com a cirurgia, mas com a demora precisa de outros tratamentos (M13).

O acesso ao tratamento do câncer está assegurado na Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, em seu art. 2º, que estabelece o prazo de até 60 dias para o início do primeiro tratamento no SUS contados a partir do diagnóstico do laudo patológico (BRASIL, 2012b). No entanto, a demora em começar a terapêutica é considerada como um dos condicionantes que muito dificultam a assistência ao paciente oncológico no Brasil (GONÇALVES, 2013).

A busca por cuidados com a saúde nem sempre ocorreu de forma homogênea no decorrer da história. Este fato se deve aos variados e complexos caminhos percorridos na busca de soluções para os problemas de saúde, uma vez que sofrem mudanças de um indivíduo para outro e até mesmo podem variar para um mesmo indivíduo, dependendo da mudança da doença, especialmente quando se trata do câncer.

CONCLUSÃO

Frente aos resultados, há de se reconhecer que o itinerário da mulher na busca da saúde mamária passa pelo enfrentamento das dificuldades que vão desde o primeiro atendimento na UBS até as consultas em serviços especializados para o diagnóstico e terapêutica do câncer de mama. Admite-se uma precariedade dos serviços de atenção à saúde marcada por dificuldade de acesso (longas esperas) e descontinuidade do atendimento, em cada nível de atenção, devido à pouca integração entre eles, realidade que faz parte da escolha das mulheres de recorrerem à rede de amigadas.

As dificuldades para a realização de exames para confirmação diagnóstica do câncer de mama e realização do tratamento passam por demoras inaceitáveis e barreiras organizacionais em que as mulheres consideram o acesso e a resolubilidade dos serviços de saúde aquém do desejado. Sabedoras de que o longo tempo de espera é um condicionante para o diagnóstico tardio da doença e a terapêutica mais mutilante, parte das mulheres exprime angústia, sofrimento e medo.

Os resultados apresentados não podem ser vistos de forma generalizada, por se tratar de uma abordagem qualitativa, mas re-

conhece-se que revelam os condicionantes que corroboram o diagnóstico tardio da doença que porta mais sofrimento à mulher e eleva os índices de morbidade e mortalidade pelo câncer de mama.

Recomenda-se que mais estudos sejam realizados sobre esta temática para possibilitar informações e conhecimentos sobre o assunto e subsidiar os gestores e profissionais de saúde, sendo necessário, no entanto, ressaltar a valia dos resultados aqui apresentados, por destacarem as dificuldades para a garantia da saúde mamária feminina e, conseqüentemente, para a detecção e o diagnóstico precoce do câncer de mama.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. **Asaúde no Brasil**: cartografia do público e do privado. São Paulo: Hucitec; Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região, 2006.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A estratégia de saúde da família. In: _____. **Fundamentos e práticas da atenção primária à saúde**: medicina ambulatorial. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 88-100.

BAIRATI, I. *et al.* Women's perceptions of events impeding or facilitating the detection, investigation and treatment of breast cancer. **European Journal of Cancer Care (Engl)**, v.15, n.2, p. 183-193, May 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1.944**, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466**, de 12 de outubro de 2012. [S.l.:s.n.], 2012.

BRASIL. **Lei nº 12.732**, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DOU, 23 nov. 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm>.

BRASIL. **Câncer de Mama: Detecção Precoce**. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, 2016.

FERLA, A. A. *et al.* **Incorporação da tecnologia de linhas de cuidado na Saúde Suplementar**: análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil a partir de marcadores selecionados: relatório de projeto de pesquisa Processo nº 402690/2007-9, Edital MCTCNPq/ ANS nº 25/2007. Porto Alegre: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2010.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 2449-2463, nov. 2006.

GONÇALVES, L.L.C. **Trajetória de mulheres com câncer de mama**: dos sinais e sintomas ao tratamento. 2013.143f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

GONÇALVES, L. L. C. *et al.* Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. **Rev Enferm UERJ**, v. 17, n. 3, p. 362-367, 2009.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Da Silva- INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Da Silva – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

LEITE, F. M. C. *et al.* Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 211-217, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.br>. Acesso em: 28 mar. 2016.

MADEIRA, L.M.; DUARTE, E.D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Org.). **Gestão em Redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERG: CEPESQ, 2006. p.65-79.

MALTA, D. C.; SILVA JR., J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição de metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol.Serv.Saúde**, Brasília, v.22, n. 1, p. 151-164, jan./mar. 2013.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUNHOZ, C. A. S. **Câncer de mama e organização dos serviços**: do atendimento básico a referência na Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera no município de São Paulo. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

NATIONS, M.K.; GOMES, A.M. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2103-2112, set.2007.

OLIVEIRA, P. T. R. *et al.* Políticas de cuidado da saúde suplementar na região Norte do Brasil: evidências a partir da análise do cenário regional [projeto de pesquisa]. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar**: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS-2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde-Brasil, 2009.

PINHEIRO, C. P. O. *et al.* **Redescoberta da vida**. Campinas, SP: Saberes, 2010.

RÜDIGER, F.R. **Introdução à Teoria da Comunicação**: problemas, correntes e autores. São Paulo: Edicon, 1998.

SCLOWITZ, M. L. *et al.* Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 340-349, 2005.

SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scileo.php>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

SHARMA, K. *et al.* A systematic review of barriers to breast cancer care in developing countries resulting in delayed patient presentation. **Journal of Oncology**, v. 2012, article ID 121873, 2012.

SILVA JÚNIOR, A. G., MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ/IMS:ABRASCO, 2005. p. 113-128.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, ABRASCO, 2004. p. 241-257.

THULER, L. C. S. (Org.). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação, 2012.

CAPÍTULO 12

PEREGRINAÇÃO EM BUSCA DO CUIDADO: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS EM ADOCIMENTO MENTAL

Carliene Bezerra da Costa

Carlos Bruno Silveira

Maria Salete Bessa Jorge

CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

O cuidado prestado aos portadores de transtornos mentais era baseado no modelo biomédico hospitalocêntrico, transformando a loucura em doença e distanciando as pessoas do convívio social. Com a Reforma Psiquiátrica, no Brasil, surge uma nova forma de abordagem de cuidado, uma atenção mais humanizada e efetiva e uma alternativa de tratamento extra-hospitalar, como tentativa de resgatar o convívio social destas pessoas.

Apesar dos importantes avanços identificados no que se refere aos aspectos políticos, ressalta-se a necessidade de que tais prerrogativas se materializem em ações contextualizadas que promovam a autonomia do usuário e aproximem o cuidado em saúde mental do cotidiano do sujeito. Para isto, é preciso

romper com a noção tradicional de atenção à saúde, na medida em que esta se caracteriza por ações verticalizadas e hierarquizadas (DELFINI, 2009).

Surgiram tentativas de pensar o cuidado fomentando novas práticas no campo da saúde mental, modificando o objeto de cuidado que passou a envolver não somente a patologia, mas vários aspectos da integralidade do sujeito, do meio ambiente e de suas relações, lançando um olhar diferenciado sobre as reais necessidades de saúde do indivíduo (LACERDA; VALLA, 2006).

Para tanto, faz-se necessário entender que a maneira pela qual cada sujeito enfrenta suas questões e desafios está relacionada à subjetividade. Desta forma, o modo pelo qual cada pessoa em adoecimento psíquico sofre, entende e vivencia o tratamento/cura é singular e tem estreita relação com a sua organização sociocultural e as experiências vividas. Defende-se que a forma pela qual os sujeitos enfrentam e lidam com o sofrimento advém das experiências presentes da situação biográfica de cada indivíduo. Assim, reconhecendo que a integralidade da assistência em saúde se efetiva a partir das interfaces entre a racionalidade biomédica e a popular, destaca-se a compreensão dos Itinerários Terapêuticos (IT) como uma opção estratégica para a concretização de práticas em saúde mais próximas para a prestação de uma atenção adequada (VASCONCELOS, 2014).

Assim, para a compreensão dos sentidos, significados e práticas de pessoas com transtorno mental, na procura de enfrentamento para seus problemas de saúde e busca de tratamento/cura, é oportuno discutir os IT's.

A análise do IT não se limita, contudo, a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura. Tais elementos são insuficientes para compreender o complexo processo de escolha. Assim, a análise sobre o IT envolve, necessariamente, a ideia de que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais para elaboração e implementação de projetos específicos e até contraditórios (RABELO; ALVES; SOUSA, 1999).

Partindo-se desse princípio, corrobora-se que os IT's não são exclusivamente determinados por contingências relacionadas a facilidades ou dificuldades no acesso ao tratamento. Sabe-se que dificuldades para tornar pleno o processo resolutivo da atenção em saúde mental ocorrem, principalmente, pela articulação ainda frágil dos serviços de saúde, redes sociais e intersetorialidade. O sofrimento ou transtorno psíquico é apenas um elemento nesta trajetória social que se caracteriza por consequência e causa concomitantes. As condições sociais e a sobrevivência do usuário no mundo contemporâneo advêm de uma realidade comum a toda a população (JORGE *et al.*, 2011; PINTO *et al.*, 2012).

Assim, ao permitir a análise e/ou compreensão do fenômeno discutido, o estudo contribuirá para a produção do conhecimento na área. Na oportunidade, detectou-se a existência de poucas produções acerca do IT com portadores de transtornos mentais. Este estudo poderá, ainda, contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas na área em discussão.

Mediante uma análise crítica e reflexiva de literatura existente sobre o assunto abordado, tal estudo se compromete em discutir um panorama das publicações dos últimos anos bem

como dos estudos mais importantes sobre a temática, objetivando-se aprofundar uma reflexão acerca do IT das pessoas com transtorno mental crônico na busca do cuidado.

DESENHANDO OS CAMINHOS...

De forma a entender melhor o IT de pessoas com transtorno mental crônico, explanaremos acerca dos modos pelos quais esses indivíduos se orientam em suas relações, atividades e em seus planos individuais e coletivos que são, por vezes, profundamente alterados pela doença. Sendo assim, buscou-se na literatura, utilizando-se da palavra chave “Itinerário Terapêutico”, produções que explicassem como ocorre o processo terapêutico de pessoas acometidas por algum transtorno mental crônico.

Existem inúmeros estudos sobre IT, no entanto, pouca produção com foco no adoecimento mental crônico. Além disso, observou-se que o conceito de IT e a sua utilização, na prática e na pesquisa é recente, não sendo uma metodologia amplamente utilizada, de modo que ainda se encontram questões teórico-metodológicas em aberto assim como o papel desempenhado pelo envolvimento político-social na saúde das pessoas. Empreende-se, no entanto, que este método é capaz de garantir intensa profundidade, porém ainda não totalmente explorada.

Quanto aos fatos mais relevantes encontrados nos estudos recentes, destaca-se o aspecto crônico como definidor do desenvolvimento da doença; a dificuldade para a descoberta do diagnóstico, levando à ocorrência de um fenômeno chamado “peregrinação” por diversas instituições e profissionais de saúde; a utilização de diversas estratégias empregadas, sendo estas

formais ou informais; o contexto familiar e o cuidado dispensado por seus cuidadores; o relacionamento com os profissionais de saúde e a substituição do modelo manicomial; e os investimentos em equipamentos assistenciais que se referem à abertura de serviços estratégicos em saúde mental, sendo o principal deles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os principais achados são organizados em categorias e discutidos individualmente para melhor reflexão sobre a temática.

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: CONEXÕES NA BUSCA DO CUIDADO

Esse capítulo pretende retratar as principais teorias sobre itinerário terapêutico bem como sua articulação com a saúde mental. A perspectiva do IT como constitutivo do cotidiano tem sido utilizada como referência às formas de enfrentamento aos processos de saúde-doença na área da saúde (LEITE; VASCONCELOS, 2006) e se apresentou como dimensão capaz de aclarar os modos de cuidado e relacionamento com o sujeito que sofre mentalmente.

Duarte (1988), em seu estudo, destaca que a ênfase da análise dos desafios e enfrentamentos elaborados pelos sujeitos passa a destacar o fato de que os grupos estudados não só elaboraram diferentes concepções sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos de doenças como também estabelecem convenções sobre a maneira como os indivíduos devem se comportar quando estão doentes.

Segundo Gilberto Velho, “é necessário que toda análise sobre IT ponha em evidência as experiências, as trajetórias e

projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente” (1994, p. 27).

Pelo prisma socioantropológico, os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento são denominados de IT o qual se sustenta na evidência de que os indivíduos e grupos sociais encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde (ALVES;SOUZA, 1999).

Vemos, então, que, para resolver seus problemas de saúde, os indivíduos, nos mais diversos contextos socioculturais, recorrem às diferentes alternativas de tratamento conhecidas as quais são escolhidas de acordo com a capacidade de responder às aflições, à disponibilidade de recursos e à cura. Para Alvese-Souza(1999), os estudos sobre IT não devem ficar restritos à análise da disponibilidade de serviços, de modelos explicativos tampouco à utilização que os indivíduos fazem das agências de cura. Segundo estes autores, esses elementos são insuficientes para a compreensão do complexo processo de escolha do tratamento, tornando-se necessário considerar o contexto sociocultural no qual o IT ocorre.

A análise não é, simplesmente, o percurso que o sujeito percorre dentro da rede assistencial, os seus “modelos explicativos” para o processo saúde-doença e a utilização que os indivíduos fazem pelas agências de cura. Tais dimensões são insuficientes para compreender o complexo processo de escolha. É necessário levar em consideração que a escolha de tratamento é influenciada pelo contexto sociocultural em que se situam os sujeitos e suas famílias (ALVES; SOUZA, 1999).

Assim, entender o IT não se limita, somente, a apreender a disponibilidade e o acesso aos diferentes níveis dos serviços de saúde. Tais questões são insuficientes para compreender a complexidade do processo de escolha de tratamento/cura pelos sujeitos.

O IT é construído por caminhos diversos, não havendo uma regra que determine o que fazer e quando fazer. Algumas alternativas se aproximam do modelo biomédico enquanto outras recaem no conhecimento pessoal, familiar, popular ou religioso. Deste modo, é importante contextualizar que a cultura, neste cenário, aparece como pano de fundo destas relações, pois muitos dos cuidados são pautados no conhecimento familiar e popular, porém os percursos acabam sendo construídos pela singularidade individual. (MALISKA; PADILHA, 2007).

Outra autora reforça que o IT revela não somente a diversidade e a pluralidade das escolhas, mas sim evidencia as estratégias complexas dos atores sociais, a partir do universo sociocultural (individual e coletivo) em que se inserem e, sobretudo, do papel dos indivíduos enquanto sujeitos sociais. Defende-se que a individualidade e as experiências vividas posicionam o indivíduo como autor de sua própria história, mas em uma relação com um macrocontexto, o perfil da doença, o acesso econômico e as tecnologias disponíveis para delinear o caminho percorrido pelo indivíduo ao buscar solução para seus problemas de saúde (GERHARDT, 2006).

O IT analisa a capacidade individual de mobilizar recursos ou formular estratégias de enfrentamento de seus problemas do dia a dia e de suas necessidades elementares, sempre moldadas pela história de vida (GERHARDT, 2006). Sendo

assim, cada sujeito tem capacidades e escolhas diferentes no enfrentamento da doença e na busca de tratamento/cura, decorrente de suas vivências.

Em síntese, o IT possibilita analisar a rede de apoio social acessada, os recursos materiais disponíveis, o que inclui a composição da família, a condição econômica e os papéis familiares, os processos de escolha, as relações sociais, enfatizando a interação com os serviços formais e informais e a avaliação que se faz sobre os serviços utilizados, o acesso aos serviços formais de saúde além da concepção do processo saúde-doença mental (VASCONCELOS, 2014).

Toda forma de se vivenciar uma doença é cultural, mas, sobretudo ela é prática, e é a prática que rege as ações dos sujeitos em sofrimento. Tudo se dá, primordialmente, a partir de uma experiência prática, apresentando-se primeiro como ação que exige um engajamento no mundo pré-reflexivo (CUNHA, 2011).

Assim, a doença mental envolve um conjunto de elementos que a constitui, sejam de ordem neurológica, fisiológica, social, cultural, religiosa, filosófica ou econômica, que traz ao seu portador um expressivo sofrimento psíquico. Este tipo de manifestação repercute na história de vida pessoal, familiar e nas redes de relações interpessoais, transcendendo, assim, os momentos pontuais que caracterizam uma situação mais específica de crise, isto é, a doença mental se insere em um campo de conhecimento complexo (DALMOLIN; VASCONCELOS, 2008).

Diante das leituras e estudos realizados, verificou-se que os pacientes e familiares, muitas vezes, negam a presença da doença mental para não serem classificados dentro da estereotipia que cerca a sociedade, sendo o preconceito e o estigma ainda

muito fortes no meio social, dando ao portador de transtorno mental o rótulo de louco. Além disto, é nítida a dificuldade de relacionamento social bem como no convívio familiar, gerando sentimentos de abandono, sofrimento e agressões, contribuindo para o agravamento da doença.

Tal estigma gera vários novos comportamentos que nada têm a ver com a doença em si mas induz a uma inferioridade e representa prejuízo nas relações do sujeito que é discriminado por seu estigma. O estigma adere à identidade do seu receptor de forma negativa, tornando-o desacreditado, ou desacreditável pela sociedade. Nesse contexto, o sujeito estigmatizado pode assumir sua identidade de doente, no caso, e atuar nela, porquanto não percebe outra forma de lidar, podendo inclusive obter ganhos secundários a partir desta identidade (GOOFMAN, 1974).

Sendo assim, é necessário privilegiar um processo de trabalho que conheça o sujeito, que traz consigo além de problemas de saúde, uma história de vida, que é também determinante do seu processo saúde-doença, conhecer a história de vida de cada sujeito como norteador do processo de cuidado e, acima de tudo, reconhecê-lo em sua totalidade complexa e em sua realidade multideterminada pelos contornos sociais que o atravessam e são atravessados por suas necessidades em saúde. (CAMPOS, 2012; FRANCO, 2007).

No entanto, vale ressaltar que conhecer o usuário em sua totalidade em saúde mental não é tarefa fácil, pois os caminhos da saúde ainda são pedregosos e fortemente demarcados pela hegemonia do modelo manicomial que, ao invés de se aproximar da história do sujeito, respeitando sua subjetividade, reproduz cuidados tecnicistas voltados para procedimen-

tos, cabendo ao usuário apenas o papel de alienado mental, reduzindo-o à passividade e à inércia frente ao seu tratamento. (AMARANTE, 2007).

Partindo desse contexto, faz-se necessário refletir o IT de pessoas em adoecimento mental crônico inseridas na Rede de Atenção Psicossocial, corroborando que esta compreensão não se restringe, apenas, ao percurso dentro da rede, mas a todas as significações, desafios e diferentes maneiras com que os sujeitos vão em busca de assistência.

CRONICIDADE NA PSIQUIATRIA

Existe, atualmente, uma preocupação com o tema da nova cronicidade em saúde mental no âmbito dos serviços de atenção psicossocial. Alguns autores têm se mostrado intrigados com o tema da cronicidade voltado para os usuários dos novos serviços de atenção à saúde mental. Não só os crônicos “clássicos”, oriundos das instituições tradicionais, mas, também, novas modalidades de crônicos vão se forjando, de acordo com as diferentes configurações de atenção à saúde mental (PADRE; AMARANTE, 2011).

Muitos autores defendem a cronificação como algo próprio do quadro natural da doença. Mas Delgado (1991) defende que estas características tradicionalmente associadas à doença podem ser produto da institucionalização. Para o autor, o processo patogênico denominado de cronificação, supõe haver “produção institucional” em que a vida no ambiente asilar, isto é, a submissão ao conjunto de práticas e rotinas deste tipo de instituição pode ser considerada determinante privilegiado do processo de “cronificação”.

Acresce-se a essa questão, a discussão de autores como Barton (1996), Basaglia(2005) e Goffman (2003) que acentuam o papel da institucionalização na produção da cronicidade, mais do que o da suposta natureza da doença mental, entendendo que as instituições psiquiátricas tradicionais baseadas na tutela, na hierarquia entre trabalhadores e pacientes, no afastamento dos internos em relação à sociedade, entre outros aspectos, promovem um processo de cronificação dos pacientes.

Nesse prisma, Heurtin-Roberts e Becker (1993) propõem a ideia de que os problemas crônicos de saúde conduzem às fronteiras do sistema social e de saúde, revelando seus limites e incongruências. Deste modo, esses problemas motivam respostas as mais diferenciadas e, muitas vezes, provisórias, instáveis ou, até mesmo, estigmatizantes das instituições de saúde e das redes sociais das famílias e indivíduos afetados.

Pelo fato de serem persistentes e de necessitarem de cuidado continuado e prolongado e por suas repercussões na vida das pessoas, nas famílias, nos serviços de saúde e na sociedade, estas repercussões recaem, sobretudo, sobre a família, e é neste espaço social que as pessoas em condição crônica requerem a continuidade e a permanência do cuidado (CORRÊA *et al.*, 2011).

Leva-se em conta, ainda, que o modo de adoecer tem vinculação direta com o modo de viver da pessoa bem como de sua família, pois o adoecer não é “um evento à parte”, mas, sim, parte do próprio viver. Assim, as pessoas vivenciam o adoecimento e produzem cuidados de modo intersubjetivo, visto que este é um processo que resulta da interação “de cada subjetividade” (HILLER; BELLATO; ARAÚJO, 2011).

Entre as dificuldades enfrentadas, Favero-Nunes e Santos (2010) enfatizam algumas expressões contundentes como “ter de engolir essa história”, “saber que é pra vida inteira” e “nunca vai ser normal” retratando o drama vivido por estas pessoas, sugerindo que, por trás de uma aparente resignação, perduram sentimentos de inconformismo e dúvidas quanto ao futuro. Além disso, os sintomas característicos do transtorno eliciam desafios constantes.

A trajetória na busca de compreender o problema enfrentado constitui um movimento de peregrinação por consultórios, hospitais e profissionais de saúde. No entanto, ao ser instituído, o diagnóstico se materializa e, de certo modo, torna palpável o problema a ser enfrentado. Por outro lado, a superação deste problema impõe um desafio imenso aos familiares segundo Favero-Nunes e Santos (2010) que afirmam que o conhecimento do diagnóstico geralmente é acompanhado pela notícia da cronicidade do transtorno ou da perspectiva de haver avanços limitados no seu desenvolvimento. E é preciso tempo para encarar esta realidade de frente. Afirmam, ainda, que a falta de compreensão e de informações precisas sobre o quadro coloca a família em uma posição de “não saber” sobre a condição do familiar.

Neste mesmo estudo, relatos de mães mostram que elas conseguiam identificar alguns sinais de que não havia desenvolvimento adequado em seus filhos e que alertaram os profissionais para este fato. No entanto, a orientação era de que tais atrasos do desenvolvimento deveriam ser tolerados durante mais um tempo, o que levava os pais a encararem uma árdua espera pela melhora do filho, que não ocorria. Com isto, a imprecisão diagnóstica induziu sentimentos de impotência,

incrementando a sensação de desesperança e a falta de perspectiva. Assim, a escassez de serviços especializados com equipe multiprofissional acarreta o fenômeno da “peregrinação” por sucessivas instituições de saúde, o que prejudica a qualidade do cuidado e a instituição de um plano de intervenção precoce.

PEREGRINAÇÃO EM BUSCA DO CUIDADO: AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

Com relação às estratégias, autores referem a busca às instituições especializadas como uma forma de enfrentar a situação e procurar assegurar um cuidado especializado. Destacam que, logo no início das atividades institucionais, são percebidos avanços, considerando satisfatórias as condições e recursos bem como a infraestrutura do local de atendimento (FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010).

Dar-se ênfase aos cuidadores, ponderando que o planejamento de programas bem como a implementação de serviços especializados devem priorizar a criação de espaços de escuta e de acompanhamento dos cuidadores, a fim de estabelecer contatos constantes e facilitar a emergência de uma relação de confiança entre cuidador e profissional (FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010).

É comum encontrarmos referências às formas alternativas de tratamento, de modo que os espaços atrelados à religião foram apontados como fazendo parte dos seus IT's. A fé é considerada como um aspecto importante na trajetória do seu tratamento, tida como fundamental para a renovação da força, perseverança e suporte para continuar o tratamento (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

Percebe-se que não há, exatamente, o engajamento proposto como uma forma terapêutica a partir de um serviço ou de uma equipe. O que é possível identificar é que as pessoas, em suas trajetórias, constroem vínculos que lhes permitem galgar um caminho diferenciado no qual as inserções em movimentos político-sociais as fazem criar outro olhar, outro contorno sobre si mesmo, sobre sua loucura e sobre o mundo à sua volta (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

Entende-se que esta é uma categoria empírica fruto da aproximação com as histórias de vida, as andanças e os (des) encontros das pessoas. O envolvimento delas em movimentos político-sociais é relevante na promoção da sua saúde mental e é percebido como fundamental para que encontrem um sentido para suas vidas. Esta dinâmica resvala, também, na forma como as instituições de saúde e suas equipes multiprofissionais se deparam com este novo cenário. Acostumados a lidar com o paciente sedado, sem voz e sem possibilidades de escolha, este novo perfil do usuário, que não é generalizado, impõe desafios para a equipe (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

A partir disso, a grande questão não é ponderar o valor ou não das formas de tratamento frente à rede formal de assistência: algo que se coloca como importante e inevitável diante de tal constatação é a discussão do papel que estes modelos exercem na vida dessas pessoas. Ou seja, já que é inegável e irrefutável que elas, de algum modo, se valerem desses meios em uma tentativa de aplacar o seu sofrimento e de se fortalecer para exercer seu papel, a atitude de negação e distanciamento desta realidade por parte dos profissionais não parece ser a que mais contribua para a oferta de um cuidado humanizado e integral que esteja em contato com a experiência de vida e as especificidades de cada sujeito (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

O CUIDADO E SUAS CONEXÕES NO CONTEXTO FAMILIAR

Quanto ao contexto familiar, entende-se que o cuidado produzido repercute no modo de viver da pessoa adoecida, de cada cuidador e da família como um todo. Cuida-se a partir daquilo que se considera importante, portanto, o cuidado é personalíssimo, produzido por um cuidador no contexto de sua condição e modo de vida, respondendo àquilo que ele entende serem as necessidades da pessoa adoecida (HILLER; BELLA-TO; ARAÚJO, 2011).

Chama-se bastante atenção para o papel desempenhado pelas famílias no direcionamento das possibilidades do tratamento que veio a ser ofertado as quais, por meio do apoio social recebido, tiveram maiores possibilidades de construir um sentido para suas trajetórias (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

Em alguns casos, os cuidadores apontam que o cuidado que dispensam é imprescindível, não sendo possível a alternativa de abandoná-los, mas, ao mesmo tempo, mostram que esta opção trouxe consequências para sua vida (HILLER; BELLA-TO; ARAÚJO, 2011).

De um modo geral toda a família é afetada pela problemática. Diante da situação de vulnerabilidade, os cuidadores passaram a dedicar-se integralmente, acumulando responsabilidades pelo cuidado com a casa e com a família, o que acarreta uma sobrecarga física e emocional (FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010).

Até mesmo as pessoas da família que não se envolvem diretamente no cuidado sofrem com as manifestações psíquicas do doente: conviver, já é um elemento de desgaste para seus

membros. As manifestações de agitação e ansiedade, que produzem comportamentos repetitivos e exaustivos, tornam o cuidado cansativo e penoso (HILLER; BELLATO; ARAÚJO, 2011).

Um ponto forte encontrado se refere ao papel que os filhos de cada doente representam em suas vidas como “cuidadores” e enquanto fator que os mobilizava para sair dos momentos de crise. Por outro lado, quando esta relação não pode ser vivenciada, pelos inúmeros desencontros e retaliações que vivenciam, os efeitos de desestabilização também são sentidos (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

Desse modo, este horizonte pode se apresentar prejudicado e chegar à falta de perspectivas de vida. Não podemos desconsiderar, também, que pode haver maus-tratos por parte das famílias, principalmente quando o nível de desgaste atinge níveis insuportáveis para o cuidador, lembrando sempre que este limite do insuportável é de cunho individual, dependente da própria maturidade da pessoa e de seu equilíbrio psicológico (HILLER; BELLATO; ARAÚJO, 2011).

Percebe-se que as famílias, embora sejam grandes aliadas no cuidado efetivo às pessoas com transtornos mentais, possuem práticas e dinâmicas que geralmente não acessadas e são desvalorizadas pelos profissionais de saúde mental que não realizam o compartilhamento de saberes e a produção conjunta de mudança junto ao contexto familiar das pessoas.

Além disso, situações de violência e relacionamentos conflituosos entre os membros das famílias se mostraram elemento comum nestes estudos capaz de influenciar fortemente a dinâmica familiar, sendo, por vezes, o sofrimento mental aspecto

pouco determinante frente à realidade cotidiana. As famílias apresentaram vinculações frágeis e desgastes cotidianos muito mais resultantes de violências e conflitos domésticos constantes do que pela presença do sofrimento mental do seu ente.

DESAFIOS ENCONTRADOS NA REDE ASSISTENCIAL

A resolubilidade almejada na atenção à saúde mental poderá ser resultado da articulação de uma rede de cuidados nos níveis de complexidade do SUS, pautando-se nas necessidades de saúde de cada usuário do sistema, além de investimentos nas relações subjetivas entre profissionais/usuário/familiares e em dispositivos que favorecem o acesso e a continuidade da assistência no território, como no caso do matriciamento em saúde mental (JORGE *et al.*, 2014).

O que se verifica, porém, é que os serviços de saúde não estão preparados para a demanda crescente de doentes crônicos, pois são constituídos e organizados em função de um perfil de saúde distinto do que se apresenta hoje, centrando-se no atendimento a problemas de caráter agudo, o que dificulta acompanhar a demanda atual por cuidados continuados e prolongados requeridos na condição crônica, constituindo-se este o grande desafio do setor saúde neste século (HILLER; BELLATO; ARAÚJO, 2011).

Acrescenta-se a isso os efeitos que as práticas profissionais produzem na vida das pessoas, considerando que as respostas obtidas dos profissionais repercutem no modo como a família produz o seu cuidado. Cria-se, assim, um círculo, que pode ser virtuoso ou vicioso, a depender do modo como as práticas profissionais trazem, ou não, respostas efetivas às necessidades de

cuidado da pessoa doente e sua família (HILLER; BELLATO; ARAÚJO, 2011).

Constata-se uma decepção profunda em relação aos profissionais, o que permite inferir a importância de oferecer um acolhimento que encoraje a livre expressão de pensamentos e sentimentos desencadeados tanto pelo convívio doloroso com a situação quanto pelo contato contínuo com serviços que se mostram pouco ou nada resolutivos (FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010).

Importante destacar que a lógica do tratamento nos moldes manicomial, pautado no isolamento e em internações prolongadas, mostra-se ainda mais inoperante, aparecendo o enfraquecimento dos vínculos como um evento crítico e que contribui para agravar o sofrimento experimentado. Acrescenta-se, ainda, a tais processos de despersonalização, o excesso de medicalização que, na realidade, os reforça (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

Concebe-se, então, que, entre os doentes e cuidadores, emergem sentimentos de impotência frente à precariedade dos serviços de saúde, tanto em termos materiais como humanos. O atendimento inadequado acarreta postergação da definição diagnóstica e do estabelecimento do plano terapêutico, o que exacerba a angústia e impede que sejam oferecidos os cuidados necessários, reconfortando-os somente quando o diagnóstico é estabelecido e o plano de tratamento instituído (FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010).

Embora em meio a esse contexto, visualize-se como instrumento da rede formal de tratamento os CAPS que não obstante sejam alvos de críticas por parte dos envolvidos, se

mostram muito mais promotores de saúde e permitem a manutenção dos laços sociais e do exercício de suas atividades. (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

Apesar de existirem avanços na Política Nacional de Saúde Mental, muitos entraves ainda se colocam para a efetivação das suas premissas. São verificadas dificuldades na implementação e fiscalização dos serviços, uma vez que se deparam com ofertas limitadas e baixa capacidade de interlocução entre as poucas organizações existentes (PEREIRA; SÁ; MIRANDA, 2014).

É pertinente pontuar que, apesar de todas as questões a serem avançadas, o modelo atual se mostra mais próximo de um real cuidado e atenção à saúde mental dos seus usuários, sobretudo pelo potencial que mostra no tratamento, manutenção e fortalecimento dos vínculos familiares (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

No entanto, alguns profissionais não se sensibilizam com o sofrimento e o impacto que causam nas relações familiares. Esses desencontros vivenciados na relação com os profissionais despertam sentimentos de desconfiança, raiva, perplexidade e de negligência com relação às suas opiniões, que dificilmente são levadas em consideração, mostrando um total despreparo dos profissionais para detectarem precocemente o transtorno (FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010).

Portanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde se disponham a conhecer a pessoa doente e sua família, o seu modo de viver e de cuidar, empregando nisto o mesmo afincamento com que buscam conhecer a doença, pois, assim, eles poderão produzir práticas mais cuidativas e menos intervencionistas (HILLER; BELLATO; ARAÚJO, 2011).

Verbera-se, ainda, que, para se construir uma saúde pública concretamente universal e integral, o compartilhamento da responsabilidade é peça chave. É preciso ir além do conceito de integralidade, por meio de um trabalho que estabeleça conexões vivas, de um trabalho que não seja solipsista, que se volte para fora, para o humano, para que possamos enxergar, no horizonte das práticas de cuidado, redes capilarizadas, reoxigenadas e reencantadas (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

Portanto, é necessário repensar as práticas relacionadas ao cuidado e à organização dos serviços voltados para as necessidades do usuário, baseando-se na realidade que ele vivencia quando procura solucionar seu problema. Chama-se a atenção para a necessidade de mais estudos a este respeito, para que se aproveitem os itinerários como recursos imprescindíveis na elaboração de planos terapêuticos que levem em conta as vivências de cada pessoa e, assim, as suas particularidades sejam consideradas no condicionamento dos serviços de saúde bem como na orientação das políticas de atenção à saúde concebida integralmente.

REFLEXÕES FINAIS

Na história da cronicidade da psiquiatria, as pessoas em adoecimento mental crônico carregam características que dificultam a assistência. Estas devem ser conhecidas não apenas como o sujeito que traz consigo algum problema de saúde, mas como um indivíduo que traz uma história de vida e que possui significações e desafios enfrentados pelo processo saúde-doença.

Sabemos que nem sempre se pensou dessa forma e que, durante todo o processo histórico da Saúde Mental, ocorreram

inúmeras mudanças na forma de pensar e cuidar do portador de transtorno mental, o que trouxe um grande ganho na assistência às pessoas com transtornos mentais crônicos.

Acredita-se que seja necessário refazer o percurso de busca de cuidados ou melhoria da condição de doença para permitir a visualização das reais necessidades de assistência à saúde das pessoas em adoecimento mental crônico, possibilitando, deste modo, uma melhoria da qualidade nos serviços de atenção psicossocial, evitando-se os movimentos de idas e vindas, de espera, de acesso e negação de acesso e de barreiras encontradas na rede assistencial.

Ressalta-se, assim, a importância do real funcionamento do serviço de saúde em rede como facilitador de um cuidado a explorar o território vivo dos sujeitos sociais, sendo este embasado nas dimensões antropológicas, aproximando-se de uma assistência mais humanizada e integral, tendo por potência a capacidade de desdobrar novos laços sociais, novas formas de existência, se e somente se, promover e produzir cuidados em ato vivo, contextualizado, territorializado aos sujeitos cuidados.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARTON, R. *Institutional neurosis*. Bristol: John Wright & Sons; 1966.

BASAGLIA, F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do “espaço fechado”. In: AMARANTE, P. (Org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 23-34.

CABRAL, A. L.; MARTINEZ-HEMAEZ, A.; ANDRADE, E. L. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol. 16, n. 11, pp. 4433-4442.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARRIO, L.R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.10, pp. 2797-2805

CARNEIRO, U. S. S.; AQUINO, G. C.; JUCÁ, V. J. S. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 46-57, jan./jun. 2014.

CORRÊA, G. H. L. S. T. *et al.* Itinerário terapêutico de idosa em sofrimento psíquico e família. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n. 2, p. 274-283, abr./jun. 2011.

CUNHA, L.A. Orgânico e simbólico nas Ciências Sociais em Saúde. Composição: **Revista de Ciências Sociais da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul**, n. 9, p. 33-44, 2011.

DALMOLIN, B. M.; VASCONCELLOS, M. P. Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 49-54, 2008.

DELFINI, P. S. *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1483-1492, 2009.

DELGADO, P. G. G. Determinantes institucionais da cronificação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, ed. 40, p. 117-125, 1991.

DUARTE, L. F. D; LEAL, O. F. **Doença, sofrimento, perturbação, perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998, 210p. (Coleção Antropologia e Saúde).

FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M.A. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 208-221, 2010.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 4274-38, set/dez. 2007.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 2449-2463, nov. 2006.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

HEURTIN-ROBERTS, S.; BECKER, G. Anthropological perspectives on chronic illness. **Soc. Sci. Med.**, v. 37, n. 3, p. 281-283, 1993.

HILLER, M.; BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. Cuidado familiar à idosa em condição crônica por sofrimento psíquico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 542-549, 2011.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental; Tecnologias do Cuidado: vínculo acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jul. 2011.

JORGE, M. S. B. *et al.* Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 48, n. 6. 2014.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 687-698, 2007.

PANDE, M.N.R.; AMARANTE, P.D.C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p. 2067-2076, 2011.

PEREIRA, M. O.; SÁ, M. C; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, out. 2014.

PINTO, A. G. A. *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

VASCONCELOS, M.G.F. **Família e atenção à saúde mental**: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

VELHO, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. In: _____. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. p. 154-162.

CAPÍTULO 13

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK

Milena Lima de Paula

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Indara Cavalcante Bezerra

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

O cotidiano das famílias de adolescentes usuários de crack é permeado por sentimentos de angústia, ansiedade, preocupação e, às vezes, medo, por não saberem lidar com todo o contexto que envolve o uso e abuso de drogas. Os membros familiares vivenciam uma situação disruptiva em que necessitam de se reorganizarem para o enfrentamento das alterações das funções e dinâmica da família em busca de cuidados destinados ao adolescente.

Cronologicamente, a adolescência compreende o período que vai dos 10 aos 19 anos de idade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como adolescência o período que vai de 12 aos 18 anos. Acrescenta-se que a estipulação de faixetária para estabelecer limites de uma fase da vida é arbitrária, pois corre-se o risco de ignorar os contextos sociais e culturais.

Tendo em vista a condição peculiar do adolescente, que se encontra na transição entre a infância e a fase adulta, o sujeito nesta faixa etária se mostra mais resistente às orientações, pois acredita que detém o controle sobre si. São também comuns o afastamento da família, e um comportamento organizado de forma a serem aceitos por seus pares. Além disto, a disponibilidade, a presença de drogas na comunidade de convivência e a inexistência de vínculos com os pais podem facilitar o uso de drogas (MARTINS; PILLON, 2008).

O uso de drogas na adolescência exige uma reorganização das famílias responsáveis pelo cuidado domiciliar que buscam apoio em serviços formais e informais, nas redes sociais de apoio e, assim delineiam o itinerário terapêutico em busca de cuidados em saúde. Segundo Alves e Souza (1999), o itinerário terapêutico designa um conjunto de planos, estratégias e projetos que objetivam o tratamento do problema de saúde, mas que nem sempre são elaborados antecipadamente. Neste percurso, observa-se o entrecruzamento de racionalidades biomédicas e populares de saúde que orientam o processo de escolha, avaliação e adesão (ou não) a determinadas formas de tratamento que dizem respeito às diferentes buscas individuais e às possibilidades socioculturais de cada sujeito (MARTINS; IRIART, 2014).

Assim, ao refazer o percurso de busca por cuidados ou resolução para os problemas de saúde dos adolescentes e suas famílias, é possível um olhar para as necessidades destes indivíduos e o acesso aos serviços, possibilitando, deste modo, um entendimento sobre os serviços disponíveis, a demanda e a oferta no campo da atenção psicossocial. O movimento de idas e vindas, de espera, de acesso e negação de acesso, além das

relações estabelecidas entre indivíduos e a comunidade devem servir como eixo de análise sobre a lógica que se estabelece no cuidado em saúde (VASCONCELOS, 2014).

Gutierrez e Minayo (2010) discutem a compreensão dos cuidados em saúde e destacam a existência de, no mínimo, dois contextos em que estes são produzidos: a rede oficial de serviços, representada pelo saber biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas modernas; e a rede informal, representada pela família e a rede de relações sociais que, complementarmente, produzem ações concretas em seu cotidiano, desde a identificação do problema até a orientação e avaliação de escolhas terapêuticas que ocorrem a partir de negociações e em um campo de significados compartilhados.

No que diz respeito ao apoio social, este pode ser visto como um tipo de prestação de ajuda que se situa em relações entre indivíduos, grupos e instituições, ou seja, intercâmbios, obrigações e padrões de reciprocidade entre sujeitos, famílias e serviços, portando significados para os atores neles envolvidos, nas suas respectivas experiências cotidianas e contextos (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

É na rede de apoio social que estas relações de reciprocidades e solidariedade se efetivam. Vasconcelos (2014) descreve que, nas situações que envolvem o cuidado em saúde, esta é bastante eficaz para orientação, suporte e tratamentos alternativos aos modelos tradicionais. A avaliação da sua extensão pode servir como indicador das condições sociais de existência das famílias, ou seja, das famílias com maior ou menor capacidade de mobilizar recursos sociais na busca por cuidado de saúde.

Trad *et al.* (2010) descrevem que os itinerários são mediados, principalmente, por características estruturais e dinâmicas dos grupos, pelas experiências prévias, pelo suporte social oferecido pela vizinhança e pelas condições de atendimento do sistema formal no bairro. Neste sentido, a compreensão sobre itinerários terapêuticos deve incluir o contexto da disponibilidade de serviços de saúde e alternativas socioculturais nas elaborações e implementações das trajetórias.

Em resumo, aqui busca-se discutir o itinerário terapêutico de adolescentes usuários de crack e suas famílias em busca de cuidados em saúde nas redes formais e informais. Nesta perspectiva, apresenta aspectos simbólicos (representações e significados relativos ao processo cuidado que são culturalmente construídos); a dimensão contextual (incluindo condições de vida, disponibilidade de recursos assistenciais, intermediação de redes de suporte social); aspectos sobre as racionalidades subjacentes das práticas terapêuticas; e componente da avaliação da experiência (TRAD, 2015).

Cabraletal. (2011), afirmam que a intenção sobre o reconhecimento do itinerário é subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto, potencializando, assim, a organização das intervenções terapêuticas, o planejamento das ações e a articulação com os serviços. Aliado a estes, está o reconhecimento das singularidades das famílias e dos adolescentes no processo de busca de cuidados em saúde.

METODOLOGIA

Este estudo, de natureza qualitativa, no sentido de buscar significados, opiniões e sentimentos como possibilidades de analisar o fenômeno social e suas relações no campo da saúde mental coletiva, tendo como finalidade a compreensão do conhecimento (MINAYO, 2008), faz parte de uma pesquisa mais ampla, denominada “Adolescentes em situação de uso de crack, sua família e as políticas de proteção social: avanços e desafios”.

A pesquisa de campo se iniciou através da busca pelos locais que os adolescentes frequentavam por ocasião do tratamento para o uso e abuso de drogas. Assim, teve-se acesso aos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad) que acompanham adolescentes a partir de 17 anos e a dois centros de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), responsável pelo tratamento até 16 anos, da cidade de Fortaleza-CE.

Os participantes do estudo foram adolescentes que realizavam os atendimentos no CAPSad ou CAPSi e seus familiares/responsáveis. Os resultados apresentados emergiram das experiências e vivências de nove interlocutores, sendo cinco adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos que realizavam acompanhamento ou que compareceram pelo menos uma vez ao serviço devido ao uso de crack, e quatro familiares ou responsáveis, pessoas que acompanhavam o adolescente, assumindo a responsabilidade de cuidados, sendo membro de sua família ou não, não necessitando de laços consanguíneos. Esse quantitativo se deu à medida que se coletava e se analisava o fenômeno, pois havia a compreensão e o aprofundamento das questões levantadas.

As narrativas foram captadas por meio da entrevista em profundidade, com perguntas norteadoras sobre a experiência de uso de crack e a busca por cuidado dos adolescentes e seus familiares. A entrevista teve início após a explicação do objetivo da investigação e a obtenção da permissão dos interlocutores para gravar a conversa; acrescenta-se que não houve qualquer interrupção e as narrativas duraram, em média, 25 min. Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, os trechos das narrativas transcritos foram identificados por códigos alfa-numéricos, sendo “f” para familiares e “u” para usuários adolescentes.

Para a organização do material empírico, utilizaram-se os passos de Minayo (2008), retraduzidos por Assis e Jorge (2010), que consistem em: tratamento do material; ordenação, classificação e análise final.

Durante a etapa da ordenação, é realizado um mapeamento horizontal do material empírico. A fase de classificação permite a construção dos dados empíricos que embasarão as discussões. Na análise final, é enfatizado, principalmente, o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações sociais, buscando-se, assim contextualizar os resultados da pesquisa com a produção bibliográfica (ASSIS; JORGE, 2010).

Ressalta-se que os diálogos aconteceram dos meses de janeiro a agosto de 2013, após o envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, que o avaliou conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e lhe forneceu parecer favorável com nº 10724251-6.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FAMILIARES E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CRACK: TRAJETÓRIAS E ESPAÇOS DE CUIDADOS

Para a compreensão das escolhas e decisões que irão nortear o “caminhar” dos sujeitos em busca de cuidados em saúde, é necessário entender os significados das ações que constituem o itinerário terapêutico, pois o processo de escolha se refere a uma consciência de possibilidades que estão ao alcance e são igualmente acessíveis pelos sujeitos (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

DIMENSÃO SIMBÓLICA DO CUIDADO EM SAÚDE: A INSTITUCIONALIZAÇÃO

Nesse sentido, faz-se necessário investigar a dimensão simbólica que guiará a trajetória terapêutica das famílias e adolescentes, no que diz respeito aos significados relacionados aos processos de cuidados, especialmente, referentes à institucionalização. Visto que a trajetória de busca de cuidados de famílias e adolescentes geralmente se inicia com o objetivo de internação, observa-se a crença de que apenas o afastamento do adolescente do contexto de uso é eficaz. Assim, a institucionalização do usuário é a primeira alternativa pensada pelos familiares e jovens, como se percebe a partir dos discursos abaixo:

[...] aí eu disse que não dava pra mim. A mãe chorando [...] ei, me arranja uma internação! [...]tem que passar pelo albergue. [...] eu: - tá certo, vou passar pelo albergue (u2).

[...] foi num psicólogo que tem lá no posto de saúde falar com ele, arrumar, aí pediu ao juiz, advogado e tudo para arranjar clínica para ele [adolescente], aí sempre prometendo [...] até que um dia ela conseguiu né, para ele [adolescente] ir lá pra São Pio (f2).

Assim, a ideia de internação está associada à crença de que as instituições vão realizar alguns cuidados que eles já não mais conseguem, como motivar os adolescentes a realizar alguma atividade ocupacional, manter os jovens fora das ruas, longe do que consideram “más companhias”, como os traficantes e amigos envolvidos com drogas, dentre outros perigos. Este pensamento se torna claro a partir do relato abaixo de uma familiar:

[...] aqui (instituição) eles têm o cuidado de não deixar ele parado, o cuidado dele tá fazendo sempre alguma coisa e o que eles fazem de um passeio pra ir a uma praia, um passeio para ir ao teatro, é isso, porque para não ficar todo tempo aqui dentro né, é um saco mesmo né, ninguém consegue ficar todo tempo aqui dentro né, tem que sair, então, eu acho legal isso daí e aqui eles também tão indo pra escola, que eu percebi (f2).

Percebe-se, então, que a melhora no comportamento do adolescente está associada ao “isolamento do mundo exterior”, pois, segundo a família, o contexto no qual vive o adolescente é o grande responsável pelo abuso da drogas, representado, principalmente pelas “más companhias”, como se observa do discurso abaixo:

[...] a droga vem até você, por mais que você não queira, ela vem, vem um amigo chamar [...] vem um amigo chamar pra passear, porque no meio da rua a gente só encontra o que não presta, por isso, procurei uma internação [...] (f3).

O “isolamento do mundo exterior” é o primeiro e o mais fundamental princípio do tratamento moral ao sujeito em sofrimento psíquico o qualse baseia no pressuposto de que as causas do sofrimento psíquico estão presentes no meio social e, desta forma, é necessário o isolamento do sujeito para afastá-lo da origem dos seus problemas. Tal ideia ainda não foi superada, apesar das críticas contra este tipo de terapêutica (AMARANTE, 2007, p. 29).

Por outro lado, a família também compartilha a ideia de que a institucionalização do adolescente representa uma melhora na qualidade de vida dos cuidadores/pais/responsáveis que sofrem com os problemas dos usuáRIOS quais, frequentemente, estabelecem relacionamentos conflituosos, envolvimento com atos infracionais, dentre outros problemas, como se observa no relato a seguir:

[...] ele me maltratava muito dentro de casa né, só faltava quebrar a geladeira, era essas coisas assim, aí meu filho não gostava, é tanto que ele vive nos abrigos, é por isso, porque meu filho (tio do adolescente) não aguenta mais ele dentro de casa, porque ele disse que eu já estou com uma idade avançada (f2).

Percebe-se então, que as famílias têm dificuldades para lidar com o comportamento dos adolescentes que abusam de drogas, contudo, elas também necessitam de recursos e cuidados para serem empoderadas e estarem em condições de oferecer cuidados aos seus membros mais jovens. No entanto, observa-se um contexto escasso de apoio social.

CONTEXTO SOCIOECONÔMICO, ORGANIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Desse modo, percebe-se outra dimensão que pode influenciar os caminhos percorridos pelos sujeitos na busca pelo cuidado, pois, além das questões subjetivas individuais e coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, é importante conhecer os fatores contextuais socioeconômicos ou de organização de serviços de saúde que irão determinar as facilidades e dificuldades de acesso a determinados espaços de cuidado, interferindo na forma como as pessoas utilizam os serviços formais e não formais de saúde (CABRAL *et al.*, 2011).

Sobre os aspectos contextuais das famílias dos adolescentes usuários de crack, observa-se uma realidade caracterizada pela escassez de serviços que poderiam funcionar como uma rede de apoio para as famílias que, por vezes, se sentem desamparadas nesse processo de cuidados, como se observa no discurso a seguir:

Não, às vezes tem certas coisas que eu percebo assim, eu não sei se eu abri os olhos ou fechei, mas religião, política, família, eu só acredito em Deus mesmo, eu não espero mais nada de ninguém (f2).

O estudo de Pereira e Costa (2004) revelou que as famílias de adolescentes de baixo poder aquisitivo, geralmente não possuem uma rede extensa de apoio. Sendo assim, as famílias estudadas possuíam uma história de exclusão social associada à falta de um grupo familiar extenso. Os autores concluem que esta situação caracterizada por insuficiência de auxílio comunitário e familiar pode impedir as famílias de exercerem suas funções de cuidado e proteção à criança e ao adolescente.

Em face dessa realidade que contraria a Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas (BRASIL, 2004) cujas diretrizes dizem respeito a um cuidado no qual a comunidade e famílias sejam protagonistas, observa-se uma convivência difícil entre familiares e adolescentes usuários de crack, situação esta que motiva a família a buscar uma solução rápida para as dificuldades desta relação.

Nesse sentido, ao considerar a institucionalização como principal objetivo terapêutico, famílias e usuários ainda percebem o uso de crack a partir de uma causa (contexto social) e compreendem a terapêutica centrada no indivíduo (internação com objetivo de abstinência) como única forma eficaz de cuidados, desconsiderando a história de vida do usuário. Esta crença está relacionada a um modelo biomédico ancorado em um paradigma positivista, linear, individualista e a-histórico. De acordo com esta visão, para cada doença existe uma causa e se propõe um tratamento (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Assim, a busca por ajuda das famílias e adolescentes tem início a partir do desejo dos familiares e dos próprios usuários de obter uma internação em hospitais e clínicas de reabilitação que possam acolher os adolescentes integralmente. Contudo, devido às dificuldades relacionadas ao acesso dos adolescentes a

esses serviços, visto que estes locais não conseguem suprir a sua demanda, as famílias concordam que os adolescentes acessem outros espaços de cuidados, desde que acolham os usuários de forma integral, como se observa no relato abaixo:

A primeira coisa que eu procurei foi o Conselho porque eu não sabia do CAPS ainda [...] e primeiro eu procurei o Conselho e perguntei como podia me ajudar e ajudar a ele porque não adianta ajudar a ele se eu não for ajudada [...]. Então, eu procurei ajudar ele, eu fui no Conselho, o Conselho me indicou um abrigo, fui num abrigo, fui no juizado, no juiz fui em tudo, [...] e o método foi esse (f1).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Conselho Tutelar tem como atribuição zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, neste sentido, ele é responsável pela aplicação das medidas pertinentes aos pais ou responsáveis, como encaminhar os cuidadores a programas de proteção à família, a serviços de tratamentos bem como atender aos adolescentes e suas famílias.

Os encaminhamentos para o abrigo são realizados para suprir as dificuldades de obtenção de vagas em clínicas de reabilitação ou hospitais, pois poucas recebem adolescentes; já os encaminhamentos para casas de passagem são realizados quando não há disponibilidade de vagas em abrigos. Assim, esta necessidade de institucionalização dos usuários também demonstra que, geralmente, adolescentes e famílias procuram auxílio quando a situação está muito grave.

De acordo com o ECA, o acolhimento institucional tem caráter provisório e deve ser utilizado em casos de violação grave dos direitos fundamentais da criança e do adolescente. Além disto, imediatamente após o acolhimento, a instituição responsável deve elaborar um plano de atendimento individual, buscando a reintegração familiar.

No entanto, a Lei de Adoção (2009), trouxe algumas modificações importantes no que diz respeito a essa medida de proteção. De acordo com a nova lei, as instituições responsáveis pelo atendimento aos adolescentes em regime integral passam a ser denominadas de acolhimentos institucionais e não mais de abrigos. A referida lei também ressalta que o jovem deve ser acolhido somente nos casos em que outras medidas de proteção que tenham por base a rede de atendimento tenham demonstrado ineficácia; ademais, o período de acolhimento não deve ultrapassar dois anos (SIQUEIRA, 2012).

Esse tipo de medida protetiva ocorre apenas por decisão do Conselho Tutelar e por determinação judicial (Justiça da Infância e da Juventude). Durante a sua aplicação, o poder familiar dos pais ou responsáveis fica suspenso e os adolescentes ficam sob a guarda do responsável pelo abrigo (BRASIL, 2001).

Assim, os serviços citados pelos adolescentes que compõem seu itinerário terapêutico, abrigo e casa de passagem, são programas de Acolhimento Institucional, definidos no Art. 90, inciso IV, do ECA. As casas de passagem oferecem um acolhimento emergencial e imediato, portanto, sua equipe deve estar preparada para receber crianças ou adolescentes a qualquer horário do dia ou da noite. O serviço realiza acolhimentos de curta duração, apenas o tempo necessário para acolher o adolescente, avaliar a sua situação e encaminhá-lo para a família ou outras instituições de acolhimento (BRASIL, 2010).

Assim, o abrigo atende às expectativas dos adolescentes e das famílias, pois é um local distante do contexto do uso de drogas e, conseqüentemente, dos perigos que o cercam. Portanto, muitos adolescentes sentem-se protegidos na instituição, como se observa nos relatos abaixo:

[...] é isso, todo mundo me trata bem aqui, a não ser os meninos que fica procurando briga, confusão, mas aqui eu me sinto guardado (u1).

Tinham cuidados [família] comigo, mas quando não estou aqui [abrigo] eu tinha medo [...], eu tinha medo de morrer ou de matar (u3).

O abrigo é considerado um apoio para a situação de enfrentamento de uso de drogas, por ser um ambiente distante do contexto que, segundo os familiares, favorece a iniciação e a manutenção do consumo de substâncias psicoativas. Além disto, famílias e adolescentes acreditam que a instituição proporciona vários outros benefícios aos usuários, pois estimula atividades de lazer e socioeducativas, além de prestar cuidados como alimentação, higiene, estudos e outros. Assim, aparentemente há um forte vínculo entre famílias e funcionários do serviço, principalmente entre adolescentes e educadores sociais, como se observa no relato do usuário:

Eles sempre perguntam, tá faltando, o que tá faltando, alimento. Cuidam 24 horas, é muito bom, melhor que estar na rua usando droga. Remédio 24 horas pro cara tomar pra não fumar, aqui é muito bom (u7).

Deste modo, enquanto durar a aplicação da medida, os profissionais do abrigo devem buscar articulação com os demais atores da rede de atendimento para atender ao adolescente de maneira integral e para manter ou reestabelecer os vínculos sociais. Portanto, a instituição deve buscar junto aos serviços locais e da rede de proteção comunitária fortalecer os vínculos familiares (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, percebe-se que o acesso de famílias e adolescentes não foi pré-determinado, visto que a ideia inicial era a internação em comunidades terapêuticas. Neste sentido, o itinerário terapêutico não deve ser compreendido como resultado de um plano esquematizado e predeterminado, mas sim relacionado à experiência vivida e às necessidades dos sujeitos, havendo um permanente processo de atribuição de significados que é reformulado no interior de cada situação vivida e em relação ao contexto relacional no qual ocorre (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

Outro aspecto que se observa é o fato de o abrigo, que não é um serviço especializado em abuso de drogas, por vezes, funcionar como um importante espaço de cuidado aos adolescentes, pois, apesar de ser um serviço de acolhimento integral, em um contexto escasso de apoio, funciona como um suporte importante para famílias e usuários de crack.

Nesse contexto, Franco e Franco(2010) pontuam que itinerário é o percurso que o usuário realiza em uma rede de saúde que inclui serviços que não necessariamente estão inseridos em um sistema de saúde, mas que estão ligados, de alguma forma, à rede, como as entidades comunitárias e de assistência social. Neste sentido, o olhar também recai em experiências individuais que são construídas em interação com a sua rede

social como familiares, amigos, vizinhos que acompanham e vivenciam os processos disruptivos, juntamente com o usuário dos serviços de saúde mental (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Desse modo, o itinerário terapêutico se distancia do modelo tradicional de saúde, centrado na doença e nas especialidades dos profissionais de saúde; de outro modo, esse novo modelo, ao invés da doença, se centra na saúde bem como nas necessidades singulares, subjetivas e em aspectos contextuais relacionadas ao usuário de forma que o cuidado vai muito mais além dos serviços de saúde (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

Os profissionais do abrigo também realizam encaminhamentos importantes com o objetivo de reinserir o adolescente na sociedade e de resgatar a sua cidadania. Deste modo, os jovens em situação de acolhimento institucional são encaminhados para escolas, consultas médicas e odontológicas bem como para tratamentos relacionados ao uso de drogas, quando necessário:

[...] eu só pensava em usar droga e fazer besteira e matar os outros, eu só pensava nisso, agora eu já penso diferente. Aqui posso fazer muitas coisas [...]. Eles fazem coisas como, me botar na escola, fazer muitas coisas (u3).

Durante o período em que o adolescente está no abrigo, a equipe multidisciplinar da instituição, composta por pedagogo, assistente social e educadores sociais, realiza encaminhamentos para diversos serviços e recursos disponíveis na comunidade, contribuindo para a oferta de um cuidado integral ao adolescente. O encaminhamento é realizado a partir da identificação de demandas durante conversas, atividades e intervenções com os usuários.

Os CAPSi e CAPSad são locais para onde os adolescentes são encaminhados com frequência e, geralmente, este processo é acompanhado por informações referentes a esse serviço, visto que, por vezes, usuários e familiares sequer conhecem esses espaços, pois ainda prevalece a ideia da institucionalização como única forma de tratamento. Contudo, os adolescentes que são encaminhados aos CAPS, permanecem nos abrigos, utilizando os CAPS eventualmente e acompanhados pela equipe do abrigo nos dias em que comparecem aos CAPS.

O processo de encaminhamento funciona da seguinte forma: a partir dos 16 anos, o usuário é encaminhado ao CAPSad enquanto o menor de 16 anos, usualmente, é encaminhado ao CAPSi. Contudo, durante observações realizadas nesses espaços, verificou-se que os adolescentes compareciam com mais frequência ao CAPSi, pois o local oferecia mais atividades voltadas para adolescentes em abuso de drogas. Dentre as ações e atividades realizadas com os usuários, foram observadas: atendimentos em grupos, individuais e atividades recreativas. Por outro lado, no CAPSad, nenhuma atividade envolvendo adolescentes foi observada.

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E EXPERIÊNCIAS DE CUIDADOS

Em relação à avaliação de familiares e adolescentes sobre a eficácia das terapêuticas relativas às experiências de cuidados, observa-se que a institucionalização em abrigo representa a melhor forma de cuidado. Muitos atribuem à instituição o significado de proteção, pois, no abrigo, o jovem, pelo menos em tese, está afastado das drogas, realiza muitas atividades e está

sendo incentivado a estudar. Além disto, os familiares, quando sentem necessidade, conversam com os funcionários do abrigo e se sentem mais motivados para o enfrentamento da situação, como se observa nos relatos abaixo:

[...] é isso, todo mundo me trata bem aqui a não ser os meninos que fica procurando briga, confusão, mas aqui eu me sinto guardado (u1).

Só esses anjos aqui mesmo para nos ajudarem...aqui eles têm cuidado com alimentação, medicação, tudo, até eu quando estou preocupada, eles conversam comigo...(f2)

Por outro lado, os CAPS foram vistos como serviços coadjuvantes, no que diz respeito às terapêuticas relacionadas ao abuso de drogas, de modo que esses serviços de caráter comunitário, para familiares e adolescentes, podem funcionar, desde que o usuário esteja institucionalizado e longe do contexto de uso de drogas, como se percebe através da fala do familiar: “Se o pessoal daqui [abrigo] que falou para ele ir [ao CAPSi] e acho que ele tem que ir, então deve ser bom, mas eu ainda não conheço, não tenho tempo” (f2).

Dentre outros cuidados relacionados aos usuários que também foram considerados coadjuvantes no processo de busca de internação estão os conselhos de familiares, mas, geralmente, é em uma perspectiva amedrontadora, como se percebe no relato do adolescente: “Ela [mãe] falava muito né, pra mim tomar cuidado se não eu ia acabar morrendo, mas eu não escutava” (u3).

Essa forma de pensar das famílias está ancorada em campanhas políticas realizadas com o objetivo de diminuir o consumo de drogas que, muitas vezes, associam pejorativamente o uso da droga aos destinos da “cadeia” ou “caixão”, profetizando o futuro inevitável de um usuário e induzindo à ideia de que não há o que fazer quando o sujeito faz uso de crack (PITTA, 2011).

Outro recurso que funciona como apoio para o enfrentamento do uso de drogas é a igreja. Assim, esse tipo de auxílio parece ser bastante representativo para os usuários e famílias, pois, segundo eles, frequentar a igreja e rezar regularmente bem como escutar os conselhos do padre ajudam a afastar o pensamento relacionado ao uso de drogas. Essa igreja, no entanto, não necessariamente é a católica e, sendo assim, a espiritualidade como estratégia de enfrentamento do problema está além do tipo de religião frequentada, como se observa nos relatos a seguir: “Tem o pessoal da igreja, de vez em quando ele vai lá conversar” (f6); “A igreja ela tem muitas coisas [...], a igreja é de Deus e eu quando eu tava na igreja eu já tinha esse pensamento já, só pensava em servir a Deus, me ajudou muito” (u3).

A religião atua por meio do oferecimento de um suporte emocional ao usuário, pois proporciona ao sujeito o sentimento de pertença a um grupo e o aumento da rede de amigos, de forma que o usuário não mais é considerado um “drogado” ou “marginal”. Tal mudança de papel social contribui para a reinserção dos sujeitos que abusam de drogas na sociedade (CAVALCANTE, 2012).

Desse modo, o itinerário terapêutico de familiares e adolescentes, por mais que envolva atividades e recursos comunitários no processo de cuidado, ainda é predominantemente biomédico, na medida em que ainda prevalecem os modelos

tradicionais de cuidado, centrados no isolamento, como principal terapêutica no imaginário dos atores sociais envolvidos. Observa-se, também, a importância da visão e da opinião do profissional que funcionam como guia desse processo.

Nesse sentido, percebe-se que o usuário é um sujeito passivo na busca de cuidados. Marques e Mângia (2013) discutem que esse perde a contratualidade nos processos de trocas sociais, pois, frequentemente, suas opiniões não são consideradas e sua força de trabalho é desqualificada nas relações cotidianas. Além disto, os usuários são rotulados como “drogados” e suas identidades reduzidas à substância que consomem.

Diante do exposto, a autonomia do usuário, frequentemente, é desconsiderada no processo de cuidado e deste modo pouco se sabe sobre as questões subjetivas que norteiam a relação que o sujeito estabelece com as drogas; em vez disto, observa-se que os usuários costumam incorporar o discurso dos profissionais e da mídia sobre as associações entre usuários de crack e significados negativos bem como os aspectos morais relacionados ao consumo de crack, caso contrário, o usuário parecerá descreditado na sua busca de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos relatos dos participantes da pesquisa, observa-se que o itinerário terapêutico vai além da busca de serviços pelas famílias e usuários e da disponibilidade dos serviços na rede de apoio, pois percebe-se que o caminhar dos participantes da pesquisa parte dos significados atribuídos ao processo de uso bem como ao processo de cuidado.

O itinerário terapêutico, portanto, é um processo dinâmico, pois conforme se inicia a busca pelos cuidados, os usuários estabelecem diferentes encontros com os vários elementos existentes na rede social, ocorrendo, assim, a ressignificação da noção de saúde/doença; além disto, há que se considerar também as facilidades e dificuldades relacionadas ao acesso a diferentes serviços e recursos comunitários.

Contudo, no presente estudo, aparentemente, não houve a possibilidade de ressignificação do comportamento de uso e abuso de drogas, tampouco dos processos de cuidados disponíveis para os adolescentes, visto que o consumo de drogas esteve relacionado a significados negativos; ademais, não se percebeu nos discursos dos participantes nenhum termo relacionado a novas abordagens de cuidados que não visem, necessariamente, à abstinência, como a redução de danos.

Por outro lado, os fatores contextuais foram decisivos para a construção do itinerário terapêutico, pois a disponibilidade e as barreiras relacionadas aos diferentes elos da rede de apoio, aparentemente, guiaram o processo de busca pelo cuidado.

Diante do exposto, no presente estudo, adolescentes e famílias não podem ser considerados protagonistas na construção de seus itinerários terapêuticos, pois o processo foi centrado nos profissionais dos serviços buscados e não nas demandas dos usuários, visto que o conhecimento sobre o que deveria ser feito partiu apenas dos trabalhadores e, em nenhum momento, familiares e usuários foram ouvidos em suas demandas singulares.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos em análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisa, métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010. p. 139-159.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 15.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e saúde coletiva** [online], v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, maio 2012.

CAVALCANTE, L. P. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev. Rene**, v. 13, n. 2, p. 321-331, 2012.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, jun. 2010.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup.**, Univ. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.**, Univ. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 61-71, jan./abr. 2008.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface** (Botucatu), v. 17, n. 45, p. 433-444, jun. 2013.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, maio 2008.

MARTINS, P. V.; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 273-289, 2014.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PEREIRA, J. M. F.; COSTA, L. F. **O ciclo recursivo do abandono**. 2004. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0207&area=d4&subarea=>. Acesso em: 2 set. 2013.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SIQUEIRA, A. C. A garantia ao direito à convivência familiar e comunitária em foco. **Estud. psicol**, Campinas, v. 29, n. 3, set. 2012.

TRAD, L. A. B. Itinerários terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade. In: CASTELLANOS, Marcelo E. P. *et al.* **Cronicidade**: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais. [e-book] Fortaleza: EdUECE, 2015. p. 61-91.

TRAD, L. A. B. *et al.* Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr. 2010.

VASCONCELOS, M. G. F. **Família e atenção à saúde mental**: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

CAPÍTULO 14

POLÍTICAS PÚBLICAS, PRÁTICAS DE SAÚDE E SUBJETIVAÇÕES DA ATENÇÃO ONCOLÓGICA: PRETENZA GENEALOGIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS COM CÂNCER

Mariana Pompílio Gomes Cabral

Maria Salete Bessa Jorge

Evelyne Viana de Franca

Daniella Barbosa Campos

Tulio Batista Franco

DESDOBRANDO CAMINHOS (IN)VISÍVEIS: CÂNCER, ATENÇÃO ONCOLÓGICA E A PRODUÇÃO DO CUIDA- DO EM REDE A PESSOAS COM CÂNCER

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), o câncer configura uma das principais causas de morbimortalidade no mundo com, aproximadamente, 14 milhões de novos casos e 8,2 milhões de mortes a ele relacionadas em 2012. Para além disso, ainda se espera que os casos anuais de câncer aumentem cerca de 14 milhões, nas próximas duas décadas, visto que as taxas não estão subindo devido a razões chocantes, mas por razões que são mais fáceis de entender, como determinantes relacionados ao estilo de vida e à falta de iniciativas de saúde pública para detecção precoce da doença.

Em face dessa perspectiva, é possível identificar múltiplas estratégias de controle do câncer, visto que o eixo oncológico tem se tornado essencial no contexto da saúde pública, haja vista que as mudanças no perfil demográfico do país têm sido decorrentes, principalmente, da urbanização, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia, o que atenua a ocorrência das doenças infectocontagiosas e coloca as doenças crônicas como centro de atenção dos problemas atuais da população brasileira (INCA, 2014).

Diante do grave cenário instalado, emerge como proposta de organização do cuidado, a Política Nacional de Atenção Oncológica, com a formação de Redes de Atenção Oncológica regional e estadual que objetivam adequar a prevenção e o tratamento do câncer às necessidades de cada região do país.

No entanto, para compreender a efetiva consolidação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e, por consequência, as nuances e os entraves do modelo da Rede de Atenção Oncológica (RAO), é consubstancial compreender e discutir, primeiramente, a história da construção social e política do cuidado a pessoas com câncer, a nível nacional e internacional.

Sobre esse contexto, introduz-se o principal argumento desse capítulo: a afirmativa de que o câncer não é e, historicamente, nunca foi visto apenas como um problema de saúde pública. É preciso fomentar os elementos dessa trajetória para que se possa conhecer genealogicamente o nosso problema atual: a construção de redes de cuidado para a atenção oncológica.

Acredita-se que é mediante o conhecimento dos determinantes históricos que se pode encontrar ferramentas para

compreender a organização atual da produção do cuidado a pessoas com câncer, visto que existe uma intrínseca relação entre a ampliação de políticas públicas e o desenvolvimento de uma comunidade de cancerologistas aliada à filantropia, que foi determinada e atravessada pelas transformações sociopolíticas brasileiras (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Ademais, em uma perspectiva foucaultiana (DELEUZE, 1976), acredita-se não ser possível analisar políticas e práticas de saúde sem contextualizá-las em sua construção histórica e social. Nesse sentido, a importância de se abordar as múltiplas dimensões dos saberes, práticas e discursos na construção do cuidado em oncologia reside no fato de que as relações entre os sujeitos se dão, muitas vezes, sem uma reflexão acerca do modo de cuidar, como um caminho que se faz e se refaz, em processo, e na ausência ou descontinuidade do processo de cuidado que opera de forma reduzida na rede pública e por meio de tecnologias duras.

Dessa forma, emerge a necessidade de se realizar estudos de maior profundidade que revelem como vem se construindo a produção de cuidado oncológico, ao longo da história de insurgência e emergência do câncer como adoecimento de ordem médica, de saúde pública e psicossocial preocupante.

Diante do contexto apresentado, o presente estudo tem por objetivo analisar as perspectivas genealógicas que atravessam a construção da atenção oncológica, desenvolvendo argumentos sobre o câncer como um problema médico, de saúde pública e psicossocial, sendo estes elementos caros à discussão atual de produção do cuidado em rede a pessoas com câncer.

A opção por produzir conhecimento utilizando como ferramenta a perspectiva de genealogia trabalhada por Deleuze e

Foucault emerge diante da possibilidade de uma construção para além da prescrição moral e normativa de saúde pública. A intenção é problematizar as práticas discursivas e não-discursivas que operam no campo da oncologia, evidenciando a cultura, a ciência, a sociedade e as particularidades que se apresentam nessa seara.

Espera-se que este estudo contribua para a afirmação da potência do cuidado, para a promoção de saúde e qualidade de vida de pessoas que caminham por territórios atravessados pelo adoecimento oncológico.

GENEALOGIA COMO FERRAMENTA PARA A ANÁLISE DE POLÍTICAS, PRÁTICAS E SUBJETIVAÇÕES DA PRODUÇÃO DO CUIDADO ONCOLÓGICO: ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A proposta da construção deste estudo está na busca da diferença e foge da tentativa de escrita apenas prescritiva e moral de saúde pública, de forma que não se estabelece apenas elencando portarias oncológicas em conexão com os achados científicos dos últimos cinco anos de revisão bibliográfica.

Neste sentido, em contraponto a essa perspectiva de escrita científica hegemônica, emerge a preocupação em conhecer os movimentos, as forças e as linhas de fuga que se encaminharam para a construção do que hoje se preconiza como rede de atenção oncológica e os desafios iminentes para a produção do cuidado a pessoas com câncer que, por sua vez, diante do adoecimento, são convocadas a trilharem caminhos e estabelecerem conexões, construindo redes, em busca de cuidado.

Para tanto, urge como possibilidade a utilização da genealogia como ferramenta para essa produção de conhecimento. E o que é uma genealogia?

É um conceito utilizado, principalmente, por Deleuze, Nietzsche e Foucault, como uma ferramenta para a construção de um modo de análise histórica, distante da história tradicional desenvolvida por historiadores. E o que difere a História da perspectiva da Genealogia? É importante elencar alguns pontos fundamentais para essa diferenciação e que serão o pilar da construção deste estudo sobre a perspectiva genealógica do câncer e da atenção oncológica.

Para Deleuze (1976), Nietzsche faz uso da genealogia como um instrumento metodológico que, somente a partir dele é possível produzir conhecimento, articulando a crítica e a investigação com a interpretação e a perspectiva. Há uma ruptura com a naturalização dos fatos, a ciência como verdade absoluta e o distanciamento entre sujeito e objeto, elementos estes hegemônicos no fazer científico. Assim, explica com suas palavras:

Genealogia se opõe ao caráter absoluto dos valores tanto quanto a seu caráter relativo ou utilitário. Genealogia significa o elemento diferencial dos valores do qual decorre o valor destes. Genealogia, quer dizer, portanto, origem ou nascimento, mas também diferença ou distância na origem. Genealogia quer dizer nobreza e baixeza, nobreza e vilania, nobreza e decadência a origem. O nobre e o vil, o alto e o baixo, este é o elemento propriamente genealógico ou crítico (DELEUZE, 1976, p. 4).

Neste sentido, Foucault (1979) estabelece que a genealogia é a forma de problematizar a verdade, não a tratando como absoluta e distante do espaço micropolítico. Pelo contrário, seu interesse é traçar as linhas visíveis e invisíveis de poder e de sentido que não somente atravessam, mas, também e principalmente, criam as práticas discursivas e não discursivas acerca de fenômenos sociais.

Em síntese, em uma perspectiva genealógica, troca-se a neutralidade do investigador historiador pela perspectiva implicativa e crítica do pesquisador que se interessa em conhecer desde a origem alguma dimensão da sociedade.

A história que se pretende desenhar aqui não é linear. Em uma genealogia, não aparece uma distinção clara entre o que é passado, presente e futuro. Pelo contrário, as sequências históricas se justapõem, se aglutinam, se perdem e se transformam. Logo, o presente é, concomitantemente, construções passadas, criações atuais e angústia do futuro por vir.

Portanto, ao invés de narrar uma história em continuidade de fatos, privilegia-se a articulação do que parece contínuo com o descontínuo, o acaso, o imprevisto, o espanto e as invenções. Para Foucault, essa inversão na genealogia acontece por considerar que em toda construção histórica e social de um fenômeno há uma multiplicidade que não permite uma representação fixa de uma realidade, mas sim um campo em constante movimento seja de lutas, combates, imposições de sentido e/ou modos de subjetivação.

Diante do contexto explorado, para a construção dos resultados deste estudo, inicialmente, utilizar-se-á como coordenadas, o desenvolvimento de articulações da história do câncer

anterior à conformação da oncologia como campo de saber-poder desta patologia.

Em um primeiro eixo discursivo, põe-se em questão o câncer como uma doença desconhecida e temida tornando-se preocupação médica na sociedade moderna. Por conseguinte, pretende-se problematizar a emergência do câncer como problema de saúde pública, tendo como norteador do cuidado a política nacional de atenção oncológica e a conformação da proposta do cuidado em rede.

Entretanto, o fenômeno não pretende se esgotar apresentando as políticas públicas da atenção oncológica. No terceiro eixo, apresenta-se a égide máxima deste estudo, em uma tentativa criativa de desnaturalizar a crença do adoecimento oncológico como uma questão apenas de saúde, ampliando o olhar para o atravessamento entre os campos de força psicossociais e os modos de subjetivação inscritos na vida e no corpo de pessoas com câncer na sociedade contemporânea.

Ao fazer o movimento entre essas dimensões – câncer como problema médico, de saúde pública e psicossocial –, o último eixo apresenta a conexão entre essas dimensões e a perspectiva de construção de redes de cuidado a pessoas em adoecimento oncológico.

Nessa seara, não há como não estabelecer conexões entre o desenvolvimento epidemiológico, clínico e de políticas públicas sobre o câncer, evidenciando as marcas humanas, subjetivas, sociais e históricas.

No emaranhado desses quatro eixos discursivos, apresenta-se como produção de conhecimento algumas propostas conceituais de teóricos da vertente pós-estruturalista, como Deleuze e Guattari, Nietzsche e Foucault, tratando de temas

como: a bionormatização e a higienização do corpo, a forma hegemônica de cuidado biomédico centrado na doença e em procedimentos, junto à medicalização social, dentre outros elementos caros ao fomento dessa temática.

A HEGEMONIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO ONCOLÓGICO CENTRADO NA DIMENSÃO BIOMÉDICA E HOSPITALAR

Por muito tempo, o câncer foi uma doença desconhecida. As questões relacionadas à causa, capacidade de tratamento e cura eram nulas. As pessoas sofriam até a morte. O câncer traçou uma história inicialmente parecida com a lepra e a tuberculose, pois foram se construindo e tendo uma representação social como doenças mortais e contagiosas (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

O câncer, então, foi definido como mal universal, propiciando um reconhecimento oficial dos problemas relacionados ao avanço do câncer, ao inseri-lo como um dos desafios a serem enfrentados pela agenda republicana (MOTTA, 1992, p. 4). Deste momento em diante, o controle do câncer se tornaria uma inquietação profissional e um projeto nacional.

O adoecimento oncológico passa a ser alvo de pesquisas e estudos, inicialmente, na Europa e nos Estados Unidos da América. Tendo uma incidência maior a nível internacional, as preocupações mais sistemáticas no Brasil sobre câncer surgiram tardiamente, tendo início nas primeiras décadas do século XX, quando foi se formando uma comunidade cancerologista que participava de eventos internacionais acerca da epidemiologia e etiologia da doença.

O câncer estava, assim, iniciando sua trajetória na incorporação da agenda higienista como um incômodo visível e que deveria ser enfrentado através da iniciativa do campo médico-científico, que resultaria em ações concretas daí por diante.

A partir do século XX, o câncer passou a apresentar estatísticas ascendentes de incidência e mortalidade, tornando-se um problema médico (INCA, 2007). O número de casos de câncer no Brasil começou a crescer de forma assustadora, o que levou um grupo de médicos a buscar novos conhecimentos sobre o câncer. Os cancerologistas começariam assim a participar de cursos de aperfeiçoamento e especialização para o câncer, gerando especialistas no estudo da etiopatogenia da doença, no diagnóstico e tratamento, na profilaxia e na organização da luta anticâncer.

Em 1937, Mário Kroeff, um dos grandes representantes da atenção oncológica, anunciava que o meio médico e científico brasileiro ainda não tinha chegado a um consenso relacionado à etiologia do câncer, entretanto, afirmava que a principal estratégia para o controle do câncer seria através da cirurgia.

O Centro de Cancerologia nasceria, assim, com uma atribuição de cunho hospitalar assistencial, visando realizar cirurgia para o confronto das neoplasias. Paralelamente, novas tecnologias surgiam como a eletrocirurgia, Raios-X e radium, o que modificaria, ainda que lentamente, o paradigma de “incurável” para “recuperável”.

As primeiras políticas públicas e medidas governamentais de que se tem conhecimento no campo do tratamento e do controle do câncer no Brasil é a ação para o diagnóstico terapêutico (BRASIL, 2010; BARRETO, 2005).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil, a ênfase no tratamento do câncer se dá até os dias de hoje, de forma hegemônica, na rede especializada, executado e avaliado pelo alto percentual de diagnósticos de tumores avançados e pela deficiência de cuidados de reabilitação e paliativos.

Dessa forma, o presente estudo busca destacar alguns elementos na trajetória de construção oncológica, como, por exemplo: os principais protagonistas foram médicos que reconheceram a importância de estudos e pesquisas sobre pessoas com câncer; a principal forma inicial de cuidado era centralizada em procedimento clínico voltado para a eliminação da doença através de tratamento, cura e/ou reabilitação. Além disto, é a terapêutica especializada com o uso de tecnologia e medicamentos de alto custo que mais demanda da assistência oncológica.

Essas dimensões são significativas, pois, até hoje, a seara oncológica é fortemente demarcada pela medicina bem como pelo modelo biomédico/hospitalar, centrado no sintoma. Eis o grande desafio da atenção oncológica: a ampliação do cuidado que hegemonicamente veio a se construir de forma restrita e fragmentada, que reduz a pessoa com câncer a um diagnóstico e um tratamento do corpo físico, evidenciando apenas terapêutica clínica e medicamentosa.

Em suma, conforme explanado até aqui, a produção do cuidado a pessoas com câncer atravessa a forte demarcação do modelo médico-hospitalar e de alta complexidade, visto que os primeiros esforços da sociedade foram baseados na construção de hospitais especializados para o tratamento do câncer, tornando-o um problema com hegemonia na dimensão biomédica e hospitalar.

O CÂNCER É UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: DA PREVENÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS – A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA E SEUS DESAFIOS

O câncer nem sempre foi uma questão de saúde pública, visto que, inicialmente, como já visto neste estudo, era um problema médico e, apenas posteriormente, foi visto como um problema de saúde pública e fortemente vinculado a ações filantrópicas (INCA, 2007).

Foi a partir de 1970, com a dificuldade de investimento na terapêutica, que “[...] surgiram as primeiras iniciativas que viam o câncer como um problema de saúde de grande magnitude, a ser contido por uma ação governamental planejada [...]” (TEIXEIRA;PORTO;HABIB, 2012). Com isto, cita-se como ações importantes a criação do Programa Nacional de Controle do Câncer, em 1973, e o Programa de Controle do Câncer, em 1975, que, de forma inicial, teve enfoque na prevenção do câncer de colo do útero.

A partir do processo de redemocratização política do país, evidenciando a reforma sanitária e a nova Constituição de 1988, pela primeira vez, o câncer deixa de ser visto, politicamente, como apenas um problema investigado por médicos e passa a ser objeto de saúde pública. Deriva-se a partir daí, uma nova base para o controle do câncer focada na prevenção, na detecção precoce e na integração dos serviços em rede.

Em 1986, foi criado o Programa de Oncologia (Pro-Onco), que se caracterizava por uma estrutura técnica administrativa herdada da extinta Campanha Nacional de Combate ao Câncer, passando a ser, em março de 1990, uma coordenadoria do

Instituto Nacional de Câncer: a Coordenação de Programas de Controle de Câncer. Em 1987, ele foi oficializado por decreto ministerial possuindo sua estrutura duas linhas básicas de trabalho: a educação e a informação sobre o câncer (ABREU, 1997).

Inserido no campo de saúde pública, houve, inicialmente, uma preocupação estatística de revelar dados mais consistentes de incidência e mortalidade, além de pesquisas experimentais e estudos voltados para os investimentos em diagnóstico precoce e tratamento. Por conseguinte, houve a criação da Portaria nº 170, de dezembro de 1993, uma iniciativa da Secretaria de Assistência à Saúde, acerca da constituição de “hospitais que realizam diagnósticos e procedimentos terapêuticos em oncologia, que participam do SUS e que possuem programação de rotinas terapêuticas” (DATASUS, 1993). Foi a primeira forma de enfrentamento à crescente demanda de tratamento de câncer no Brasil voltada para a organização de hospitais credenciados de alta complexidade de assistência oncológica. A intenção era normatizar os componentes integrantes dos hospitais que ofereciam serviço de quimioterapia e radioterapia.

A posteriori, a Portaria nº 3.535, de 1998, também vinculada à Secretaria de Assistência à Saúde, realiza avanços na direção de uma assistência mais integralizada e normatiza a organização em rede dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), classificados como I, II e III, que, visando:

- a) garantir o atendimento integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas; b) estabelecer uma rede hierarquizada dos centros que prestam atendimento pelo SUS a esses pacientes; e c) atualizar os critérios

mínimos para o cadastramento desses Centros de Alta Complexidade em Oncologia, resolve:

Art. 1º Aprovar as normas específicas, constantes do anexo desta Portaria, para o cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia. [...] (BRASIL, PORTARIA Nº 3.535, 1998).

Embora as perspectivas políticas já apontassem a necessidade de construção de rede para a produção do cuidado oncológico, percebe-se que até a publicação desta Portaria, a preocupação primordial era a alta complexidade. Mesmo que já se ampliasse para outros serviços, a rede que se preconizava baseava-se em uma articulação entre serviços hospitalares. Diante disso, abre-se espaço para tocar novamente no ponto de destaque desta seção: a centralização da atenção oncológica no âmbito hospitalar, na alta complexidade, no investimento em tecnologias de alto custo. Eis o grande desafio a ser enfrentado até os dias de hoje.

Foi só com a Portaria nº 2.439, de 2005, que foi decretada a Política Nacional de Atenção Oncológica e, por consequência, a Rede de Atenção Oncológica que teve por base a construção de uma integralidade entre os campos de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação a pessoas com câncer, além de uma pactuação entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde:

[...] Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados

Paliativos; [...] Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios [...] (BRASIL, PORTARIA Nº 2.439, 2005)

Percebe-se, assim, que a perspectiva de integralidade é muito recente. Essa política visa aumentar o acesso desde a prevenção, passando pelo diagnóstico até o tratamento do câncer de modo a obter resultados que efetivamente modifiquem o perfil da morbimortalidade por câncer. Visa, também, ações voltadas para a identificação dos fatores determinantes e condicionantes das neoplasias e o desenvolvimento de ações que promovam a redução de danos e a proteção à vida, assegurando a equidade e a autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2006).

Nessa construção de rede, destaca-se o papel do INCA como articulador de ações e formulador de políticas de câncer no país vinculando-se ao Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, instituições de fomento à pesquisa e instâncias sociais e midiáticas.

Sobre a assistência oncológica no SUS, tem-se a importância da articulação e da comunicação entre todos os níveis de atenção à saúde, como pode ser visto no mapa dos princípios normativos para a oncologia no SUS. É visível nessa ilustração a presença de todos os níveis de atenção à saúde. Há que se destacar o diferencial dessa política ao investir na área de detecção precoce e prevenção para reduzir a incidência das neoplasias, que é vista como a pretensão básica e pilar para o controle do câncer.

Assistência Oncológica no SUS



Fonte: Anexo A – Assistência Oncológica do SUS/MS

A porta de entrada dos serviços de saúde para a rede oncológica são as Unidades de Atenção Primária à Saúde tendo como referência o Programa Saúde da Família que, de acordo com a necessidade de cada usuário, ordenará o cuidado em saúde nas demais redes de atenção (BRASIL, 2007).

Os estudos de Parada (2008) destacam a potencialidade da atenção básica na redução da incidência de câncer, encontrando, porém, entraves no acesso à realização de exames, no vínculo com os serviços especializados e na busca ativa em comunidades da população de alto risco.

A Política de Atenção Oncológica também recomenda a educação permanente e a capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e do envolvimento de todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçado nos Polos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2005).

Apesar da preconização de assistência compartilhada, como já visto em outras portarias, tendo em vista que a atenção oncológica é fortemente focalizada na terapêutica hospitalar, diante desta realidade, surgiu também a Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005 – específica para a alta complexidade – que define “[...] as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia [...]” (BRASIL, 2010), normatizando suas características, peculiaridades e as articulações entre eles.

Na alta complexidade, é válido destacar que a atenção oncológica é também marcada pela relação direta entre saúde pública e Instituições Filantrópicas (IFs), pois os serviços de quimioterapia, radioterapia e braquiterapia – centrais no processo de tratamento oncológico – são de tecnologias de alto custo, sendo assim necessária a ajuda filantrópica e da iniciativa privada para o fomento a recursos.

Em suma, conforme explanado até aqui, a história do câncer, desde uma doença desconhecida, passando pelo seu reconhecimento biomédico até a construção da Política Nacional de Atenção Oncológica já conquistou grandes avanços, não significando que não haja desafios, visto que, historicamente, a atenção oncológica atravessa a forte demarcação do modelo médico-hospitalar e de alta complexidade, tendo a proposta do SUS ido na contramão do sistema, na medida em que articula ações e cuidados a pessoas com câncer não somente curativos e individuais, mas com o intuito de reduzir a incidência e a mortalidade por esta doença e aumentar a qualidade de vida.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS COM CÂNCER É TAMBÉM UMA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL?

Ao longo da história, a partir de diversos paradigmas explicativos para os problemas de saúde, foi construído um consenso para as articulações entre as importantes mudanças sociais em consonância com os processos de adoecimentos e as práticas de saúde.

Reflete-se aqui, portanto, sobre a pedra angular de tal escrito, que é evidenciar que a história do câncer aliado à susceptibilidade genética e ao envelhecimento também fala de um estilo de vida que produz e é produzido no modo de produção capitalista, ancorando os hábitos alimentares, o trabalho e o lazer – em suma, a vida das pessoas –, aos processos de industrialização, modernização e urbanização, sendo estes fortes determinante de doenças crônicas.

Assim, é possível evidenciar, ao longo da história da Saúde Pública, diversos estudos que buscaram conhecer a influência das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos, proporcionando, dentre muitos casos, conflitos entre a Saúde Pública e a Medicina e entre os enfoques biológico e social do processo saúde–doença em que estes passaram a ser o centro do debate sobre a configuração deste novo campo de conhecimento, de prática e de educação (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Buscando compreender melhor esse novo arranjo, nas últimas décadas, tanto na literatura nacional como internacional, observa-se um avanço no estudo das relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma sociedade e a situação de saúde de sua população, sobretudo a partir das iniquidades em

saúde que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000).

Dessa forma, entende-se que o estudo da produção do cuidado em saúde consiste no principal aspecto estudado quando se trata de determinantes sociais de saúde (DSS), que são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, isto é, que expressam, com maior ou menor nível de detalhe, que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Sob esse prisma, os fatores socioeconômicos são apontados como determinantes importantes na incidência e mortalidade por câncer. Barbosa *et al.* associam o câncer às iniquidades sociais, às dificuldades de acesso à prevenção primária, ao diagnóstico precoce e aos tratamentos bem como aos elementos estruturais da sociedade moderna e às modificações, ao longo das últimas décadas, dos estilos de vida, afirmando que:

As evidências demonstram que os grupos de níveis socioeconômicos mais baixos têm apresentado elevada mortalidade por câncer devido a maior proporção de diagnóstico tardio de neoplasias passíveis de detecção em estágios iniciais por meio de rastreamento; maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado; pior prognóstico e menor sobrevida após o diagnóstico de câncer; maior risco de óbito por câncer

em geral e por tipos de câncer potencialmente curáveis. A idade avançada, o baixo nível socioeconômico, pertencer a certos grupos étnicos, não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas), entre outros, têm sido identificados como um dos fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou. [...]

A transição demográfica rápida e tardia, acompanhada de uma transição epidemiológica caracterizada pela polarização de doenças relacionadas à pobreza e doenças crônicas não-transmissíveis, acrescido da modificação dos estilos de vida, podem explicar a atual situação da mortalidade pelos cânceres específicos ao gênero no país. (2015, p. 81; 84).

Contudo, Souza, Silva e Silva (2013) problematizam a relação entre os problemas sociais e a saúde sob a ótica do modo de produção econômica em que as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades advêm ou, pelo menos, foram impulsionadas pelo modo de produção capitalista no decorrer da história.

Assim, tais autores se utilizam da expressão “questão social” e de seus desdobramentos para dar um enfoque social às ações de saúde. Entende-se, portanto, que o sistema capitalista com as crises inerentes à sua lógica de funcionamento se torna devastador para qualquer esfera da atividade humana, afetando, de uma forma geral, as relações humanas e, por conseguinte, a saúde.

Tendo em vista que os problemas sociais rebatem sobre a saúde, é preciso compreender que as mazelas sociais também emergem do processo capitalista, sendo, portanto, determinantes para a problemática da saúde, e se tornam o laço invisível entre o indivíduo e o processo saúde-doença-cuidado. Para Souza, Silva e Silva (2013, p. 55-56), “o que na verdade temos são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria etc.) benéficas ao capital e deletérias à saúde, fazendo com que a falta de saúde se configure, também, numa condição socialmente imposta”.

Para Foucault (1979), na modernidade, há um poder que tem um discurso sobre a multiplicidade da vida por meio da aniquilação da própria vida. Isto significa dizer que se, por um lado, nunca se falou tanto sobre vida, viver bem e longevidade, por outro, o próprio estilo de vida operante capitalista impede que isto aconteça. Fala-se em alimentação saudável e o que é oferecido em grande escala são *fast-foods*; em atividade física e soluções farmacêuticas rápidas e mágicas para emagrecer. Contraditório?

O mesmo parece quando a política de prevenção de câncer afirma que é necessário parar de fumar, de beber, fazer atividades, dentre outras atividades mais “purificadoras da vida”, quando, na verdade, o cotidiano pede e oferece exatamente o contrário (FOUCAULT, 1979).

Com a bionormatização dos corpos, o poder disciplinador e normatizador concentrado na figura do Estado atua administrando a vida e os corpos da população, pois: “[...] Em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações [...]” (FOUCAULT, 1979, p. 126). A perspectiva pós-estruturalista do conhecimento evidencia as práticas de saúde na era moderna também como práticas de dominação

e normatização dos corpos. Entretanto, cuidar está para além das normas prescritivas de saúde, de prevenção e de tratamento (faça isso, faça aquilo, tome esse remédio, não deixe fazer isso). Anterior à norma, há a existência. E cada modo de existência pede um cuidado diferenciado. Atualmente, isto é possível?

Existe um sistema social econômico e político que depende de um discurso que penetre na vida das pessoas. É possível dizer, à luz de Foucault, que a era moderna institui a sociedade de controle, conceitos estes que são importantes para este estudo no intuito de compreender como o poder se infiltra nos mecanismos da vida, até o ponto em que se torna invisível e vive-se apenas a partir de um padrão, de um modelo imposto através de um discurso moral sobre a vida. Vive-se de forma automática, reproduzindo o controle.

Essa invisibilidade do poder faz com as pessoas não questionem mais quais as razões de ter um padrão de vida de forma *x* ou *y*: tornam-se, como chama Foucault, “corpos dóceis”. Especificamente, Foucault fala de duas formas de estabelecimento do poder que visam o controle para a sustentação do próprio poder: anátomo-poder, que incide sobre o corpo específico do indivíduo, e o biopoder, que já não é a tentativa de controlar o corpo do indivíduo, mas a tentativa do poder de controlar a sociedade como um todo.

Trazendo essas questões para o contexto da produção de cuidado a pessoas com câncer, antes de evidenciar a necessidade de cuidar daquele corpo, é preciso, *a priori*, conhecer que corpo é este que está em processo de cuidado. A quem pertence? Qual a sua história? Quais subjetivações acerca da doença, da saúde e da existência imperam neste corpo? Quais os seus limites? Quais as suas possibilidades/potencialidades? Deleuze e Guat-

tari (1996) falam da necessidade de se conhecer um corpo para além de sua estrutura física, o que é conhecido como o Corpo sem Órgãos (CsO), que se inscreve no campo da singularidade e intensidade da experiência, da vivência e da existência do corpo.

Portanto, cabe o questionamento: a produção de redes de cuidado oncológico preconizada atualmente percebe a necessidade de conexão e construção de redes existenciais que conheçam o corpo para além de sua normativa física? É preciso estar atento à normatização social e de como esta se materializa nas práticas de saúde.

A PERSPECTIVA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO A PESSOAS COM CÂNCER EM REDE: A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO EM QUESTÃO

Advinda dos princípios do SUS e das lutas democráticas e populares inseridas no projeto da Reforma Sanitária Brasileira, estabelece-se uma rede de práticas e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde objetivando o exercício de um novo modo de construir e de praticar política pública de saúde. Mas que perspectiva de produção do cuidado em rede é esta?

É necessário pensar em uma rede que não somente interconecte a atenção básica, secundária, terciária, como previsto pela Política Nacional de Atenção Oncológica, mas que crie fluxos e conexões e que se constitua para atender a uma demanda para além da instituição de uma biopolítica⁴, reproduzindo, desta forma, a realidade e o trabalho vivo em ato.

⁴ O conceito de biopolítica perpassa distintas áreas do saber e tem sido retomado em novos moldes, mostrando-se cada vez mais necessário e pertinente nas discussões de cada uma delas na contemporaneidade. Para Foucault (1980), a biopolítica estimula o fluxo, o movimento e o a mobilidade, uma vez que o exercício do poder acontece em meio à circulação do corpo populacional.

Nessa perspectiva, o trabalho vivo em ato cartografa os processos de trabalho como uma representação com muitas conexões que transitam por territórios existenciais diversos e assumem características de multiplicidade e heterogeneidade, formando, portanto, uma rede com potência criativa, que opera a partir de múltiplas conexões, fluxos e relações e não uma estrutura que permanece rígida sob o império da norma (FRANCO; MERHY, 2013).

Para Franco (2013), o funcionamento e a organização das RAS do SUS se desenvolvem por linhas de cuidado que controlam serviços e recursos assistenciais. A construção das linhas de cuidado se dá pela “vontade política” e pela reorganização do processo de trabalho que se articula entre os diversos níveis de atenção e procura a resolubilidade da produção do cuidado, integrando os serviços e operando na atenção singular do sujeito.

Assim, a rede se constitui a partir da micropolítica do processo de trabalho estruturado em um território de saberes e práticas, operando sobre as necessidades dos sujeitos e resolvendo os problemas advindos cotidianamente dos serviços de saúde. Por conseguinte, conclui-se que a lógica da rede é romper com a unilateralidade do processo de trabalho, tendo em vista que os sujeitos são seres desejantes e que a produção de cuidado acontece de forma múltipla e heterogênea (FRANCO, 2013). Diante disto, busca-se garantir os princípios do SUS de um jeito efetivo, por meio da implantação de um sistema que vise a reconstrução de novos desenhos, sentidos e significados do processo do cuidar, compreendendo, portanto, qualquer que seja a atuação em rede no campo da saúde.

Por conseguinte, a Saúde Coletiva, como movimento ideológico envolvido com a transformação social, e, especificamente, o cuidado oncológico apresentam possibilidades de articulação com novos paradigmas capazes de redimensionar o objeto Saúde-Doença-Cuidado respeitando sua historicidade e integralidade e construindo novas formas de compreensão do processo do cuidar. Mas, afinal, o que é cuidar em saúde?

Segundo Foucault (2006), é necessário cuidar de si como uma atitude e um modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações e de ter relações com o outro para que, apropriando-se de si mesmo, de suas vontades e de seus desejos, o sujeito possa se relacionar com os outros e, conseqüentemente, cuidar do outro nas diversas formas.

Já para Rabinovich (2012, p. 5-6), o cuidar se relaciona sob um triplo conjunto de significados: “um caráter ontológico equivalente a tornar o homem humano; outro significado que seria o que identificaria cada pessoa ao seu grupo sociofamiliar através das práticas socioeducativas dos cuidadores; e, finalmente, estas mesmas práticas em sua concretude singular”, visto que o cuidado não pode ser reduzido a um mero acontecimento, pois o “caminhar pela vida” se manifesta na construção de um espaço em que o cuidado só se realiza em ato e nas intercessões do trabalhador e do usuário (MERHY, 2013).

Além disso, o cuidado deve ser associado a evidências teóricas bem como correlacionado aos contextos socioculturais a fim de permitir que vislumbre práticas para sujeitos com histórias e condições de vida e não apenas para históricos de doenças, gerando uma rede alicerçada sob a ótica dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS (BERNARDES, 2012).

Portanto, ao refletir sobre o cuidar, é possível compreendê-lo e discuti-lo em uma conjuntura dentro do campo da saúde como um conceito organizador das formas de trabalho: assim, pode-se dizer que o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário irá resultar em infinitos acontecimentos e agenciamentos que incidem nesta relação, sendo, desta maneira, capaz de reorganizar as ações de saúde por meio desta subjetividade (FRANCO, 2015).

No intuito de compreender a subjetividade do encontro, devemos entender que existe uma infinidade de modos de se afetar uns aos outros, suscitando, por conseguinte, formas diversas de afecção. A ideia de Baruch Spinoza sobre afecção, proveniente da igualdade entre potência de pensar e de agir, se dá nesse encontro in-conscientemente, gerando a capacidade de se afetar e ser afetado na relação com o corpo e com o mundo (KUSUNOKI; SMOLKA, 2013). Tal potência se orienta sob um conhecimento adequado e determina a correspondência e a conexão entre os sujeitos a fim de aumentar a percepção humana durante este dinâmico, recíproco, subjetivo e singular encontro (D'AMBROS, 2012). Desta maneira, percebe-se que os afetos operam diretamente na relação entre estes sujeitos, podendo reconfigurar a terapêutica bem como os modos de produção de vida (FRANCO; GALAVOTE, 2010). Então, como seremos capazes de produzir um cuidado afetivo dentro das práticas em saúde?

Apesar do campo da saúde brasileiro estar apresentando muito pouco empenho na produção de transversalidades, a questão da produção de cuidado oncológico nos revela, de forma eficaz, no âmbito da sua micropolítica, que a responsabilidade singular e o modo operativo do trabalhador e, ao mesmo

tempo, o trabalhador como sujeito ativo do processo determinam a ação de saúde oferecida a fim de alcançar o cuidado em saúde vivo em ato (FRANCO; MERHY, 2013; GOMES; MERHY, 2014).

Logo, o modo de cuidado nessa micropolítica, que se caracteriza pela inter-relação do trabalho vivo em ato e das diversas ferramentas utilizadas, como itinerários, fluxos e projetos terapêuticos, possibilita um cuidado além da clínica mediante a produção de relações e afecções (FRANCO; GALAVOTE, 2010; MATUMOTO *et al.*, 2013). Em palavras deleuzianas, pode-se dizer que o ato de desejar corresponde ao significado de construtivismo, ou seja, o desejo é a construção de agenciamentos.

Sob essa perspectiva, os trabalhadores operam sob linhas de força agenciadas por uma ética e pelo manejo das tecnologias do trabalho em busca da compreensão e da construção de uma realidade social imersa nos territórios existenciais através de um saber especializado, de ações sensíveis, de dinamicidade e de fluxos de intensidades contínuas entre os sujeitos envolvidos. Neste cenário, o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de cuidado advém da afecção dos sujeitos entre si e com o mundo por meio “das distintas formas produtivas de capturar e tornar aquele mundo o objeto produtor de trabalho (FRANCO; MERHY, 2013).

Esse processo de trabalho está intimamente relacionado às tecnologias duras e leve-duras que, pensando além dos possíveis malefícios advindos destas valises, como o afastamento da manifestação da subjetividade e do empoderamento, trazem benefícios e rapidez no tratamento e estruturam a intervenção em ato e às tecnologias relacionais para a assistência aos usuários as

quais possibilitam a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro de modo que a integralidade e a humanização possam estar presentes neste encontro (CONSTANCIO, 2012; JORGE *et al.*, 2011).

Sendo assim, torna-se fundamental construir processos de produção da saúde na rede oncológica que sejam capazes de ter um cuidado usuário centrado para que haja a construção de um modelo tecnoassistencial direcionado para ações voltadas ao campo de necessidades dos usuários e à organização do processo de produção do cuidado com o fim de alcançar a ressignificação das relações entre eles e com o mundo, das múltiplas conexões e fluxos, dos agenciamentos, da co-responsabilização e do empoderamento dos sujeitos (FRANCO; MERHY, 2013).

Em outras palavras, na micropolítica da produção do cuidado privilegia-se a importância de ampliar o olhar e reconhecer que existem outras/várias formas de cuidado e outras formas de conexão com outros tipos de rede que também são promotores de vida, seja a instituição religião, os remédios caseiros, os fitoterápicos, o vínculo entre profissionais e usuários e, até mesmo, o deixar morrer e/ou a recusa de fazer o tratamento de uma quimioterapia ou uma radioterapia que podem produzir mais vida do que morte.

EM SUMA,

Para finalizar, é preciso dizer que o fio condutor de análise deste estudo fortalece a perspectiva de que na construção de uma rede de atenção às pessoas com câncer não se pode pensar que se trata somente de um problema médico-hospitalar nem apenas de uma questão saúde pública. A rede precisa reconhe-

cer, também, a produção da doença a nível social e subjetivo para, a partir disto, ir em busca de uma construção de cuidado que não seja rígida em relação à norma vigente, que aceite a multiplicidade do cuidado, a diferença.

REFERÊNCIAS

ABREU, E. de. Pró-Onco 10 anos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43 n. 4, out./dez. 1997.

BARBOSA, I. R. *et al.* As iniquidades sociais e as disparidades na mortalidade por câncer relativo ao gênero. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 2, p. 79-86, 2015.

BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 267-275, 2005.

BERNARDES, A. G. Cartografia de Práticas de Cuidado. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 701-709, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Histórias da oncologia clínica no Instituto Nacional de Câncer: INCA**. Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439/GM**, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 76, Seção 1, p. 80-81, 09 dez., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.535/GM**, de 2 de setembro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 196-E, Seção 1, p. 53-54, 14 out., 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Atenção Especializada Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Nota de 09 de novembro de 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis:Revista Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CONSTANCIO, T. I. **Trajetórias assistenciais de pacientes com câncer**: aspectos do cuidado integral em operadora de autogestão. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, 2012.

D'AMBROS, B. A unidade do corpo e da mente: afetos, ações e paixões em Espinosa (Resenha). **Cadernos Espinosanos XXVI**, 2012.

DELEUZE, G. **Nietzsche e a filosofia**. Tradução Ruth Joffily e Edmundo Fernandes Dias. Rio de Janeiro: Rio, 1976.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. 28 de novembro de 1947: como criar para si um Corpo sem Órgãos. In: _____. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: 34, 1996. v.3, p.9-29.

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

FRANCO, T.B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, supl.1, p.102-114, 2015.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: _____; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos Reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 189-203.

FRANCO; GALAVOTE, 2010

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: _____.; _____. (Org). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA –INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental; Tecnologias do Cuidado: vínculo acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jul. 2011.

KUSUNOKI, R. M.; SMOLKA, A. B. Imaginação e educação: repercussões das ideias de Espinosa no enfrentamento de questões contemporâneas. **Filosofia e Educação**, v. 5, n. 1, p. 198-209, 2013.

MATUMOTO, S. *et al.* Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do Enfermeiro na Atenção Básica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 318-326, abr./jun. 2013.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

PARADA, R. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 2, 2008.

RABINOVICH, E. P. Sobre o cuidar e sua rede. **Revista Diálogos Possíveis**, Salvador, Faculdade Social da Bahia, v. 11, n. 2, 2012.

SOUZA, D.O.; SILVA, S.E.V.; SILVA, N.O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.

TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2012.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANISATION – WHO. **World Cancer Report 2014**. Lyon, França: International Agency for Research on Cancer, 2014.

PARTE 3

FORMAÇÃO EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

A necessidade de preparar profissionais voltados para atender as necessidades de saúde da população, algumas experiências vêm sendo desenvolvidas em instituições de ensino superior brasileiras. Estas, em geral, estão reconstruindo seus currículos, tendo como referência uma formação para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a interdisciplinaridade, a integralidade da atenção à saúde e a responsabilidade social.

Verônica Santos Albuquerque

CAPÍTULO 15

PERCEPÇÃO DE FARMACÊUTICOS SOBRE ENSINO DE FARMÁCIA HOSPITALAR NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Maria Madalena do Prado
Lilian Koifman

INTRODUÇÃO

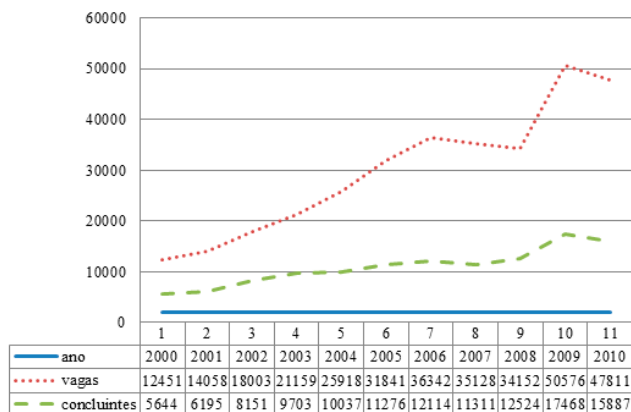
Dentre as várias mudanças significativas que vêm ocorrendo nos últimos anos no Brasil, há dois temas relevantes que também repercutem em novos hábitos da sociedade: a expansão do ensino superior brasileiro e a diversidade nos cursos de Farmácia gerada por esta expansão.

O crescimento do ensino superior tem sido surpreendente, tanto em amplitude como em velocidade, levando à presença no mercado de várias Instituições de Ensino Superior (IES). O mercado respondeu positivamente à abertura dada pelo governo. Destacando Gurgel (2003, p. 126): “o Brasil, em sua reforma constitucional, reclassificou a educação e a saúde, passando-as à área competitiva, o que significa dizer ceder espaço para a disputa do setor privado”.

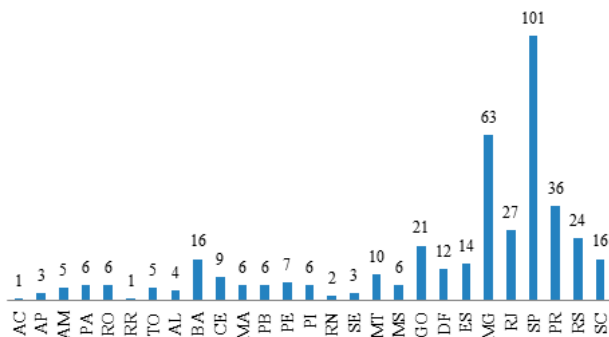
A Constituição Federal do Brasil, em seu artigo 205, trata da educação, visando alcançar três objetivos: o completo desenvolvimento da pessoa, seu preparo para a cidadania e sua qualificação para o trabalho. Considerando, ainda, Gurgel (2007, p. 22): “A ideologia do mercado como referência é o ponto de partida para vários reducionismos do discurso mercantilista da educação” e, sob este olhar, ficam em segundo plano os dois outros objetivos da educação: o desenvolvimento da pessoa e o seu preparo para a cidadania.

Um dos papéis da universidade é a produção de conhecimento e a transmissão deste ao maior número de pessoas possíveis. Desta maneira, há uma democratização do saber e uma promoção da mobilidade social. O questionamento sobre a qualidade do ensino que é ofertado é importante para a sociedade, pois a demanda atual é por profissionais altamente especializados.

No que se refere à oferta de cursos de graduação em Farmácia, pode-se observar a evolução do número de vagas disponíveis e o número de concluintes do curso de graduação, no Brasil, entre 2000 e 2010, apresentadas no Gráfico 1. O Gráfico 2, apresenta o número de cursos de farmácia existentes no Brasil e seus respectivos estados em 2011.

Gráfico 1 – Vagas e concluintes dos cursos de graduação em Farmácia- Brasil, 2000 – 2010

Fonte: RedeObservaRH

Gráfico 2 – Número de cursos de Farmácia no Brasil e seus respectivos estados – 2011.

Fonte: Conselho Regional de Farmácia São Paulo. Estudos de matrizes curriculares dos cursos de Farmácia do Estado de São Paulo, p.13. 2013; reelaborado pela autora.

Nesse contexto, é oportuno citar Oliveira (2013), que afirmava, já em 2013, existir mais de 400 cursos em funcionamento, sendo este um nível quantitativo satisfatório, porém de nível qualitativo questionável. Para Fernandes *et al.*:

A análise dos cursos de farmácia permite afirmar que a ausência de planejamento se faz sentir claramente. Expandiram-se vagas sem nenhuma preocupação, quer com a qualidade de ensino quer com a dosagem da expansão da demanda de profissionais pelo mundo do trabalho. A resultante é um grande número de cursos deficientes e invadidos por mantenedores, não raro, desprovidos de vocação para educar. (2008, p. 45).

No Estado do Rio de Janeiro, constata-se que o aumento, principalmente, quanto à natureza jurídica, ocorreu no número de IES de ordem privada. As IES públicas cresceram 150% em relação ao seu próprio número, em um período de 65 anos. Eram duas faculdades em 1945 e cinco em 2011. Já as IES particulares cresceram 1500% em 25 anos, em relação ao seu próprio número, pois havia uma faculdade em 1985 e quinze no ano de 2010 (Sistema e-MEC, 2011).

Quadro 1 – Instituições de Ensino Superior com curso de Farmácia no Estado do Rio de Janeiro, apresentando Sigla, Ano de licença inicial para funcionamento e Natureza jurídica.

Instituição	Sigla	Ano de licença inicial para funcionamento	Natureza jurídica
Universidade Federal do Rio de Janeiro	UFRJ	1945	*Pública
Universidade Federal Fluminense	UFF	1945	*Pública
Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy	UNIGRANRIO	1985	Privada
Universidade Estácio de Sá	UNESO	1997	Privada
Universidade Iguazu	UNIG	1997	Privada
Centro Universitário de Barra Mansa	UBM	1998	Privada
Universidade Severino Sombra	USS	1998	Privada
Faculdade Bezerra de Araújo	FABA	1998	Privada
Centro Universitário Augusto Motta	UNISUAM	2000	Privada
Universidade Gama Filho	UGF	2001	Privada
Faculdade de Medicina de Campos	FMC	2002	Privada
Universidade Salgado de Oliveira	UNIVERSO	2002	Privada
Centro Universitário Plínio Leite	UNIPLI	2002	Privada
Centro Universitário Celso Lisboa	CEUCEL	2004	Privada
Centro Universitário Serra dos Órgãos	FESO	2006	Privada
Universidade da Associação Brasileira Ensino Universitário	UNIABEU	2008	Privada
Universidade Estadual da Zona Oeste do Rio de Janeiro	UEZO	2010	*Pública
Fundação São José - Itaperuna	FSJ	2010	Privada
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro	UFRRJ	2010	*Pública

Fonte: INEP Índice Geral de Cursos e Sistema e-MEC 2011, adaptada pela autora

No total, há vinte IES, como observado no Quadro 1, que oferecem o curso de farmácia, sendo quinze privadas e cinco públicas. Em termos percentuais, há 75% de faculdades de farmácia em IES particulares e 25% em IES públicas. Cada IES pode apresentar mais de um estabelecimento oferecendo o curso de farmácia, o que eleva para 37 o número total de cursos oferecidos no Estado do Rio de Janeiro, segundo o Sistema e-MEC 2011.

Este tema adquire espaço importante nos debates e publicações. O Conselho Regional de São Paulo, em 2013, publicou “Estudo de Matrizes Curriculares dos Cursos de Farmácia do Estado de São Paulo”, que apresentou o número de 72 IES com cursos de graduação em Farmácia, tendo o seguinte perfil: 91% alocados em IES de origem privada e 9% em IES públicas. Já Grandi (2011), no Rio Grande do Sul, concluiu que, de 1996 a 2009 (intervalo de 13 anos, portanto), o número de cursos de Farmácia passou de 6 para 20, sendo 15% em instituições públicas e 85% privadas.

AS DIRETRIZES CURRICULARES

No que se refere à formação, todas as propostas dos cursos da área da saúde no Brasil tiveram de passar por reformulação, atendendo à Lei de Diretrizes e Bases de 1996 que extinguiu os chamados “currículos mínimos” de graduação, substituídos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A dificuldade no desenvolvimento do trabalho na área da saúde pode estar relacionada ao perfil dos egressos que, por longo tempo, tiveram uma formação voltada para o uso predominante das tecnologias e de procedimentos de alto custo, deixando em segundo plano as abordagens quanto a ética, humanização e acolhimento. Par-

te das transformações ocorridas nos currículos na área da saúde é considerada através de determinações legais que ocorreram pela implantação das DCN. Outra parte está na concretização da implantação e seu convívio com a realidade. A todo instante, estão presentes momentos de tensão, dúvidas, embates e processos culturais diferenciados (ALBUQUERQUE, 2009).

A publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (DCNF), aprovadas em fevereiro de 2002, foi um importante marco histórico para a profissão, ao determinar a mudança na formação do egresso que possuía um caráter fortemente tecnicista. Pelas DCNF de 2002, o perfil do formando egresso/profissional farmacêutico foi definido com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, devendo apresentar habilidades e competências necessárias à formação do farmacêutico como atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e a educação permanente (BRASIL, 2002). Acompanhar o processo de mudança na formação, através da percepção de profissionais atuantes é uma forma de fazer aproximar a realização do trabalho das instituições de formação.

Aliado a este processo, há um dado relevante que foi a aprovação, em dezembro de 2010, por meio da Portaria nº 4283, pelo Ministério da Saúde, das diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Adotou-se a partir daí o conceito de Farmácia Hospitalar como sendo:

[...] unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida

exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente. Dentre as diretrizes está o desenvolvimento de ações inseridas na atenção integral à saúde (BRASIL, 2010).

Daí surge a pergunta: como estão sendo formados os egressos, hoje, para atuarem na área de farmácia hospitalar pelas Instituições de Ensino Superior no Estado do Rio de Janeiro?

METODOLOGIA

Esta pesquisa adotou metodologia com abordagem qualitativa em dois momentos: análise documental sobre material disponível das IES na *internet* e realização de entrevistas semiestruturadas aplicadas a seis farmacêuticos pertencentes à diretoria da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH) – Rio de Janeiro.

A análise documental foi feita por meio de pesquisa da carga horária total do curso, dos projetos pedagógicos, disciplina e carga horária de farmácia hospitalar e das ementas disponíveis para a disciplina de Farmácia Hospitalar. Este material foi obtido através de disponibilização, via *internet*, no *site* de cada IES. O ponto de partida foi a página principal do Ministério da Educação e Cultura (MEC), em seu sistema e-MEC. O olhar sobre o conteúdo encontrado nos documentos foi preferencialmente qualitativo.

A aproximação da área de formação com o campo de trabalho foi uma preocupação presente e culminou na realização das entrevistas semiestruturadas com profissionais farmacêuticos participantes da diretoria da SBRAFH, regional Rio de Janeiro. O tipo de amostragem foi não probabilístico, uma amostra por conveniência que é utilizada em estudos exploratórios ou qualitativos (GIL, 1999).

A realização das entrevistas ocorreu no período de junho a julho de 2011, em locais pré-agendados com os entrevistados. Imediatamente após esta etapa, deu-se sequência ao procedimento de transcrição do material gravado. Para manter a confidencialidade dos entrevistados, foram utilizadas letras do alfabeto grego (Alfa, Beta, Gama, Delta, Épsilon, Ômega) para suas designações. Os profissionais farmacêuticos tiveram a liberdade de participar ou não da pesquisa. Estes também puderam se negar a responder a qualquer pergunta específica ou decidir, em qualquer momento, não mais participar da pesquisa dando por encerrada sua participação. Também foi garantida a confidencialidade do conteúdo das respostas, ou seja, não houve identificação em qualquer momento da divulgação dos resultados da pesquisa.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP), sob o protocolo de nº 323/10, em 16 de novembro de 2010, e aprovado para realização em 17 de dezembro de 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PRIMEIRO MOMENTO: A ANÁLISE DOCUMENTAL

Os itens analisados são descritos a seguir:

Carga horária: das vinte IES do Estado do Rio de Janeiro, quinze disponibilizaram esta informação. A menor carga horária total apresentada foi de 4.000 horas, enquanto a maior apresentou 5.420 horas. Foi observada uma diferença de carga horária de 1.420 horas.

Segundo a Resolução nº 4, do Ministério da Educação (MEC), de 7 de abril de 2009, que dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação na área de saúde, a carga horária mínima para os cursos de graduação em farmácia é de 4.000 horas (cada hora-aula com 60 minutos), bem como sua duração é de cinco anos prevista para entrar em vigor no ano de 2010 (BRASIL, 2009). Observa-se, então, que a resolução foi um passo importante para a equiparação dos cursos, no que se refere à carga horária total. Novos estudos devem ser realizados para o acompanhamento do cumprimento, tanto qualitativo quanto quantitativo, deste dado.

Contrapõe-se aqui a conclusão imediata de Pessoa (2010) que alega uma modificação nos cursos após a implantação das DCN 2002 de Farmácia demonstrando, assim, um perfil humanista. Considera-se relevante a caracterização da pesquisa qualitativa para um aprofundamento maior dos dados com posterior conclusão mais abrangente e embasada.

Outra questão que parece pertinente se refere à diferença da carga horária total do curso de Farmácia, entre as IES, que chegou a 1.420 horas, o que representa 35,5%. Questiona-se se

podemos afirmar que um aluno sairá mais qualificado por ter cursado em uma instituição com uma carga horária maior. No que se refere à natureza jurídica da instituição, a IES com maior carga horária pertence a uma instituição pública e aquela com menor carga horária a uma instituição privada. Qual seria a relação entre os dois dados? Será que este é apenas um dado casual?

A partir de 2013 foi elaborada pela Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico e Bioquímico (Abenfarbio) uma pesquisa comparativa do ensino farmacêutico brasileiro e mundial. Os resultados deste estudo, quando comparados com a Europa e a América do Norte, mostram uma defasagem da carga horária mínima na formação farmacêutica que garanta uma formação de qualidade e seja capaz de responder aos anseios tecnológicos do país (OLIVEIRA, 2013).

Comparamos os dados aqui expostos com os de Pessoa (2010) quando informa que grande parte dos cursos de Farmácia da Região Nordeste tem entre 4001 a 4500 horas, atendendo à regulamentação vigente. A carga horária média dos cursos de Farmácia oferecidos nesta região é de 4.480,3 horas, com valores de carga horária que variam de 3.860 horas, em uma IES privada no Estado da Bahia, abaixo, portanto, do valor mínimo definido pela Resolução nº 4/2009, a 5355 horas, na Universidade Federal do Maranhão. Assim, é possível observar uma não adequação à legislação vigente.

Já quanto ao **projeto pedagógico**, das vinte instituições observadas, apenas cinco o disponibilizaram, sendo estes bastante extensos e elaborados. Todas produziram versões recentes que datam dos anos de 2007 a 2011. Possuem, de modo geral, apresentação do curso de farmácia, contextualização, justificativa, objetivos, perfil do egresso, organização curricular, sistema

de avaliação, descrição das instalações físicas e laboratórios, seção de informática, ementas e referencial bibliográfico. Cabe salientar a observação da semelhança entre eles que, se, por um lado, é justificada por tratarem do mesmo objeto, por outro lado, pode sugerir a reprodução do material.

A disciplina e carga horária de Farmácia Hospitalar— esta disciplina foi encontrada em dezessete IES. Em quatro instituições, não foi possível obter esta informação. A carga horária da disciplina de Farmácia Hospitalar foi apresentada somente em 14 das 20 instituições pesquisadas, variando entre 30 e 80 horas, podendo-se chegar a uma média de carga horária de 51 horas. Poderia ser classificada esta carga horária como razoável? Ideal? Ou simplesmente satisfatória? É importante especificar que esta pesquisa se destinou somente à disciplina teórica. Não foi possível obter a carga horária destinada às aulas práticas.

Localização da disciplina Farmácia Hospitalar na grade curricular— pôde-se encontrar a disciplina Farmácia Hospitalar em dezesseis das vinte instituições pesquisadas, sendo localizada a partir do quarto período até o décimo. Percebe-se uma possibilidade bem ampla de disponibilização da disciplina nas estruturas curriculares.

Ementa— das 20 instituições, 7 apresentaram a ementa da disciplina. Foram encontradas ementas bastante completas, destacando os diversos temas da Farmácia Hospitalar assim como a presença de ementas originalmente sucintas. Os pontos abrangentes foram: o hospital, a logística, a farmacovigilância, a comissão de infecção hospitalar, dentre outros. Observou-se uma repetição de expressões nas ementas, o que foi sugestivo de simples reprodução de um material pronto, utilizado com poucas modificações por outras instituições.

Recorreu-se e incorporou-se os questionamentos abordados por Grandi (2009) sugerindo os seguintes pontos para debate: as IES de farmácia apresentam conteúdos heterogêneos, projetos de cursos diferenciados e, em contrapartida, há um diploma de idêntica validade nacional. O autor finaliza indagando como é possível avaliar as habilidades e competências em meio a estas divergências.

SEGUNDO MOMENTO—AS ENTREVISTAS

Com relação ao perfil dos entrevistados, na perspectiva da confirmação da opção de seleção dos informantes-chaves, passa-se a descrevê-los. Os entrevistados atenderam às expectativas estabelecidas em sua seleção: são profissionais comprometidos com a profissão, atuantes no mercado de trabalho atual, que mantêm contato com estudantes e, principalmente, que “vivem” intensamente as atividades desenvolvidas nas diversas instituições onde trabalham. Dos entrevistados, em um número total de 6, foram encontrados 3 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Isto é, houve uma abrangência uniforme entre os sexos. Quanto ao ano do término da graduação, os entrevistados terminaram seus cursos de graduação entre os anos de 1990 e 2004, observando-se a diversidade no tempo de atuação profissional dos entrevistados. Durante as entrevistas, obteve-se relato de profissional com vasta experiência, possuindo mais de vinte anos de formado e também relato de entrevistado com sete anos de formação.

Dos seis entrevistados, cinco trabalhavam em instituições públicas e um trabalhava em instituição privada. Quanto à titulação, três deles possuíam mestrado, um doutorado e dois

possuíam especialização. Na ocasião da pesquisa, todos atuavam como docentes em cursos de pós-graduação e alguns entrevistados já tinham tido experiência ministrando aulas em cursos de graduação. Todos eles mantinham contato com alunos de farmácia de diversas IES e também com profissionais recém-formados.

Quanto à área de atuação na Farmácia Hospitalar, foram citados os mais diversos campos, tais como, Farmácia Clínica, Logística, Aquisição, Quimioterapia, Comissão de Suporte Nutricional, Comissão de Infecção Hospitalar, Oncologia, Coordenação de Cursos, Gestão, entre outros, o que demonstra a inserção dos profissionais em muitos campos de ação. Observa-se um envolvimento muito grande por parte de todos os entrevistados a partir do tema discutido. A frase identificada na fala dos entrevistados que mais salienta este envolvimento e que foi dita por dois deles foi: “Eu amo a Farmácia Hospitalar”.

O estudo sobre a totalidade das entrevistas realizadas apontou para a obtenção de quatro categorias temáticas: percepção do entrevistado sobre o ensino de farmácia hospitalar; percepção quanto às IES seguirem as DCNF 2002; percepção quanto às disciplinas discutirem as diretrizes do SUS; e sugestões feitas.

PERCEPÇÃO DO ENTREVISTADO QUANTO AO ENSINO DE FARMÁCIA HOSPITALAR

O tema foi abordado com o seguinte questionamento: qual a sua percepção sobre o ensino de Farmácia Hospitalar nas IES do Estado do Rio de Janeiro? Houve uma diversidade de respostas, porém, vale ressaltar que todos os entrevistados apontaram problemas percebidos na condução desta disciplina.

Um dos entrevistados, Alfa, trouxe a seguinte explanação:

Em relação ao curso de graduação, acho que eles [os alunos] saem com uma visão muito geral do que seria a Farmácia Hospitalar. Veem algo sobre sistema de distribuição, mas não aprendem Farmácia Clínica. Só aprendem coisas gerenciais, eu não vejo nenhum curso que aborde os temas relacionados à atuação do farmacêutico em clínica, interagindo com os médicos, com os enfermeiros. Eu não vejo isto.

Quando se confronta as palavras do entrevistado Alfa com as afirmações de Koifman e Saippa-Oliveira (2006, p. 115) no tocante à produção de conhecimento, os autores defendem a articulação entre os profissionais que compõem a equipe de saúde e a visão destes com a “organização das diversas redes de produção e gestão do cuidado”. Observou-se, de acordo com o relato de Alfa, que esta articulação entre profissionais não está sendo trabalhada.

A preocupação com o ensino atual nas IES também está nas palavras de Épsilon, referindo-se aos estagiários que recebe na instituição onde desenvolve seu trabalho, quando diz:

Isto é um déficit que hoje a faculdade não dá, e aí o aluno sai da graduação sem saber; só que para ele ir para a prática, para ele ir para o mercado, ele precisa disso. Hoje eu exijo que ele [estagiário do Serviço de Farmácia] tenha uma pós-graduação. Por

que ele vai ver isto, infelizmente hoje ele vai buscar isso na pós-graduação para ele ver coisas que ele devia ter visto na graduação. A pós-graduação hoje sobrevive das falhas da graduação.

Pode-se analisar as questões levantadas por Alfa e Épsilon sob duas perspectivas: na primeira, reflete-se sobre a ideia de a formação generalista ser apresentada como deficiente, por ser geral e superficial, de modo que o profissional não sairia em condições de ingressar no mercado de trabalho, sendo obrigado a cursar uma especialização para o seu aprimoramento, o que caracteriza a falta de terminalidade do curso de graduação; na segunda perspectiva, cogita-se a interpretação sobre a continuidade na aquisição de conhecimentos, que é um caminho coerente com as DCNE, já que o término da graduação implica em continuidade de aquisição de conhecimentos. Esta segunda perspectiva pode ser considerada muito frágil, pois, quando finaliza o curso de graduação em Farmácia, o egresso é considerado apto a atuar em uma Farmácia Hospitalar, não sendo cobrado nenhum outro complemento adicional para a sua atuação profissional.

Sobre o mesmo tema, ainda surge outra questão: a quem interessa um profissional com uma formação insuficiente, fazendo com que o mesmo continue a investir nesta formação? A percepção do entrevistado Beta reforça o pensamento dos entrevistados Alfa e Épsilon, no que se refere à deficiência na formação, considerando esta desconexa da realidade vivenciada pelos serviços de farmácia dos hospitais atuais, quando diz:

Minha percepção é que ela está completamente descontextualizada do que hoje nós fazemos em Farmácia Hospitalar [...] então, eu acho que o ensino da graduação é totalmente desconexo com a realidade dos hospitais ou com o alvo dos hospitais, o que eu imagino que seja nos próximos anos. Eu acho que a graduação é totalmente desconexa, os conceitos, a eventual prática, totalmente desconexa.

Aliando a produção de Heckler e Oliveira (2008, p. 108) sobre o sistema hegemônico de atendimento à saúde atual, que sugere a necessidade de mudanças que incorporem a “revalorização da prática clínica e o desenvolvimento de novos paradigmas gerenciais”, nas palavras do entrevistado Gama, observa-se que o desejo de mudança parece ocorrer no meio profissional como resultado das reflexões que decorrem nos encontros dos professores de farmácia hospitalar. Gama salienta sua percepção quanto à mudança paradigmática no sentido de lecionar a disciplina:

Atualmente, acho que está mudando muito a disciplina de Farmácia Hospitalar porque é o que é eu tenho acompanhado, né? [...] pode assim dizer especificamente que no Rio de Janeiro a maioria das universidades ainda não tem hospital escola, mas a gente já percebe um desejo dos profissionais envolvidos no sentido de mudar e lecionar [...] O ensino que vai dar este subsídio para o profissio-

nal que vai atuar na Farmácia Hospitalar, mas é um caminho que está sendo trilhado, mas eu vejo mudanças acontecendo ao longo do tempo.

Vale ressaltar também que, neste tópico, a discussão pode abranger a questão do currículo dos cursos de Farmácia. A partir de algumas reflexões, delinea-se um aspecto marcante que foi identificado nas entrevistas. Os profissionais que lecionam nas disciplinas de Farmácia Hospitalar e que participam deste movimento de mudanças vivenciaram, em sua formação, uma experiência do currículo anterior no qual a concepção tecnicista era imperante e pautada em abordagens tradicionais. Com a modificação no ensino farmacêutico pautado, a partir de 2002, pelas DCNF, em uma visão generalista, estes profissionais abraçam a proposta da mudança e tentam lecionar com inovação, como preconizado, produzindo modificações dentro das IES.

Apoia-se aqui em Pinheiro *et al.* (2006), quando se referem ao Sistema Único de Saúde que vislumbrou a criação de um sistema integrado assistencial à saúde garantido pelo Estado. O SUS foi criado tendo como base os princípios da Reforma Sanitária. O pensamento vigente estava focado em uma reorganização nos serviços de saúde assim como na gestão setorial e também em modificações nas instituições de ensino, imaginando um comprometimento dos profissionais de saúde com conceitos de competências políticas, científicas, éticas e humanistas. Neste ponto, identifica-se aproximações com o pensamento do entrevistado Gama, quando descreve que o foco permanece nas mudanças que devem ocorrer na formação com reflexos também nas atividades profissionais dos farmacêuticos e demais profissionais da saúde.

A questão da deficiência do ensino da disciplina de Farmácia Hospitalar também foi salientada pelo entrevistado Delta:

É, eu posso dizer mais aqui pelo Rio de Janeiro, que é aonde eu conheço mais, tenho mais contato com os colegas. Obviamente você vê algumas iniciativas bem interessantes, mais pontuais a algumas instituições, inclusive particulares, que, por incrível que pareça, tiveram um desenvolvimento muito maior comparado às públicas. Então, você imaginar que de dentro de um hospital universitário, deveriam estar saindo dali profissionais com um nível de conhecimento e até mesmo de prática mais refinado, você não vê isso.

Para Gomes e Reis (2003), a atuação da farmácia hospitalar se preocupa com os resultados da assistência prestada ao paciente e não apenas com a provisão de produtos e serviços. O foco da atenção deve estar no paciente e nas suas necessidades e no medicamento como instrumento. Tal reflexão auxilia no entendimento das palavras do entrevistado Ômega, que ressalta a deficiência da formação para o mercado exigente de um profissional mais adaptado às novas demandas impulsionadas pelos movimentos de acreditação das instituições hospitalares:

[...] o mercado hoje exige uma outra forma de trabalhar que a universidade ainda não está acompanhando. O foco ainda é muito no produto, no medicamento. O mercado hoje tem uma relação mais no paciente, mais diretamente com pessoas e não só o produto.

Assim, sintetizando o que foi exposto pelos seis entrevistados, chega-se a alguns pontos sobre a formação na área de Farmácia Hospitalar que podem ser considerados críticos, tais como: ensino com uma visão muito geral, sem conhecimento de detalhes, falta de contextualização com a atividade de mercado, distanciamento da disciplina teórica com a atuação prática e insuficiência na formação para o mercado. Como ponto em comum entre todos os entrevistados, foi descrita uma defasagem na formação por parte da instituição, do curso ou da própria disciplina de Farmácia Hospitalar.

PERCEPÇÃO DO ENTREVISTADO SOBRE AS IES SEGUIREM AS DCNF

A análise da categoria seguinte trata da percepção do entrevistado quanto às IES seguirem as DCNF 2002. Através da Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES) 02/02, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Farmácia, o que trouxe a tentativa de implantação de uma mudança no perfil do curso refletida no profissional a ser formado (FURTADO, 2008).

De 2002, data da instituição das DCNF, até 2011, data em que foi feita a pesquisa, passaram-se onze anos. A análise das respostas levou aos seguintes resultados: dois entrevistados concordaram que as IES estão seguindo as DCNF e, para isto, argumentaram da seguinte forma: entrevistado Alfa – “Eu acho que seguem dentro da sua carga horária e dentro dos tópicos que elas têm que abranger da disciplina”; e entrevistado Ômega – “Eu acho que elas (as IES) seguem (as DCNF) quando, por exemplo, se preocupam em criar convênios com hospitais [...]”.

Outros dois entrevistados assumiram não saber precisar os resultados das mudanças que foram instituídas por força das DCNF 2002. As palavras do entrevistado Beta retratam este perfil: “Não tenho como te precisar. Acho que isso não tem sido uma realidade completa, não me parece que tenha sido uma realidade completa”. O mesmo pode ser observado nas palavras do entrevistado Delta:

Eu, sinceramente, não saberia dizer com precisão essa informação, pois, apesar de ser de 2002, principalmente as universidades públicas foram as últimas a absorver essa mudança curricular. Numa avaliação para dizer se realmente mudou alguma coisa eu acredito que a gente vai ter que aguardar um pouco mais.

Seguindo a análise das entrevistas, um dos entrevistados julgou que há um ritmo de transformação para atender as DCNF, o entrevistado Gama: “Acho que as coisas estão mudando, caminhando exatamente para atender as DCNF”.

Leite *et al.*(2008), ao participarem do I Fórum de Educação Farmacêutica, apontaram como um importante marco para a história da profissão farmacêutica, as DCNF, que determinam que a formação do farmacêutico deva ter como foco a preparação para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), articulado ao contexto social, participando e contribuindo para o desenvolvimento da sociedade. Muitas dificuldades foram constatadas na sua interpretação e aplicação e estes também podem ser considerados fatores relevantes em toda a área do ensino farmacêutico, incluindo o ensino de farmácia hospitalar.

Em outro extremo, um dos entrevistados, Épsilon, acredita que as IES não seguem as DCNF, pois não vê a realidade do trabalho em equipe ser debatida na formação, trabalho preconizado pela DCNF.

Na proposta das DCNF, está presente o estímulo à ação multiprofissional com possibilidade de diversificação do modelo de ensino/aprendizagem favorecendo, assim, o encontro entre os profissionais de saúde, objetivando o bem-estar do paciente. As palavras de Épsilon, quando perguntado se as IES seguem as DCNF de 2002, foram: “Não. A nova resolução, nova não, de 2002, a nova entre aspas, prevê o trabalho em equipe nas disciplinas. Acho que isto não é uma realidade nas disciplinas. É uma coisa que dificulta muito”.

PERCEPÇÃO DO ENTREVISTADO QUANTO ÀS DISCIPLINAS DISCUTIREM AS DIRETRIZES DO SUS

Na análise desta categoria, foi incluído o debate sobre a discussão das diretrizes do SUS estarem inseridas ou não na disciplina de Farmácia Hospitalar. Houve unanimidade de que o tema diretrizes do SUS deveria ser abordado na disciplina. Alguns entrevistados apresentaram este ponto de vista muito claramente, dizendo que as diretrizes do SUS devem ser abordadas na disciplina de Farmácia Hospitalar já outros defenderam que a discussão do tema não deveria ocorrer somente dentro da disciplina, mas, também, de forma ampla, abrangendo a discussão de gestão e políticas públicas ou de Saúde Coletiva, como se pode observar nas palavras de Alfa:

Acho que também deve ser abordado dentro da disciplina, mas esse tema merece um tratamento especial de saúde coletiva porque acho que tem um contexto histórico muito grande que acho que é a grande deficiência das pessoas é entender que o SUS não nasceu de uma hora para outra. É entender que ele ainda tá sendo construído.

Fernandes *et al.* (2008) fazem uma observação importante quanto ao ensino em Farmácia nas IES, que é a busca pelo equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social deste profissional, preparando, assim, o estudante para atuar na atenção à saúde e inserindo-o no SUS. O pensamento de confirmação da presença do debate sobre o SUS na disciplina também está nas palavras de Gama: “Ah sim! Não tem como não falar das diretrizes do SUS, de universalidade, de equidade [...] enfim, de tudo o que o SUS preconiza para a gente... Não tem como não falar”.

O mesmo tema é abordado por Ômega, aliando a Farmácia Hospitalar ao SUS e à política de medicamentos, quando traz para a sua fala:

As diretrizes do SUS dentro da farmácia, claro! O medicamento é hoje uma das principais ferramentas do sistema. Então, eu acho, não tem como discutir SUS, hoje, sem discutir política de medicamento ou vice-versa não tem como falar em política de medicamento sem falar de SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino de Farmácia Hospitalar apresenta cenários de ampliação, porém, aponta para uma formação insuficiente em função das novas exigências e demandas das DCN e do cenário de saúde brasileiro. Esta constatação reforça as palavras de Oliveira (2013) quando se refere ao ensino dos cursos de graduação em Farmácia dizendo que “o problema da graduação em Farmácia, no Brasil, não é quantitativo e, sim, qualitativo”.

Considera-se que a opção por realizar entrevistas com profissionais da SBRAFH, através da metodologia de pesquisa qualitativa, significou um fato positivo, pois foi possível relacionar o campo que envolve as instituições de formação com a produção do cuidado. As propostas apresentadas pelos profissionais entrevistados podem ser fontes de reflexão para as instituições de ensino e demais profissionais da área de saúde que estejam envolvidos direta ou indiretamente com o SUS.

Embora se considere que as opiniões desses profissionais não possam ser generalizadas de forma absoluta, entende-se que são parte importante das reflexões que podem gerar mudanças de impacto para o campo da formação em saúde em geral e da formação em Farmácia Hospitalar, especificamente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 2**, de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 9.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4**, de 6 de abril de 2009. Carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília, Diário Oficial da União, 7 abr. 2009, Seção 1, p. 27. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4283**, de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Brasília, Diário Oficial da União, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 94 Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_MS_4283_30_12_2010.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Comissão Assessora de Educação Farmacêutica. **Estudo de matrizes curriculares dos cursos de Farmácia do Estado de São Paulo**. p.13. 2013.

FERNANDES, Z. C. *et al.* **Os desafios da Educação Farmacêutica no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/enzimo/arquivos/arq0009.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

FURTADO, V. S. **Análise do processo de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia no Estado do Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, M. J. V. de M.; REIS, A. M. M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2003.

GRANDI, T. **Educação farmacêutica no contexto da reforma curricular**. Comissão de Ensino Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul. Santa Maria, jun. 2009. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/farmacia/bibliografia/palestra_educacao_farmacaceutica.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

GURGEL, C. **A gerência do pensamento**. São Paulo: Cortez, 2003.

GURGEL, C. A educação entre o valor e a mercadoria. **Revista Universidade e Sociedade**, n. 39, p. 17-27, 2007.

HECKLER, A. P. M.; OLIVEIRA, F. A. Há espaço para integralidade na assistência farmacêutica? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2008.

INSTITUTO NACIONAL de ESTUDOS e PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Índice Geral de Cursos. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/indice-geral-de-cursos>>. Acesso em: 28 out. 2010.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção de conhecimento e saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p. 97-111.

LEITE, S. *et al.* I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 461-462, abr./jun.2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1801/180114105025.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

OLIVEIRA, G. A. O que é o novo modelo de ensino. **Pharmácia Brasileira**, n. 87, p. 29-35. jan./fev./mar. 2013. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/139/revista_web_\(1\).pdf](http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/139/revista_web_(1).pdf)>. Acesso em: 20 out. 2013.

PESSOA, D. L. R. Perfil dos cursos de graduação em farmácia do nordeste brasileiro. **Enciclopédia Biosfera**. v. 6, n. 11, p. 1-11, 2010. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010c/perfil%20dos%20cursos.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

PINHEIRO, R. *et al.* Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p. 229-250.

REDEOBSERVARH. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação de Trabalho IMS/UERJ. **Indicadores das Graduações em saúde**. 2013. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/4_7_2013__0_Farmacia.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2013.

SISTEMA E-MEC 2011. **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 28 out. 2011.

CAPÍTULO 16

O OLHAR DO ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO SOBRE O CICLO DE DISCUSSÃO DE PROBLEMAS COMO ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

Darcy Mayra Furtado Gondin

Liana Maria Carvalho Braid

Gilmara de Melo Santana

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Flávio Lúcio Pontes Ibiapina

Christina Cesar Praça Brasil

INTRODUÇÃO

A ciência vem, ao longo do tempo, influenciando a sociedade de diferentes formas e em contextos sociopolíticos diversificados. O conhecimento tornou-se uma grande força produtiva da sociedade, haja vista a necessidade que vai além de saber utilizar o conhecimento existente para desenvolver novos conhecimentos visando à resolução de problemas complexos para o enfrentamento de um mundo em constante mudança.

Behrens, Alcântara e Gomes (1999) põem em discussão a influência da ciência nas mudanças paradigmáticas vividas pela sociedade, especificamente nas universidades que são chamadas

a refletir acerca das reais necessidades que os educandos enfrentarão em diferentes profissões.

A influência da sociedade da informação, o avanço das novas tecnologias e a urgência de um mundo globalizado, este percebido como espaço dinâmico de relações em rede e de transformações, como ressaltam Mitre *et al.* (2008), dão um novo significado à formação de pessoas e aos papéis sociais que identificam os espaços para cada profissional/profissão, situando, assim, a necessidade de o educando estar preparado para estas transformações (BEHRENS; ALCÂNTARA; GOMES, 1999; MITRE *et al.*, 2008; GORBANEFF, 2010).

Outra questão provocada pelas mudanças paradigmáticas deste século diz respeito à pressuposição da necessidade de um espaço de formação que dê condição ao sujeito aprendente de ser o ator principal do seu processo de formação com vistas à autonomia. Neste sentido, Soares (2013) defende ser necessário haver novas estratégias de ensino que possibilitem o desenvolvimento da autonomia, da criatividade e de uma postura mais proativa dos estudantes universitários, fazendo com que eles aprendam a ser mais críticos, analíticos, criativos, busquem respostas para as diferentes situações que se configuram e saibam agir para enfrentá-las. Um desafio, portanto, se apresenta em espaços de formação no Século XXI: como desenvolver uma autonomia que parta de uma construção individual, mas que também seja produzida, como afirmam Mitre *et al.* (2008, p. 2.134), “[...] em íntima coalizão com o coletivo”?

Seguindo essa linha, Behrens, Alcântara e Gomes (1999) acreditam na utilização da interação entre comunicação, colaboração e criatividade. Mitre *et al.* (2008), por sua vez, propõem uma educação que desencadeie uma visão do todo, a

interdependência dos fenômenos complexos, a visão transdisciplinar e, para tanto, uma busca pela mudança metodológica nos processos de ensino e aprendizagem, ultrapassando aquelas centradas no saber docente (ensino) e alcançando uma prática pedagógica com métodos inovadores.

Neste universo, segundo Behrens, Alcântara e Gomes (1999), o aluno deverá ser iniciado como investigador para resolver problemas concretos que ocorrem no cotidiano de suas vidas. A aprendizagem precisa ser significativa, desafiadora, problematizadora e instigante, a ponto de mobilizar o aluno e o grupo a buscarem soluções possíveis para serem discutidas e concretizadas à luz de referenciais teóricos e práticos.

O ensino superior na área de saúde tem enfrentado uma série de desafios oriundos das demandas sociais, científicas, técnicas e mercadológicas exigindo, para além do conhecimento, habilidades e atitudes que favoreçam a resolubilidade dos problemas e a melhoria das condições de saúde da população.

Desde 2001, o Conselho Nacional de Educação, órgão vinculado ao Ministério da Educação do Brasil, lançou mão de políticas por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação que foram elaboradas e publicadas em momentos distintos, de acordo com a área do conhecimento. Nesse processo, Pareceres e Resoluções foram publicados, visando a atender às especificidades de todas as profissões.

As orientações gerais para as DCN dos cursos de graduação foram apresentadas por meio do Parecer CNE/CES 776/97 que se baseia em princípios que “visam assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos alunos de graduação” (BRASIL, 2001a, p.1). Dentre os princípios apontados no Parecer, estão os seguintes:

5) Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno

[...]

7) Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão (BRASIL, 2001a, p. 2).

Em ambos, observa-se a importância da pesquisa no contexto da construção do conhecimento.

Entre 2001 e 2006, as DCN de todos os cursos da saúde foram aprovadas e publicadas tendo como premissa a articulação entre as DCN com o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta integração entre a Educação Superior e a Saúde viabiliza a capacitação de profissionais voltada para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, atendendo ao perfil de formação contemporânea e que atenda aos referenciais nacionais e internacionais de qualidade. Neste contexto, o objetivo das Diretrizes Curriculares consiste em:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do aten-

dimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001b, p. 4).

Ao destacar a importância da pesquisa para a construção do conhecimento, verifica-se, explicitamente e nas entrelinhas dos documentos que respaldam o ensino superior no Brasil, a importância desta atividade para o alcance de alguns princípios e diretrizes propostos pelos normativos, uma vez que pesquisar remete a: ter mais autonomia, aprender a aprender, aprender a fazer, ou seja, desenvolver competências.

Para Soares (2013), a pesquisa como eixo do processo formativo na universidade é vista como uma prática voltada para os estudantes e tem o objetivo de desenvolver o espírito crítico e a autonomia dos futuros profissionais. Respalda-se na problematização, no questionamento e na criatividade, promovendo o envolvimento dos alunos em uma gama de atividades de investigação, na busca de responder dúvidas emergentes e resolver situações evidenciadas a partir de um contexto apresentado. Assim, a pesquisa associada ao ensino contribui para o processo de aprender a aprender, aprender a compreender e intervir na realidade, coadunando-se com o que preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação (BRASIL, 2001b).

Na Universidade de Fortaleza, o Centro de Ciências da Saúde (CCS) é composto por 12 cursos de graduação, dos quais 10 são na modalidade Bacharelado (Educação Física, Enfermagem, Fonoaudiologia, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional); 1 em Licenciatura (Educação Física); e 1 em Graduação Tecnológica (Estética e Cosmética). Todos eles funcionam devida-

mente respaldados pelas políticas nacionais que versam sobre o ensino superior no Brasil e a formação dos profissionais da área da saúde. Os fluxogramas são revisados e atualizados à medida que as demandas de saúde apontam para isto e, nos últimos anos, com a implantação dos currículos integrados, as atividades de pesquisa vêm ocupando um lugar de destaque ao lado das metodologias ativas de ensino.

Em 2012, ocorreu a implantação de uma mudança curricular com inovação no desenho de currículo, passando este a ter um desenho integrado e por competências nos cursos Educação Física, Enfermagem, Fonoaudiologia, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional – Medicina já apresentava, neste período, o currículo integrado e a Psicologia foi incorporada ao CCS em 2013 com um desenho curricular integrado. Neste cenário, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) foi identificada como um princípio a ser considerado para a construção do conhecimento que fosse adequado ao desenho de currículo ora implantado.

Segundo Güllich (2007) e Buírem e Nakajima (2003), um contexto formativo que utiliza a problematização desenvolve uma prática de aprendizagem por meio da pesquisa. Güllich (2007) enfatiza que, uma vez aprendido o caminho da pesquisa, este poderá ser adaptado a diferentes contextos/situações de aprendizagem e áreas do conhecimento.

A ABP se apresenta em diferentes formatos unidos pela *“convicción de los profesores que el aprendizaje inicia cando los alumnos sientem la necesidad de resolver un problema”* (GORBANEFF, 2010, p. 62). Tradicionalmente e principalmente nas escolas de formação médica, os currículos que assumem a ABP utilizam como estratégia metodológica o Grupo Tutorial (GT).

Concebido na Universidade de Maastricht, na Holanda, o GT apresenta uma estrutura de procedimentos, ou seja, é desenvolvido, segundo Freitas *et al.*, em sete etapas ou passos:

Passo 1 – Esclarecer termos e expressões no texto do Problema; Passo 2 – Definir o problema; Passo 3 – Analisar o problema; Passo 4 – Sistematizar análise e hipóteses de explicação, ou solução, do problema; Passo 5 – Formular objetivos de aprendizagem; Passo 6 – Identificar fontes de informação e adquirir novos conhecimentos individualmente; Passo 7 – Sintetizar conhecimentos e revisar hipóteses iniciais para o problema. (2009, p. 165).

A aprendizagem desenvolvida a partir da problematização utiliza situações que põem os educandos em situação de curiosidade para investigar e, neste processo, necessitam buscar as fontes necessárias com vistas à solução das perguntas levantadas. Ao final, constroem novos conhecimentos baseados em seus conhecimentos prévios. Neste percurso, a análise e o processo de fechamento do problema são desenvolvidos em grupos mediados pelo professor. (BUFREM; SAKAKIMA, 2003).

O GT é uma das possibilidades de estratégia metodológica da ABP utilizada para grupos pequenos, portanto, no caso dos cursos do CCS da Unifor, houve a necessidade de uma adaptação, pois as turmas têm, geralmente, de 50 a 60 alunos, que são divididos em grupos de 25 a 30, no momento de desenvolver as ações de problematização. Assim, o CCS criou o Ciclo de Discussão de Problemas (CDP) identificado como:

[uma] estratégia educacional para grandes grupos que utiliza problemas temáticos comuns aos cursos da área da saúde para desenvolver nos alunos o aprendizado autodirigido, a habilidade de solucionar problemas, o pensamento crítico e o estudo colaborativo, além da visão integrada das ciências básicas (SILVA *et al.*, 2015, p. 609).

Ramalho, Nuñez e Gauthier (2004) afirmam que, para a concretização do potencial formativo da abordagem que inclui a pesquisa nas atividades de ensino, é necessário haver um conjunto de elementos no currículo que favoreçam as experiências de pesquisa podendo ser articulada e interdisciplinar. Neste sentido, Soares (2013) reforça que a pesquisa como elemento de formação acadêmica potencializa, dentre outros aspectos, a atitude reflexiva, a curiosidade, as atitudes de busca por novos conhecimentos e fundamentações teórico-metodológicas, de negociação, de associação entre teoria e prática além da tomada de decisões. Isso tudo contribui para que a Universidade cumpra o seu real papel de formar futuros profissionais com excelência.

Soares (2013) ainda chama a atenção para o desafio que provoca em todos os envolvidos neste movimento, principalmente os alunos e os professores, uma vez que precisam ressignificar os espaços e as práticas de ensino-aprendizagem, os papéis tradicionalmente assumidos por esses atores, as metodologias aplicadas, além do perfil dos profissionais em formação.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo caracterizar o Ciclo de Discussão de Problemas (CDP) como uma estratégia de construção do conhecimento sob a ótica do estudante de graduação da área da saúde.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma pesquisa exploratória de natureza quantitativa, com o intuito de caracterizar o CDP como estratégia promotora da construção de conhecimentos na visão do aluno de graduação. Para isso, definiu-se como grupo-alvo os alunos matriculados em módulos do Núcleo Comum dos cursos de graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza.

O Núcleo Comum é caracterizado como um espaço de integração de unidades curriculares denominadas módulos e que precisam estar presentes nas matrizes curriculares de, pelo menos, três cursos do CCS. Os módulos do Núcleo Comum estão organizados em dois grandes eixos: O Ser Humano e suas Relações (Universidade, Saúde e Sociedade; Diversidade Humana e Saúde Coletiva; Desenvolvimento Humano I; Desenvolvimento Humano II; Libras; Metodologia do Trabalho Científico e Projetos Integrados em Saúde) e Bases e Ações Técnico-Científicas da Saúde (Dinâmica Celular; Sistemas Reguladores; Ambiente e Hereditariedade e Sistema de Defesa).

A dinâmica que envolve o processo de aprendizagem dos módulos do Eixo Bases e Ações Técnico-Científicas da Saúde combina tanto as escolhas dos saberes e a integração destes em cada uma das unidades curriculares como também a utilização da ABP. Assim, estes módulos se organizam

[...] em torno de variados casos/ problemas que combinam diferentes saberes das ciências básicas das áreas de Anatomia, Biofísica, Biologia Celular, Bioquímica, Embriologia,

Farmacologia, Fisiologia, Genética, Histologia, Imunologia, Microbiologia, Parasitologia e Patologia Geral. (GONDIM *et al.*, 2015, p. 3).

Para o acompanhamento da implantação do currículo integrado, a Assessoria Pedagógica do CCS, instância que acompanha e avalia o Núcleo Comum, aplica aos alunos de todos os módulos, ao final de cada período letivo, dois questionários com perguntas fechadas e abertas (autoavaliação e avaliação da satisfação do discente com o módulo), por meio de formulários eletrônicos, desenvolvidos no ambiente da plataforma *online* Google Drive*.

O acesso dos alunos ao instrumento é viabilizado por meio de um endereço eletrônico (*link*), gerado com esta finalidade específica. Este *link* é enviado via torpedo, por meio da plataforma eletrônica Unifor *Online*, a todos os alunos regularmente matriculados nos quatro módulos do ciclo básico – eixo Bases e Ações Técnico-Científicas em Saúde. Para que os discentes respondam ao formulário, é dado um intervalo de tempo (aproximadamente 10 dias).

Para este estudo, o formulário eletrônico de autoavaliação foi o instrumento de coleta de dados. O instrumento foi respondido por 7.061 estudantes do Núcleo Comum, matriculados em módulos do eixo Bases e Ações Técnico-Científicas em Saúde, especificamente: 2.307 (32,67%) do módulo Dinâmica Celular; 1.486 (21,05%) de Sistemas Reguladores; 1.111 (15,73%) de Sistema de Defesa; e 2.157 (30,55%) de Ambiente e Hereditariedade, totalizando 3.793 (53,72%) alunos do primeiro semestre e 3.268 (46,28%) do segundo semestre.

Inicialmente, as perguntas do formulário foram classificadas em três grandes temas: a) Envolvimento e participação no CDP; b) Autonomia na construção do conhecimento; e c) Contribuição da estratégia CDP para a aprendizagem.

No tema Envolvimento e Participação no CDP, as variáveis utilizadas abordaram a contribuição do aluno para resolver e esclarecer as dúvidas do grupo, elaborar as questões de aprendizagem, discutir a temática no grupo, elaborar os objetivos de aprendizagem, expressar suas dúvidas no grupo, participar efetivamente da dinâmica do grupo e expressar sua opinião diante dos colegas. Acerca da Autonomia na Construção do Conhecimento, foi analisada a capacidade do aluno de buscar as informações sobre os objetivos do CDP e de pesquisar e apresentar referências bibliográficas qualificadas e adequadas. Em relação ao seu Aprendizado, avaliou-se a facilidade de compreensão do tema discutido no CDP e dos assuntos estudados, a partir das referências bibliográficas e do conteúdo, sem a necessidade de suporte dos monitores, colegas ou professores, e a melhor percepção da aprendizagem nos estudos por meio de casos.

O formulário apresenta uma Escala de Lickert (MILLAN *et al.*, 2012) com cinco pontos que permitem a mensuração das respostas, quais sejam: “Raramente”, “Ocasionalmente”, “Frequentemente”, “Quase Sempre” e “Sempre”. O banco de dados gerado no Excel, com base nas respostas dos alunos no formulário eletrônico de autoavaliação, foi exportado para o programa Stata 13.0, em que se consolidou as frequências simples e percentuais das variáveis por temas, diferenciando os alunos que estavam nos seguintes semestres: primeiro (módulos de Dinâmica Celular e Sistemas Reguladores) e segundo (módulos de Ambiente e Hereditariedade e Sistema de Defesa).

A fundamentação teórica utilizada para a discussão dos resultados foi buscada em duas bases de dados – *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (Rede BVS). Considerou-se como método para a pesquisa a busca avançada por meio dos temas integrados: metodologias problematizadoras e aprendizagem e metodologias problematizadoras e autonomia.

Assim, o estudo ora apresentado está inserido no projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do currículo dos cursos de graduação em saúde e sua influência na formação dos profissionais que atuarão no Sistema Único de Saúde”, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, em 12 de novembro de 2012, sob o parecer nº 148.662. Em obediência aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza os aspectos éticos e bioéticos em pesquisa com seres humanos, a Direção do Centro de Ciências da Saúde, enquanto fiel depositária, aprovou o desenvolvimento desta pesquisa junto aos estudantes do Centro. Outro elemento relativo à ética em pesquisa diz respeito ao cuidado com o anonimato dos informantes. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi ressaltado aos estudantes que suas identidades seriam resguardadas e mantidas sob sigilo.

RESULTADOS

A discussão dos resultados deste estudo parte da análise da autoavaliação dos estudantes nas seguintes temáticas: envolvimento e participação no CDP; autonomia na construção do conhecimento durante o CDP; e contribuição da estratégia CDP para a aprendizagem. A análise estabelece um diálogo en-

tre os achados deste estudo e as teorias pertinentes às temáticas em discussão, o que se encontra organizado em três tabelas.

Os resultados referentes ao envolvimento e a participação dos estudantes no CDP são apresentados na Tabela 1. As questões acerca da contribuição de cada aluno para a “resolução de dúvidas do grupo”, a “elaboração das questões de aprendizagem”, a “discussão da temática no grupo” e a “elaboração dos objetivos de aprendizagem” obtiveram respostas positivas (“sempre” e “quase sempre”) acima de 80%, respectivamente: 84,66%; 89,17%; 81,79%; e 80,53%. No entanto, quando a pergunta envolve a expressão de “dúvidas” ou “opiniões” no grupo e diante dos colegas, diminui a positividade de “sempre” e “quase sempre” para 77,47% e 78,66%, não tendo apresentado diferenças entre os alunos do primeiro e do segundo semestres.

Tabela 1 – Envolvimento e participação no CDP – Fortaleza-CE, 2016.

	semestre 1		semestre 2		Total	
	n	%	n	%	n	%
Contribuição para resolver as dúvidas do grupo						
sempre	2152	56,74	1871	57,25	4023	56,97
quase sempre	1043	27,50	912	27,91	1955	27,69
frequentemente	398	10,49	318	9,73	716	10,14
ocasionalmente	166	4,38	123	3,76	289	4,09
raramente	34	0,90	44	1,35	78	1,1
Contribuição para a elaboração das questões de aprendizagem						
sempre	2714	71,55	2192	67,07	4906	69,48
quase sempre	704	18,56	686	20,99	1390	19,69
frequentemente	254	6,70	269	8,23	523	7,41
ocasionalmente	89	2,35	88	2,69	177	2,51

	semestre 1		semestre 2		Total	
	n	%	n	%	n	%
raramente	32	0,84	33	1,01	65	0,92
Contribuição para discutir a temática no grupo						
sempre	1995	52,60	1835	56,15	3830	54,24
quase sempre	1068	28,16	877	26,84	1945	27,55
frequentemente	446	11,76	363	11,11	809	11,46
ocasionalmente	213	5,62	137	4,19	350	4,96
raramente	71	1,87	56	1,71	127	1,80
Contribuição para elaborar os objetivos de aprendizagem						
sempre	2002	52,78	1846	56,49	3848	54,5
quase sempre	1013	26,71	825	25,24	1838	26,03
frequentemente	455	12,00	378	11,57	833	11,8
ocasionalmente	209	5,51	157	4,80	366	5,18
raramente	114	3,01	62	1,90	176	2,49
Expressão das dúvidas no grupo						
sempre	1965	51,81	1723	52,72	3688	52,23
quase sempre	945	24,91	837	25,61	1782	25,24
frequentemente	468	12,34	398	12,18	866	12,26
ocasionalmente	277	7,30	200	6,12	477	6,76
raramente	138	3,64	110	3,37	248	3,51
Expressão de opiniões diante dos colegas						
sempre	2095	55,23	1675	51,25	3770	53,39
quase sempre	897	23,65	887	27,14	1784	25,27
frequentemente	458	12,07	411	12,58	869	12,31
ocasionalmente	226	5,96	184	5,63	410	5,81
raramente	117	3,08	111	3,40	228	3,23
Total	3793	100,00	3268	100,00	7061	100,00

Fonte: Elaboração própria

Segundo Soares (2013), nos dias atuais, muitos estudantes ingressam no ensino superior com muitas fragilidades, uma vez que lhes faltam muitas das competências básicas para a formação profissional, a exemplo das habilidades de leitura, escrita e comunicação oral, pensamento crítico e reflexivo, autonomia, maturidade emocional e dificuldade para aprendizagens mais complexas. Esse perfil dos estudantes demanda dos professores domínios que extrapolam o conhecimento do conteúdo e que requerem outros recursos que incluem novas metodologias de ensino, melhores habilidades de comunicação, compreensão de códigos interculturais e geracionais, além de estratégias de ensino que favoreçam o desenvolvimento da autonomia dos alunos.

O CDP, ao oportunizar atividades em que o aluno possa trabalhar o esclarecimento de dúvidas do grupo, a elaboração das questões de aprendizagem, a discussão de temáticas em grupo, a elaboração dos objetivos de aprendizagem, a expressão das suas dúvidas e/ou opiniões diante dos colegas e do professor, favorece um desenvolvimento ampliado do estudante, uma vez que outras dimensões, além da busca pelo conhecimento, também são enfocadas. Esses achados são validados pelas ideias de Portilho e Almeida (2008, p. 475) quando afirmam que “[...] não basta formar a mente do estudante, pois a pessoa não é apenas racionalidade pura. Trata-se de formar todas as dimensões que a humanizam e a preparam para viver em sociedade, de modo pleno”.

Estudos revelam que as metodologias de ensino que utilizam a pesquisa como estratégia de ensino têm obtido resultados bastante positivos, a exemplo de uma pesquisa desenvolvida por Esteves (2002), em universidades portuguesas, e de

Soares (2013), em um curso de pedagogia em uma Instituição de Ensino Superior Brasileira. Soares (2013) mostrou, ainda, que a experiência de ensino com pesquisa é pertinente e pode ser aplicada em qualquer componente curricular. Ressalta-se, entretanto, que, como outros processos de formação, o ensino com pesquisa requer planejamento, desenvolvimento consistente e participação efetiva dos alunos.

Ao serem questionados sobre a sua autonomia na construção do conhecimento durante o CDP, 6.528 alunos (92,45%) responderam que “sempre” ou “quase sempre” buscam informações para responder aos objetivos de aprendizagem propostos pelo grupo durante a abertura do problema. Mas, quando questionados se “a pesquisa de referências bibliográficas é adequada”, o índice de positividade (“sempre” e “quase sempre”) diminuiu para 78,98% e quando se indagou sobre a “qualidade das referências bibliográficas pesquisadas”, atingiu-se o patamar de 67,14%. Este último questionamento apresenta uma diferença de 10,05% entre os alunos do primeiro e do segundo semestres no item “sempre” da escala Lickert, mostrando que os alunos do segundo semestre denotam maior segurança e capacidade para uma pesquisa bibliográfica qualificada (Tabela 2).

Tabela 2 – Autonomia dos estudantes na construção do conhecimento durante o CDP- Fortaleza-CE, 2016.

	semestre 1		semestre 2		Total	
	n	%	n	%	n	%
Busca de informações dos objetivos do CDP						
sempre	2892	76,25	2459	75,24	5351	75,78
quase sempre	611	16,11	566	17,32	1177	16,67

	semestre 1		semestre 2		Total	
	n	%	n	%	n	%
frequentemente	213	5,62	192	5,88	405	5,74
ocasionalmente	55	1,45	24	0,73	79	1,12
raramente	22	0,58	27	0,83	49	0,69
Apresentação de referências bibliográficas qualificadas						
sempre	1405	37,04	1539	47,09	2944	41,69
quase sempre	950	25,05	847	25,92	1797	25,45
frequentemente	621	16,37	468	14,32	1089	15,42
ocasionalmente	465	12,26	254	7,77	719	10,18
raramente	352	9,28	160	4,90	512	7,25
Pesquisa de referências bibliográficas adequadas						
sempre	1829	48,22	1586	48,53	3415	48,36
quase sempre	1131	29,82	1031	31,55	2162	30,62
frequentemente	529	13,95	457	13,98	986	13,96
ocasionalmente	216	5,69	143	4,38	359	5,08
raramente	88	2,32	51	1,56	139	1,97
Total	3793	100,00	3268	100,00	7061	100,00

Fonte: Elaboração própria

Werneck (2006) defende que a “noção de construção do conhecimento” tem múltiplos significados, necessitando da definição do lugar onde será utilizada para que seja mais bem compreendida. Reforça, ainda, que esta “noção” deve compor uma construção de saberes universalmente aceitos, levando em consideração o contexto histórico ou o processo de aprendizagem de uma pessoa. Assim, o termo “construção” aplicado à educação pode ser entendido de duas formas:

[...] como constituição do saber feita pelo estudioso, pelo cientista, pelo filósofo resultante da pesquisa sistemática que leva a novos conhecimentos... outra possibilidade de compreensão da ideia de ‘construção’ do conhecimento refere-se apenas ao modo pelo qual cada um apreende a informação e aprende algum conteúdo. Neste caso, o sujeito não propriamente ‘constrói’ o saber, somente apropria-se de um conhecimento já estabelecido. (WERNECK, 2006, p. 175).

Neste caso em estudo, há um interesse de se reforçar um caminho de construção do conhecimento que produza cada vez mais a autonomia de um educando que vem, muitas vezes, de um contexto de aprendizagem institucional extremamente dependente do professor.

Ao relatarem sobre a utilização de uma estratégia problematizadora e interativa, Silva e Pedro salientam terem encontrado como resultante a capacidade de gerenciamento do aprendizado e o “[...] indício de amadurecimento da autonomia dos alunos quanto à construção de seu conhecimento” (2010, p. 78), o que parece se aproximar do presente estudo, ao se destacar que 92,45% dos estudantes responderam “sempre” ou “quase sempre” para a percepção da sua autonomia na construção do conhecimento durante o CDP.

A Tabela 3 apresenta os resultados relativos à autoavaliação do aluno em relação à contribuição da estratégia CDP para a sua aprendizagem.

Tabela 3 – Contribuição da estratégia CDP para aprendizagem – Fortaleza-CE, 2016.

	semestre 1		semestre 2		Total	
	N	%	n	%	n	%
Compreende com facilidade o tema discutido						
sempre	1497	39,47	1358	41,55	2855	40,43
quase sempre	1657	43,69	1382	42,29	3039	43,04
frequentemente	448	11,81	396	12,12	844	11,95
ocasionalmente	130	3,43	97	2,97	227	3,21
raramente	61	1,61	35	1,07	96	1,36
Compreende os assuntos estudados a partir das referências						
sempre	1525	40,21	1332	40,76	2857	40,46
quase sempre	1448	38,18	1236	37,82	2684	38,01
frequentemente	570	15,03	527	16,13	1097	15,54
ocasionalmente	177	4,67	128	3,92	305	4,32
raramente	73	1,92	45	1,38	118	1,67
Compreende o conteúdo sem a necessidade de monitores, colegas ou professores						
sempre	1039	27,39	1062	32,50	2101	29,75
quase sempre	1347	35,51	1128	34,52	2475	35,05
frequentemente	731	19,27	649	19,86	1380	19,54
ocasionalmente	407	10,73	282	8,63	689	9,76
raramente	269	7,09	147	4,50	416	5,89
Percebe melhor a aprendizagem no estudo, por meio de casos						
sempre	2420	63,80	1997	61,11	4417	62,55
quase sempre	958	25,26	869	26,59	1827	25,87
frequentemente	310	8,17	310	9,49	620	8,78
ocasionalmente	80	2,11	66	2,02	146	2,07
raramente	25	0,66	26	0,80	51	0,72
Total	3793	100,00	3268	100,00	7061	100,00

Fonte: Elaboração própria

Segundo os estudantes, o CDP contribui para a “compreensão do tema discutido” e a “melhoria da aprendizagem por meio de casos”, itens estes com respostas positivas (“sempre” e “quase sempre”) em sua maioria, respectivamente, 83,47% e 88,42%. O item “compreende os assuntos estudados a partir das referências” teve um índice de aceitação positiva (“sempre” e “quase sempre”) de 78,47%. Porém, o item mais crítico foi “compreensão do conteúdo sem a necessidade de monitores, colegas ou professores” cujo índice de positividade foi de apenas 64,8%. Ressalta-se que, neste item, 1.039 (27,39%) estudantes do primeiro semestre responderam “sempre”, número este que se elevou para 1.039 (32,5%) para os alunos do segundo semestre. Estes dados ressaltam a evolução do aluno em relação ao processo de metacognição, à medida que vivenciava diferentes experiências de resolução de problemas no CDP.

Em uma pesquisa realizada por Melo e Sant’Ana (2012) sobre a compreensão dos discentes de um curso de graduação em Enfermagem, enquanto autores do processo ensino-aprendizagem, verificou-se que eles se percebem adaptados a esse modelo de ensino. Os alunos mencionam que o uso das metodologias ativas favoreceu a aquisição de habilidades de raciocínio clínico, a tomada de decisão e a confiança na autoaprendizagem. Outrossim, ressaltaram a importância de os tutores não responderem aos seus questionamentos, mas destacaram a relevância da mediação dos mesmos na construção do conhecimento. Esse estudo reforça os achados desta pesquisa, a qual mostrou que 88,42% dos alunos reconhecem o uso de casos como ferramenta de facilitação da aprendizagem, tendo respondido ‘sempre’ ou “quase sempre”.

Andretta *et al.* destacam ser a metacognição uma conquista pessoal e evolutiva, pois envolve uma compreensão de processos

cognitivos ou caminhos que cada um constrói os quais envolvem planejamento e regulação. A metacognição, portanto, “[...] desenvolve-se a partir da capacidade do homem de refletir sobre o seu processo de conhecimento, durante a realização de tarefas, sobre os processos mentais que facilitam essa realização e sobre as estratégias que utiliza para a resolução de problemas” (2010, p. 9).

O processo vivido pelos estudantes participantes do presente estudo pode estar produzindo esta conquista, isto é, a percepção do estudante acerca dos caminhos que facilitam a sua aprendizagem. Este pressuposto pode ser constatado ao se observar a evolução das respostas “sempre” e “quase sempre” dos estudantes do primeiro para os estudantes do segundo semestre.

Complementando a linha de discussão acerca de processos de aprendizagem, Kusurkar *et al.*(2012), ao analisarem as mudanças curriculares em educação médica, verificaram que estas focaram mais em melhorar a aquisição de conteúdos pelos alunos ou a regulação metacognitiva, do que em estimular a motivação. Segundo os autores, garantir estratégias para estimular a motivação dos alunos pode influenciar positivamente os resultados do currículo. Defendem, ainda, que a presença de elementos que trabalhem a motivação intrínseca tais como apoio à autonomia, *feedback* adequado e suporte emocional devem ser garantidos no desenho curricular. Tudo isto se coaduna com as premissas do CDP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de avaliação curricular desenvolvido pelo CCS permite a análise e o contínuo desenvolvimento dos projetos pedagógicos e dos respectivos currículos dos cursos.

O presente estudo demonstrou, por meio dos resultados, que a curiosidade mobiliza os alunos a buscarem respostas para os objetivos de aprendizagem propostos pelo grupo. Esta necessidade provocada pela situação-problema faz com que os estudantes realizem pesquisas bibliográficas e estreitem o seu contato com diferentes tipos de publicações, predominando capítulos de livros, artigos científicos, dissertações e teses.

Ao favorecer o desenvolvimento de habilidades que estimulam os alunos a buscarem informações para a construção do conhecimento, incentivando-os à reflexão, à análise crítica dos conteúdos e das situações-problema, além do debate fundamentado sobre os assuntos abordados nos módulos, o CDP motiva-os a terem mais autonomia e a agirem proativamente em relação ao seu processo de aprendizagem.

Em específico, os achados desta pesquisa demonstraram a importância da autoavaliação dos estudantes, na medida em que lhes permitiu perceber a qualidade do seu envolvimento e da participação no CDP. Além disto, possibilitou-lhes identificar as potencialidades e as fragilidades do processo e da sua atuação, enquanto atores do processo de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Ionara Barcellos. **O educar pela pesquisa e a aprendizagem significativa crítica**: uma união a favor do aluno na construção da autonomia e de conhecimentos. 2010. 172 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Matemática)– Faculdade de Física, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto

Alegre, 2010. Disponível em: < <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/3031/1/000426666-Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

ANDRETTA, I. *et al.* Metacognição e aprendizagem: como se relacionam? **Psico**, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 7-13, jan./mar. 2010.

BEHRENS, M. A.; ALCÂNTARA, P. R.; GOMES, P. V. Pesquisa em aprendizagem colaborativa com tecnologias interativas – Projeto Pacto. In: SEMINÁRIOS DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 2., 1999, Curitiba. **Anais eletrônicos...** Curitiba: UFPR, 1999. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/1999/Didatica,_Metodologia_E_Pratica_Na_Educao_Escolar/Trabalho/06_09_02_PESQUISA_EM_APRENDIZAGEM_COLABORATIVA_COM_TECNOLOGIAS_INTERATIVAS___PROJETO_PACTO.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES Nº 583/2001**. Estabelece orientação geral para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação e entre outras considerações. Brasília, 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/58301orientacoes.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 1.133/2001**. Estabelece Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 776/97**. Orienta para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Brasília, 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer77697.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BUFREM, L. S.; SAKAKIMA, A. M. O ensino, a pesquisa e a aprendizagem baseada em problemas. **Transformação**, Campinas, v. 15, n. 3, p.351-361, set./dez. 2003.

ESTEVES, M. M. **E.A investigação enquanto estratégia de formação de professores**: um estudo. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 2002.

FREITAS, Valéria da Penha *et al.* Mudança no processo ensino aprendizagem nos cursos de graduação em odontologia com utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. **RFO**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 163-167, maio/ago. 2009.

GONDIM, D. M. F. *et al.* Avaliação da escuta discente como ferramenta de transformação nos processos de ensino e aprendizagem. In: ENCONTRO DE PRÁTICAS DOCENTES, 8. 2015, Fortaleza. **Anais Eletrônicos...** Fortaleza: Unifor, 2015. Disponível em: <<http://uol.unifor.br/oul/conteudosite/?cdConteudo=6137865>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

GORBANEFF, Y. Qué se puede aprender de la literatura sobre el aprendizaje basado en problemas. **Revista Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión**, Bogotá, v. 18, n.1, p. 61-70, jun. 2010.

GÜLLICH, R. I. C. Educar pela pesquisa: formação e processos de estudo e aprendizagem com pesquisa. **Rev. Ciências Humanas**, Frederico Westphalen, v. 8, n. 10, p. 11-27, jun. 2007.

KUSURKAR, R. A. *et al.* Have motivation theories guided the development and reform of medical education curricula? a review of the literature. **Academic Medicine**, Washington, v. 87, n. 6, p. 735-743, jun. 2012.

MELO, B. C.; SANT'ANA, G. A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 327-339, out./nov. 2012.

MILLAN, L. P. B. *et al.* Traditional learning and problem-based learning: self-perception of preparedness for internship. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 5, p. 594-599, set./out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2016.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. Suplemento 2.

PORTILHO, E. M. L.; ALMEIDA, S. C. D. Avaliando a aprendizagem e o ensino com pesquisa no Ensino Médio. **Ensaio: aval. públ. educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 60, p. 469-488, jul./set. 2008.

RAMALHO, B. L.; NUÑEZ, I. B.; GAUTHIER, C. **Formar o professor, profissionalizar o ensino**: perspectivas e desafios. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.

SILVA, A. P. S.S.; PEDRO, E. N. R. Autonomia no processo de construção do conhecimento de alunos de enfermagem: o chat educacional como ferramenta de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 72-78, mar./abr. 2010.

SILVA, S. L. *et al.* Estratégia educacional baseada em problemas para grandes grupos: relato de experiência. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 607-613, out./dez. 2015.

SOARES, S. R. A pesquisa como norteadora da formação profissional na universidade. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 24, n. 55, p. 224-245, abr./ago. 2013.

WERNECK, V. R. Sobre o processo de construção do conhecimento: o papel do ensino e da pesquisa. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 51, p. 173-196, abr./jun. 2006.

CAPÍTULO 17

DESAFIOS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DIANTE DA DEMANDA DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Maria Salete Bessa Jorge
Ednaiane Priscila de Andrade Amorim
Sayonara Oliveira Teixeira
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

INTRODUÇÃO

O uso e abuso de drogas não é um fenômeno da idade moderna, sejam elas drogas lícitas ou ilícitas. Há milhares de anos, o homem usa substâncias psicoativas motivado por aspectos culturais, religiosos ou mesmo com o objetivo de socializar-se ou isolar-se. Em estudos arqueológicos que datam de 6.000 antes de Cristo há relatos que indicam o consumo de álcool (OBID, 2011) revelando, com isto, que o consumo de drogas, de uma forma ou de outra, sempre existiu na sociedade e, devido a este vasto percurso histórico, tende a continuar existindo.

O advento da Revolução Industrial trouxe consigo a urbanização e, neste contexto, o surgimento de inúmeras tecnologias, dentre elas, as que aprimoraram o processo de destilação

do álcool tendo como consequência, a problematização do uso e abuso de drogas (OBID, 2011).

Essa problematização tem ocorrido em várias esferas da sociedade brasileira. As consequências do uso e abuso dessas substâncias são múltiplas e têm se mostrado em diversos setores, afetando a sociedade tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo. O fato descrito traz consigo a necessidade de estratégias que abordem a prevenção, tratamento, organização de práticas e serviços assistenciais e formulação de políticas públicas específicas (SENAD, 2009).

A atual política de saúde mental, adotada pelo Ministério de Saúde, tem admitido como desafio a consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial capaz de atender pessoas em sofrimento psíquico, assim como as que sofrem com a crise social, falta de emprego e com a violência, de forma a proporcionar a reinserção, reintegração social e cidadania. Este novo modelo de assistência tem suas bases nas propostas na reforma psiquiátrica (BRASIL, 2001).

A reforma psiquiátrica objetiva a consolidação de uma rede de assistência direcionada por princípios e práticas psicossociais e apresenta uma estratégia reorganizadora das práticas sociais, priorizando espaços novos que possibilitam a integração do sujeito em sofrimento psíquico, promovendo a organização das atividades em território estabelecido, reafirmando e procurando incorporar nas ações de saúde mental os princípios e garantias dos direitos humanos (PRANDONI; PADILHA; SPRICIGO, 2006).

A política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas recomenda assistência, a

esses usuários, em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), além disso, a atenção a esses usuários deve ser contemplada pela atuação integrada dos programas de saúde da família, agentes comunitários de saúde, e serviço de redução de danos, e da rede básica de saúde (BRASIL, 2003).

O CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos resultantes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, este serviço fornece atendimento diário aos pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, possibilitando o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução continuada. O CAPS ad deve ser apoiado por leitos psiquiátricos em Hospital Geral e outras práticas de atenção comunitária como interação domiciliar e inserção comunitária de serviços (SOUZA, 2007).

No entanto, no setor correspondente à saúde, a formação profissional para atuar sobre problemas que dizem respeito ao uso de drogas é deficitária, alicerçada no saber médico, com olhos voltados para a dependência e pouco priorizando a prevenção. O modelo técnico assistencial, ainda vigente na formação profissional de saúde tem deixado lacunas quando se fita os olhos na inserção e desenvolvimento profissional do aluno após o término da graduação (COSTA, 2015). Este desacordo entre a qualificação insuficiente e a importância do tema abordado elucida a relevância de propostas de formação profissional para que haja cuidados adequados aos usuários e familiares.

Esse capítulo objetiva refletir sobre a situação dos profissionais da saúde no que tange à capacitação em saúde mental e ao atendimento de pacientes usuários de álcool e outras drogas, a fim de proporcionar um tratamento adequado a esses pacientes.

O estudo aborda a percepção de profissionais da área de saúde membros da equipe de um CAPS ad tipo III, na cidade de Fortaleza, correlacionando a sua formação acadêmica e a atenção a pacientes com transtornos mentais e/ou usuários de álcool e outras drogas, através de uma entrevista semiestruturada. Trata-se de uma pesquisa qualitativa.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O modelo de assistência em saúde mental tem sofrido transformações ao longo dos últimos anos e demonstrado que é possível cuidar das pessoas com transtornos mentais através de um modelo de saúde que esteja integrado aos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde e não somente restrito ao hospital psiquiátrico. Estas transformações são resultado das mobilizações políticas da década de 1970 e 80, devido ao processo de redemocratização do Brasil, reconfigurando-se através de novos saberes e novas práticas (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicossocial. Um dos objetivos do Programa é possibilitar a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no Brasil (BRASIL, 2012).

Nesses, os pacientes são atendidos de acordo com o Projeto Terapêutico Singular, que consiste em um tratamento específico para cada indivíduo elaborado pela equipe. Envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e a família, a organização do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da atenção básica, garantindo um permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011). Além das consultas, o Projeto pode ser composto por diversas atividades como oficinas terapêuticas e culturais, rodas de conversa e orientações individuais ou em grupo, entre outras.

Existem diferentes tipos de CAPS:

- CAPS I e CAPS II: Atendimento diurno (segunda a sexta) de adultos com transtornos mentais;
- CAPS III: Atendimento diurno e noturno (24 horas) de adultos com transtornos mentais;
- CAPS Infantil I e II: Atendimento diurno (segunda a sexta) a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- CAPS Infantil III: Atendimento diurno e noturno a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
- CAPS Álcool e Drogas: Atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.

O primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987, na cidade de São Paulo. Em 1989, foram criados, na cidade de Santos, os Núcleos de Apoio Psicossocial, com atenção 24 horas, posteriormente chamados de CAPS III (BRASIL, 2015).

Nos anos seguintes, os CAPS foram implementados em inúmeros municípios do Brasil e se firmaram como dispositivos estratégicos com o objetivo de superar o modelo asilar, dentro do contexto da reforma psiquiátrica, e para a criação de um novo lugar para as pessoas em sofrimento ou que tiveram experiências de sofrimento decorrentes de transtornos mentais e daqueles relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015).

FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Diante disso, é bem verdade que a formação do profissional no campo da saúde tem sido muito discutida, nos últimos anos, buscando articular o processo formativo com o mundo do trabalho voltando a atenção para os novos modos de ensinar a ser profissional. No entanto, isto se mostra ainda muito incipiente e, claramente, ainda não atingiu o potencial desejado, visto que exemplos de inadequação à realidade do trabalho com álcool e outras drogas são vistos no contexto do atendimento em saúde mental destes usuários. Este é um desafio percebido não apenas por gestores ou instâncias, mas também sentida pelos próprios profissionais de saúde.

O Brasil, por meio do Ministério da Saúde, adotou a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, de forma a exigir novas técnicas de contato e vínculo com os usuários, familiares e da sociedade.

O estado do Ceará é um dos pioneiros na transformação do modelo manicomial em um modelo de assistência psicossocial. O primeiro CAPS do estado foi inaugurado em 1991, na cidade de Iguatu. Esta é uma estratégia para promover a desos-

pitalização e a reinserção social compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (QUINDERÉ;JORGE, 2010).

Os CAPS, nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAP-S),instituída pela Portaria do MS/GM n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, serviço de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza, prioritariamente, atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos do modelo asilar. (BRASIL, 2011). De acordo com a Portaria n° 130 de janeiro de 2012 do Ministério da Saúde:

Art. 2º O CAPS ad III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a oferecer atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24 horas do dia, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012).

O CAPS ad representa a principal estratégia de atenção à saúde relacionada ao consumo de substâncias psicoativas. Pesquisa realizada em um CAPS ad III, na cidade de Fortaleza, mostrou a percepção de profissionais da saúde a respeito das contribuições da sua formação acadêmica no seu trabalho com

usuários de álcool e outras drogas. Dentre os profissionais entrevistados estavam psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

Quando perguntado a esses profissionais se acreditavam que a formação acadêmica obtida contemplava a seara que eles enfrentavam, um profissional da Psicologia respondeu:

Sim e não. No que diz respeito à compreensão do fenômeno do que é saúde mental, do uso de drogas, compreender um pouco esse contexto social, essa questão da utilização da substância pelo sujeito, como isso significa para ele, sim, contemplou; mas no que diz respeito ao conhecimento das políticas públicas, dos locais de atuação, da política de saúde em relação a isso, a uma análise, a um conhecimento, não, né? Então, assim, no que diz respeito a compreender o fenômeno de uma forma mais global, sim, mas o contexto de atuação, as políticas de saúde mental, a análise sobre isso, já não.

O profissional revela que, apesar do seu contato prévio com o tema, este ainda não é abordado de forma completa no meio acadêmico, o que mostra a necessidade de uma abordagem mais ampla, no meio acadêmico, de discussões e apresentações das políticas de saúde mental e seu contexto dentro da prática nos serviços.

Ao ser entrevistado e submetido à mesma pergunta que o profissional anterior, um profissional da Enfermagem respondeu:

Não, não. Assim, quando eu entrei aqui, eu não tinha nenhum tipo de especialização. Foi por seleção pública e a gente chega, na secretaria, e eles lhe dão o local e, como eu tinha perdido a primeira convocação, eu cheguei lá e só tinha CAPS e eu caí de paraquedas aqui. Então, assim, foi pegando com os outros profissionais, né? Fui estudar em casa pra tentar abarcar tudo, conseguir fazer o trabalho da melhor forma possível.

Não obstante a inserção desses profissionais no atendimento de indivíduos com demandas relacionadas ao uso abusivo de drogas nos CAPS ad, evidencia-se, na literatura, que estes nem sempre são preparados para esta atuação, elucidando que existe pouca preocupação das instituições acadêmicas com temas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas durante a formação do profissional da Enfermagem. Este fato contribui para que haja um despreparo por parte destes profissionais, quando se veem diante deste desafio, em sua rotina de trabalho (TEIXEIRA; VILAR, 2005; CARRARO; HUSSEIN; LUÍS, 2005).

Uma pesquisa que avaliou o conhecimento adquirido pelos profissionais da Enfermagem de uma universidade pública brasileira, durante a formação educacional, sobre problemas adquiridos devido ao uso abusivo de álcool revelou que existe uma deficiência na educação formal destes profissionais, visto que a maior parte dos entrevistados demonstrou pouco ou nenhum conhecimento sobre a temática do álcool ou as consequências do uso abusivo desta droga (PILLON, 2005). Outro profissional da Enfermagem elucidou:

Bom, na verdade assim, eu sou enfermeira e já fiz especialização em enfermagem do trabalho e hoje faço em urgência e emergência, mas anterior a essa experiência que tô tendo agora em relação à saúde mental, eu não, nunca tive um interesse realmente de conhecer a área e de me especializar, mas a partir do momento em que comecei a trabalhar. Hoje já me considero apaixonado pela saúde mental. Gosto muito daqui! E... é uma área muito rica, bacana. E eu acho que a gente que é profissional da área da saúde tem que estar apto a lidar com qualquer área, qualquer demanda qualquer procedimento.

O profissional revela que, antes do trabalho, não havia tido um contato real com a saúde mental e que apenas com o trabalho pôde adquirir afinidade e interesse pelo tema.

Estudos realizados com profissionais da enfermagem de unidades básicas distritais de saúde evidenciaram também carência de conhecimento do problema com álcool e do alcoolismo entre esses enfermeiros (VARGAS;LUIS, 2008; VARGAS; DUARTE, 2011), o que contribui para que usuários com problemas com uso abusivo de álcool e que possuam sintomas ou sinais inespecíficos, por exemplo, não sejam identificados na atenção básica e encaminhados adequadamente para uma atenção mais especializada (VARGAS; LUIS; OLIVEIRA, 2010).

Outra pesquisa realizada com profissionais de hospitais gerais evidenciou que os profissionais da área acreditavam que o alcoolismo se tratava de doença mental. Os atores da pesqui-

sa consideraram que a percepção dos enfermeiros denotava a pouca informação que haviam recebido e o treinamento insuficiente sobre a temática específica do álcool, cooperando, assim, para o pouco conhecimento demonstrado (VARGAS; LABATE, 2006).

A literatura nacional tem evidenciado que os enfermeiros possuem conhecimento restrito sobre o problema do uso de substâncias psicoativas (PILLON, 2010; VARGAS; LABATE, 2006; VARGAS; LUIS, 2008; VARGAS; LUIS; OLIVEIRA, 2010) resultado do reduzido preparo adquirido durante a formação (TEIXEIRA; VILAR, 2005; CARRARO; HUSSEIN; LUÍS, 2005), considerando que o enfermeiro faz parte da equipe mínima dos CAPS ad (BRASIL, 2004a) e que esses serviços vêm se firmando nos atuais espaços desse profissional, o que ocasiona a escassez de investigações realizadas nesses cenários (KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

É deveras válido elucidar que os desafios encontrados não foram restritos apenas aos profissionais da enfermagem. Um profissional do Serviço Social relatou:

Eu acho que a nossa formação acadêmica nunca contempla de maneira plena a nossa atuação de fato. É na academia, na graduação que você compreende a parte teórica o eixo teórico, toda a fundamentação, mas, de fato, você só vai conseguir ter uma boa atuação, na sua prática mesmo, na sua vivência com a sua instituição, com os usuários que você atende. É... com certeza, lógico, que no período da graduação, e academia e as disci-

plinas que a gente cursa vão dar todo o suporte que a gente precisa para ter uma boa atuação, mas não só isso, eu acho que os estágios que a gente realiza e a prática enquanto já profissional é que vão dá uma melhor atuação.

Há grande importância em destacar que, além do campo de saúde, o uso abusivo de drogas está entre os problemas mais identificados pelos profissionais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (TCU, 2012). Devido aos avanços das políticas de assistência social e suas capacidades institucionais, os serviços do SUAS proporcionam abordagens preventivas, encaminhamento de usuários para tratamento bem como suporte e assistência a familiares. Diante disto, é relevante que os profissionais dos meios sócio-assistenciais também sejam preparados para atender as demandas relacionadas ao uso abusivo de drogas (COSTA, 2015).

O movimento de reforma psiquiátrica vem construindo um novo olhar sobre a loucura e sobre os modos de se lidar com a pessoa portadora de transtorno mental. Novos fenômenos vieram se adicionar ao desenrolar da relação entre serviço social e saúde mental. Nos serviços substitutivos, cujas ações objetivam incentivar a integração social e familiar dos usuários pelo acesso ao exercício dos direitos civis, ao lazer e ao trabalho, o assistente social encontra importante espaço sócio-ocupacional.

A ampliação da rede de atenção psicossocial no país vem proporcionando a ampla presença dos assistentes sociais nos serviços substitutivos; alguns profissionais, inclusive, são postos na coordenação de CAPS. O assistente social é um

dos profissionais que pode fazer parte da equipe multiprofissional dos CAPS, conforme Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2004b). Suas ações, nesses espaços, devem contribuir para a superação da estigmatização da loucura e garantir um atendimento digno e humanizado. A principal ação do assistente social dentro do CAPS ad, em específico, é a reinserção social do usuário de álcool e/ou outras drogas.

A afirmação do profissional do Serviço Social corrobora a ideia do materialismo dialético de que a ação transformadora das condições concretas da existência seria a *práxis* qual abrangendo tanto as ações objetivas do homem sobre o meio em que vive quanto a construções subjetivas estando articuladas as ações e as intenções (ACIOLI, 2006). De acordo com Pinheiro e Luz (2003), a ação é o elemento processual da prática. A ação, nesse contexto, seria o integrante principal para se construírem as práticas que seriam elaboradoras do saber e moldadoras do próprio fazer.

É constante, entre os profissionais entrevistados, o discurso da necessidade da prática para a aprendizagem. Relatam, em alguns casos, que o contato com o tema álcool e drogas era bem mais escasso que o próprio assunto saúde mental em profissionais, excetuando-se os psicólogos, em se tratando de saúde mental.

[...] assim, o que não teve uma boa base, na minha opinião, foi essa parte mais específica do uso abusivo de álcool e outras drogas. Realmente, foi uma coisa que, na faculdade eu senti muita falta. Não fiz nenhuma disciplina sobre esse assunto especí-

fico, vi muito sobre a saúde coletiva, mas sobre esse ponto específico da saúde coletiva eu não fiz nenhuma disciplina, não teve nenhuma optativa na época.

Sabe-se que o processo de inserção do conhecimento à prática profissional é envolto de complexidade, porque vai além do repasse de informações ou da assimilação de conhecimentos técnicos. Apesar de a disponibilização de subsídios contextualizados contribuir para aumentar a segurança dos profissionais ao lidarem com problemas do uso e abuso de drogas (SOUZA; RONZANI, 2012), isoladamente, ela não traz resultados diretos de mudanças práticas. (FIXSEN *et al.*, 2005), como descreveu um profissional da Psicologia:

Claro, que, na prática, é totalmente diferente, porque, na prática, a gente tem um conhecimento muito maior, me ajudou muito a prática. Eu já aprendi muita coisa aqui e tenho certeza que ainda tenho muita coisa pra aprender enquanto eu tiver aqui dentro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro desse contexto, a formação do ensino superior em saúde tem passado por momentos de turbulência devido às mudanças nos modos de se compreender a saúde. O antigo modelo hospitalocêntrico tem cedido lugar a outros dispositivos de atenção e, no que diz respeito à Psiquiatria, esse fato passa a influenciar a formação de alunos que trabalham objeti-

vamente com uma clientela subjetiva. Dentro deste contexto, percebe-se a prática, no espaço de saúde, como estratégia guia de capacitação de profissionais que ingressam nos serviços destinados ao cuidado de pacientes com demanda de uso abusivo de álcool e outras drogas. O saber técnico é importante para os profissionais da área de saúde, mas, além deste, é necessário que haja uma compreensão das influências sociais a fim de se construir estratégias de atendimento aos pacientes acometidos de doenças mentais bem como aos usuários de álcool e outras drogas.

O resultado do presente estudo aponta na direção da promoção de futuras construções e intervenções na formação acadêmica dos profissionais de saúde da assistência com vistas a ampliar os cuidados prestados aos usuários dos CAPS.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº10.216**, de 6 de abril de 2001. Define proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuário de álcool e outras drogas**. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: MS, 2012. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 16 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Legislação em Saúde Mental 1990 -2002. Diário Oficial da União, 20 fev. 2002. 3. ed. rev. e atual. Brasília: MS, 2004b. p.125-136.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centro de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**: orientações para a elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. p. 6-10. Brasília-DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 6 maio 2015.

CARRARO, 2005

CARRARO, T. E.; HUSSEIN, R. G.; LUÍS, M. A. V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Rev Latino Am Enfermagem**, n. 13(Spe), p. 863-871, 2005.

COSTA, P. H. D. *et al.* Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas Universidade Federal de Juiz de Fora. Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em álcool e outras drogas. **Interface, Saúde, Educação, Comunicação**, Juiz de Fora, v. 19, n. 53, p. 395-404, 2015.

FIXSEN, D. L. *et al.* **Implementation research**: a synthesis of the literature. Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, 2005.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante das demandas médicos-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS- (OBID). Recuperado em 3 de setembro, 2011, de: http://www.obidsenad.gov.br/portais/OBID/conteúdo/index.php?id_conteudo=11288&rastro=INFORMA%C3%87%95ES+SOBRE+-DROGAS%2FTipos+de+drogas/%C3%81cool#historico

PILLON, S. C. Atitudes dos enfermeiros com relação ao alcoolismo: uma avaliação de conhecimentos. **Rev Eletrônica Enferm**, v. 7, n. 3, p. 303-307, 2005. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/ok/original_07.htm. Acesso em: 2 fev. 2010.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p. 7-34.

PRANDONI, R. I. S.; PADILHA, M. I. G. S.; SPRICIGO, J. S. A reforma psiquiátrica possível e situada. **R Enferm UERJ**, v. 14, n. 3, p. 357-365, 2006.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, set. 2010.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – SENAD. **Relatório Brasileiro sobre drogas**. Brasília (DF), 2009.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicol Estud.**, v. 17, n. 2, p. 237-246, 2012.

SOUZA, J. *et al.* Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e a Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210-217, abr./jun. 2007.

TCU. Tribunal de Contas da União. **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília (DF), 2012.

TEIXEIRA, L. G.; VILLAR, L. M. A.A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro, Brasil: atitudes e crenças. **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 13(Spe), p. 872-879, 2005.

VARGAS, D.; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e drogas(CAPS ad): a forma e a busca pelo conhecimento específico da área.**Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 119-126, 2011.

VARGAS, D.; LABATE, R. C. Atitude de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e ao alcoolismo. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 1, p. 47-55, jan./fev. 2006.

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V.; OLIVEIRA, M. A. F. Atendimento do alcoolista em serviços de atenção primária a saúde: as percepções e as condutas do enfermeiro.**Acta Paul Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 543-550, jan./fev. 2010.

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers.**Rev Latino-am Enfermagem**, n. 16 (Spe), p. 543-550,2008.

CAPÍTULO 18

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: APLICAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS

Maria Salete Bessa Jorge
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

INTRODUÇÃO

O conhecimento se tornou um diferencial competitivo das organizações, possibilitando a melhoria contínua da estrutura, processos, produtos e serviços. Os novos contextos sociais, epistemológicos e sanitários vêm exigindo mudanças profundas nos modelos educacionais das profissões, sobretudo no campo da saúde.

A educação superior na área da saúde, ao longo de seus movimentos histórico-pedagógicos, vem passando por profundas transformações para acompanhar, em termos de fluxos de pensamento, as concepções que norteiam a formação do profissional que deve conduzir para o compromisso com a clientela o que proporcionará a melhora da qualidade de saúde da população, atendendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (RODRIGUS, 2007).

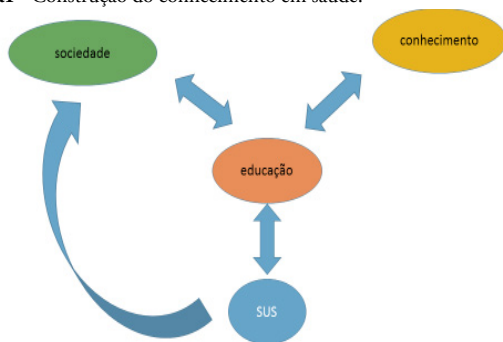
A oferta de possibilidades aplicáveis ao processo formativo reduz a centralidade em determinados conjuntos didático

-pedagógicos modelados pela linha diretiva da relação professor-aluno-profissional de saúde-usuário. Por vezes, emerge a “utilização” das situações socio sanitárias e clínico-assistenciais como mero objeto de aprendizado, desvalendo da condição existencial da situação humana.

As concepções de práticas educativas são norteadas pelas tendências pedagógicas, ou seja, o modo pelo qual é compreendido o processo de ensino-aprendizagem. Estas tendências se referem à forma predominante pela qual se efetua o processo educativo e podem ser classificadas em pedagogia tradicional, renovada, por condicionamento e crítica.

Fleury (2002) reflete que a maximização dos talentos humanos é uma preocupação de toda a organização. As organizações buscam gerir o conhecimento por meio da gestão de pessoas e da gestão do conhecimento, um conjunto de ações visando a criação, disseminação, desenvolvimento e utilização do conhecimento. Desta forma, a organização amplia o seu capital intelectual e promove o desenvolvimento de todos.

Figura1 – Construção do conhecimento em saúde.



Fonte: Elaboração própria

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana newtoniana, fragmentado e reducionista (CAPRA, 2006). Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica. Esta fragmentação do saber se manifestou no aguçamento das subdivisões da universidade em centros e departamentos e dos cursos em períodos ou séries e em disciplinas estanques. Nesse sentido, o processo ensino-aprendizagem, igualmente contaminado, tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que, ao discente, cabe a retenção e a repetição dos mesmos – em uma atitude passiva e receptiva (ou reprodutora) – tornando-se mero expectador, sem a necessária crítica e reflexão (BEHRENS, 2005). Ao contrário, a passagem da consciência ingênua para a consciência crítica requer a curiosidade criativa, indagadora e sempre insatisfeita de um sujeito ativo que reconhece a realidade como mutável.

Um dos desafios para a formação de profissionais de saúde deste início de século está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo-de interdependência e de transdisciplinaridade –, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais com a conseqüente expansão da consciência individual e coletiva. Um profissional de saúde, em um contexto de mudanças, deve se qualificar com: uma base de conhecimentos, quantitativa e

qualitativamente, definida; uma compreensão de como resgatar, avaliar e validar novos conhecimentos; capacidade para resolver problemas complexos e conceituar novas hipóteses; uma compreensão aprofundada da condição humana e das relações entre as pessoas; e potencial para desenvolver competências em gestão e liderança de grupo.

Portanto, um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico para, efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação.

Nesse contexto, o modelo de ensino tradicional vem sendo paulatinamente substituído por novas tendências pedagógicas as quais apontam para a necessidade da formação de um profissional crítico-reflexivo, capaz de transformar a realidade social do seu cotidiano, minimizando injustiças e desigualdades. No contexto das novas tendências pedagógicas, a Metodologia Ativa é uma das possíveis estratégias na qual o aluno é o protagonista central, ou seja, corresponsável pela sua trajetória educacional, e o professor se apresenta como coadjuvante, um facilitador das experiências relacionadas ao processo de aprendizagem.

Freire (2006) traz à tona que uma escolha segura para eliminar as fronteiras entre esses diferentes atores é o diálogo, que funciona como uma estratégia eficaz para a elaboração de conflitos e permite o trabalho coletivo. O resgate da palavra e da escuta potencializa a mudança. Entretanto, somente por meio da disponibilidade e do respeito pelo potencial de cada

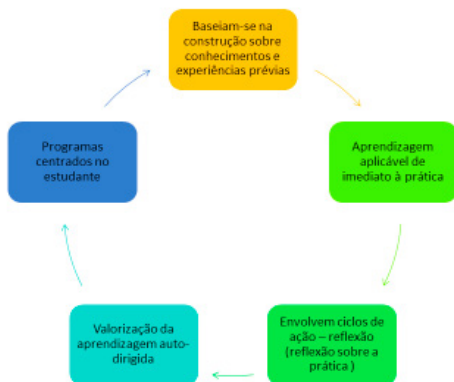
ator será possível uma verdadeira transformação. Como consequência, ao aprender a conviver com as diferenças, poder-se-á transformá-las em desafios, mas será preciso enfrentá-los para superá-los. Aquele que enfrenta o desafio de desejar transformar o ensino enfrenta, também, o desafio de promover a sua própria transformação (DEMO, 2004).

Do mesmo modo, para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), não há como dissociar mudanças no setor de produção sem pensar nas mudanças ocorridas no mercado de trabalho e no processo de formação do profissional que neste mercado irá atuar. Para tanto, será preciso concatenar perfil do aluno, perfil do egresso, perfil de habilidades e competências profissionais, em consonância com o desenvolvimento científico e tecnológico aliado a uma formação humanista e, também, ao desenvolvimento da cidadania. Esta nova perspectiva solicita uma formação que capacite este profissional a modificar sua postura e seus procedimentos, além de flexibilizar seus equipamentos e tecnologias para atender às necessidades do desenvolvimento de uma sociedade sustentável (GEMIGNANI, 2012).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) surge no cenário da educação superior definindo, entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade. Tais prerrogativas foram reafirmadas pelas Diretrizes Curriculares, para a maioria dos cursos da área de saúde, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais com destaque para o Sistema Único de Saúde (SUS). Neste momento, as instituições formadoras são convidadas a mudar suas práticas pedagógicas em uma tentativa de se aproximarem da

realidade social e de motivarem seus corpos docente e discente a tecerem novas redes de conhecimentos (BRASIL, 2001).

Características dos Programas Educacionais Inovadores das Profissões de Saúde Relacionados ao Movimento em prol de uma Educação Baseada em Evidências



Fonte: Adaptado de Mendes, Silveira e Galvão, 2008

Na formação em saúde, os debates giram em torno do perfil do profissional formado, principalmente, com a preocupação relativa à tendência à especialização precoce e ao ensino marcado, ao longo dos anos, por parâmetros curriculares baseados no relatório de Flexner. A ênfase na sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos de curso, a organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade, a valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar enfocando a atenção curativa, individualizada e unicausal da doença produziram um ensino dissociado do serviço e das reais necessidades do sistema de saúde vigente.

A oferta de possibilidades aplicáveis ao processo formativo reduz a centralidade, em determinados conjuntos didático-pedagógicos modelados pela linha diretiva da relação professor-aluno-profissional de saúde-usuário. Por vezes, emerge a “utilização” das situações sociossanitárias e clínico-assistenciais como mero objeto de aprendizado, desvalendo-se da condição existencial da situação humana.

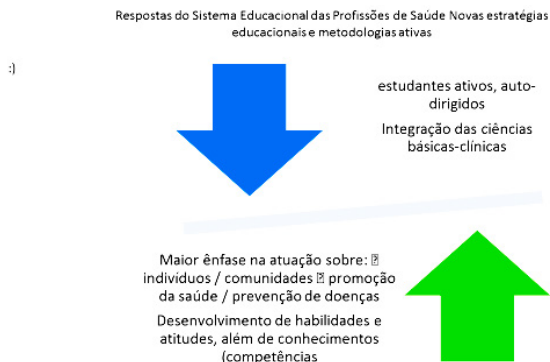
As proposições político-institucionais são orientadas pela Política Nacional de Educação que segue as diretrizes nacionais da educação e, no caso da área da saúde, as recomendações curriculares mínimas para as profissões inerentes a este contexto técnico-profissional. Cada curso de graduação ou técnico-profissionalizante deve priorizar uma pauta mínima de conteúdo e temáticas abordadas. Ainda assim, os marcos teóricos, filosóficos e assistenciais regem, em cada situação, a finalidade do processo formativo operado.

Em um processo de formação ativo, a avaliação precisa superar as práticas ainda presentes de consolidados objetivos sobre a capacidade intelectual dos discentes apenas na vertente quantitativa e momentânea do aprendizado. Cada vez mais, as experiências com portfólios, rodas de discussão clínica e prática supervisionada disponibilizam um espectro mais amplo sobre a avaliação do processo de aprendizado.

Ademais, necessita-se de debates e proposições para a participação ativa e curricular dos discentes, docentes, profissionais de saúde e usuários, nos grupos de pesquisa envolvidos com temáticas assistenciais e de atenção à saúde, para um melhor alinhamento entre as evidências inovadoras e as demandas e necessidades sociais do campo sanitário, sem deixar de mencio-

nar a necessidade de incentivo à prática integrativa dos cursos técnico-profissionalizantes, graduação, pós-graduação e capacitações da área da saúde com interação de diferentes profissões e disciplinas do conhecimento e ativação das estratégias para consolidação do Sistema Único de Saúde no processo formativo, no sentido de implicar os sujeitos na construção da atenção à saúde resolutiva, integral e justa como direito do cidadão.

Podemos entender Metodologias Ativas como formas de desenvolver o processo do aprender que os professores utilizam na busca de conduzir a formação crítica de futuros profissionais nas mais diversas áreas. A utilização destas metodologias pode favorecer a autonomia do educando, despertando a curiosidade, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas advindas das atividades essenciais da prática social e em contextos do estudante. Dentre umas das Metodologias Ativas utilizadas está a problematização, que tem como objetivo instigar o estudante mediante problemas, pois, assim, ele tem a possibilidade de examinar, refletir e se posicionar de forma crítica.



Fonte: Adaptado de Berbel, 2011

Dentro deste mundo de troca de experiências e cultura, o docente e seus recursos didáticos terão grande importância para o aprendizado crítico-reflexivo do estudante. Para definir o educador será contextualizá-lo na sua prática. Diria que o educador é todo ser humano envolvido em sua prática histórica transformadora.

Diante desse contexto, a utilização de metodologias ativas na formação de profissionais de saúde surge enquanto uma estratégia para desenvolver habilidades e competências em saúde, produzir corresponsabilidades, compartilhamento dos diferentes saberes, possibilitando inclusão, valorização e identificação entre os membros, sendo que muitos buscam amparo diante de seus problemas de saúde.

Ampliando os rumos dessa nova metodologia, as maiores mudanças na educação em saúde têm sido observadas na América do Norte, Austrália e Holanda, iniciadas em 1969, pela Universidade de McMaster, ao implantar a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) na educação médica. No Brasil, universidades utilizam esta metodologia ativa de ensino desde 1997, a começar pela Faculdade de Medicina de Marília, Universidade Estadual de Londrina, ampliando depois para a Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de Alagoas, entre outras.

No Brasil, em uma retrospectiva da aplicação da Metodologia Ativa, identificamos que o seu uso na educação formal é algo recente, a partir dos anos 2000, com a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, com o intuito de buscar uma formação dos profissionais de saúde orientada para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A CONSTRUÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE NOVAS FORMAS DE ENSINO APRENDIZAGEM

Ensino-aprendizagem é um processo que sempre esteve presente seja de forma direta ou indireta nos relacionamentos entre os humanos. Em se tratando deste processo no âmbito universitário, o bom desenvolvimento desta relação dependerá de um bom conhecimento e do uso de recursos didáticos por parte do educador.

A corresponsabilidade vai se construindo na experiência de várias e inúmeras decisões, não ocorrendo em hora marcada e sim em experiências respeitosas de liberdade (FREIRE, 2006).

Na formação na área de saúde, surge, também, o conceito de aprender fazendo, o qual, segundo Fernandes *et al.* (2003), pressupõe que se repense a prática na produção do conhecimento, assumindo que esta ocorre por meio da ação-reflexão-ação. Reafirma-se, assim, a ideia de que o processo ensino-aprendizagem precisa estar vinculado aos cenários da prática e deve estar presente ao longo de toda a carreira.

Assumir esse novo modelo na formação de profissionais de saúde implica o enfrentamento de novos desafios, como a construção de um currículo integrado em que o eixo da formação articule a tríade prática-trabalho-cuidado, rompendo a polarização individual-coletivo e biológico-social, e direcionando-se para uma consideração de interpenetração e transversalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2003; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; FEUERWERKER, *et al.*, 2004).

Para tanto, fazem-se necessárias as rupturas do paradigma biomédico, traduzido pelo modelo médico-centrado que ainda sustenta as práticas em saúde e grande parte dos currículos da

área de saúde no Brasil (CIUFO; RIBEIRO, 2008; FEUERWERKER, 1995, 1999, 2002), e da concepção de saúde como ausência de doença, o que implica ampliar a compreensão do processo saúde-doença, orientada pela produção do cuidado em saúde, procurando articular ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, demarcando a pluralidade de saberes através do trabalho em equipe interdisciplinar e integrado, na rede de serviços de saúde (MERHY, 2002; FRANCO, 2007).

A partir destas colocações, as instituições formadoras exercem papel relevante como um dos agentes desse processo. As graduações ligadas ao campo da saúde, como a Enfermagem, encontram-se, em sua maioria, reproduzindo uma formação fragmentada e focada na organização curricular disciplinar, ainda centrada em especialidades com valorização do saber técnico, tendo como cenário predominante de prática, o hospital, enfatizando práticas em saúde procedimento-centradas, não situando a corresponsabilidade usuário, trabalhador, gestor do SUS e sociedade para a mudança do modelo de saúde (MERHY, 2002; ASSIS, 2007).

Sabe-se que para a concretização do SUS, faz-se necessária a incorporação dos princípios da integralidade à saúde pela academia, serviços de saúde e gestores. Assim, se os agentes políticos desta Política (instituições, docentes, alunos) no reconhecimento de que a educação se constitui de instrumento para a liberdade, o exercício de ensino aprendizagem se dará no encontro entre as diferenças, na busca da liberdade, de ser e fazer, como forças a atuarem em complementaridade. (PRADO, BACKES, SANTANA, SOUZA, 2007).

No entanto, dada a complexidade desta questão, com a mudança do paradigma tradicional, no processo de formação dos profissionais de saúde, de um modelo clínico centrado na doença para um modelo integral da saúde, integrando disciplinas, práticas e saberes, a formação do enfermeiro irá além das escolas formadoras, envolvendo serviços de saúde existentes no SUS e enfermeiros que atuam nestes contextos de prática.

Em decorrência, o currículo integrado é resultado de uma filosofia político-social e de uma estratégia didática, implicando educar cidadãos com capacidade para o pensamento crítico (OLIVEIRA *et al.*, 2003). Em muitas experiências de modificação do processo de formação profissional, a participação dos profissionais dos serviços e da comunidade (usuários) na definição de conteúdo e na orientação das atividades a serem desenvolvidas com o corpo discente tem sido essencial para que essas novas práticas sejam construídas.

E novas práticas incluem uma nova concepção no planejamento e construção de conteúdos e objetivos educacionais que, segundo Zanottoe Rose (2003), também precisam ser transformados:

- de orientada por conteúdos e objetivos mal definidos para orientada para competências bem definidas e baseadas nas necessidades de saúde das pessoas;

- da transmissão de informações e pura utilização da memória (decorar), para a construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas, considerando experiências anteriores de aprendizagem, culturais e de vida, ajudando o discente a identificar e superar hiatos de aprendizagem;

- de primeiro a teoria e depois a prática (somente nos últimos anos do curso), para um processo integrado de ação-reflexão-ação, desde o princípio do curso;

- de uma atenção episódica centrada na doença para uma atenção contínua, centrada no cuidado das pessoas, com o estabelecimento de vínculos afetivos com elas;

- de uma abordagem puramente psicológica para uma abordagem biológica, psicológica e sociocultural;

- da utilização do paciente puramente como objeto de prática dos estudantes, para a participação consentida e informada do paciente no processo de ensino-aprendizagem com respeito a sua dignidade e privacidade;

- do uso de campos de prática predominantemente hospitalares, para cenários de ensino-aprendizagem-assistência em que os estudantes sejam inseridos como membros ativos; e

- de avaliação praticamente somativa/punitiva no final das unidades, estágios e disciplinas, para uma avaliação preferencialmente formativa, com constantes *feedbacks*.

Embora polêmico, não é difícil constatar que o ensino se torna muito mais eficaz quando os alunos, de fato, participam. As aulas se tornam muito mais vivas e interessantes quando são participadas com perguntas feitas aos alunos e pelos alunos. Elas conduzem a rumos diferentes, conforme as respostas dos alunos. Uma resposta suscita uma informação adicional que suscita outra pergunta e, conseqüentemente, outra resposta. Sendo assim, as aulas passam geralmente a requerer uma breve revisão, que é feita com a participação dos alunos. Becker (2001) reforça a ideia ao afirmar que a educação deve ser um

processo de construção de conhecimento ao qual ocorrem, em condição de complementaridade, por um lado, os alunos e professores e, por outro, os problemas sociais atuais e o conhecimento já construído.

METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR

Nos dias atuais, há uma grande necessidade de que os docentes do ensino superior desenvolvam competências profissionais para preparar os novos profissionais com uma formação crítico social. Logo, é preciso substituir as formas tradicionais de ensino por metodologias ativas de aprendizagem que podem ser utilizadas como recurso didático na prática docente cotidiana.

Participando desta discussão, Castanho (2000) faz referência ao momento socioeconômico e político vivido atualmente no país e no mundo, que exige profundas mudanças e rupturas em todos os níveis da atividade humana. A docência no Ensino Superior ainda é um desafio, pois nem sempre o professor está disposto a partilhar com os acadêmicos o processo educativo. Democratizar o espaço da sala de aula parte do pressuposto de que a prática pedagógica deve ser permeada pela pesquisa, contribuindo de forma ativa para a descoberta e para o desenvolvimento de uma atitude de autonomia intelectual. O maior desafio do docente no Ensino Superior é fazer com que o acadêmico tenha uma participação efetiva nas discussões de sala de aula. A prática pedagógica no Ensino Superior deve ser encarada com muita seriedade: requer posturas e comprometimentos com um processo que eduque para a autonomia do acadêmico, mediado pelo professor. Somente uma educação

que tenha como princípio a liberdade, poderá auxiliar na construção de uma sociedade mais humanizada. (DEBALD, 2003, p.1). Em muitos casos, percebe-se que a dificuldade não está no conteúdo, mas no aspecto metodológico, ou seja, o professor tem domínio sobre a temática, mas não consegue encontrar uma forma adequada de abordá-la, possibilitando a aprendizagem.

As Metodologias Ativas se baseiam em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando as condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos (BERBEL, 2011). Estudantes e professores são os atores principais, em um ambiente de ensino-aprendizagem a respeito de um núcleo de conhecimento. Dependendo da metodologia empregada para a concepção do ambiente, estes atores assumem diferentes papéis, destacando-se o aprendiz e mestre e, mais recentemente, mediador e professor como mediador. Logo, para que estas possam causar efeito na direção da intencionalidade pela qual são definidas ou eleitas, será necessário que os participantes do processo as assimilem no sentido de compreendê-las (BERBEL, 2011).

As instituições de ensino superior, como cenário, buscam visibilidade na introdução de metodologias de ensino inovadoras, em um processo lento, porém os estudantes de graduação desejam uma participação ativa independentemente do método (problematização ou ABP). Estas metodologias se caracterizam pelo fato de se trabalhar em pequenos grupos a fim de superar a relação com a prática educativa (SARDO; DAL SASSO, 2008).

APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS – PBL

A PBL, em seu nível mais fundamental, é um método caracterizado pelo uso de problemas do mundo real para encorajar os alunos a desenvolverem pensamento crítico e habilidades de solução de problemas e adquirirão conhecimento sobre os conceitos essenciais da área em questão (RIBEIRO *et al.* 2003).

A PBL se originou, como proposta metodológica, em 1969, na McMaster University, Canadá, para o estudo de medicina, mas é possível encontrar exemplos de implementação da PBL em todo o sistema educacional. Apesar de ter sido sistematizada há pouco mais de trinta anos, a PBL não é uma abordagem nova. Muitos de seus elementos norteadores já foram contemplados anteriormente por educadores e pesquisadores educacionais do mundo todo, tais como Ausubel, Bruner, Dewey, Piaget e Rogers (DOCHY *et al.*, 2003). A PBL pode ser considerada inovadora na medida em que consegue incorporar e integrar conceitos de várias teorias educacionais e operacionalizá-los na forma de um conjunto consistente de atividades. Segundo Masetto (2003,p.323-330): a colocação do aluno em contato com a realidade profissional desde o primeiro ano; a superação dos requisitos teóricos para se partir para a prática; a aquisição do conhecimento de forma não necessariamente lógica e sequencial; a construção do conhecimento em rede, não linear; e a responsabilização dos alunos por seu desenvolvimento profissional e por seu comportamento ético com relação aos colegas, professores e sociedade.

Ribeiro *et al.* (2003) acreditam que a PBL contempla três princípios fundamentais sobre a aprendizagem, a saber: a aprendizagem é um processo construtivo e não receptivo– o co-

nhecimento é estruturado em redes de conceitos relacionados entre si e conceitos novos são aprendidos na medida em que são relacionados a redes preexistentes, sendo, portanto, importante ativar o conhecimento prévio dos alunos sobre o assunto em questão de modo a conseguir a aprendizagem de novos conceitos relacionados a ele; a meta cognição afeta a aprendizagem – habilidades tais como o estabelecimento de objetivos (o que vou fazer?), a seleção de estratégias (como vou fazer?) e avaliação dos resultados (funcionou?) são consideradas essenciais à aprendizagem; fatores contextuais e sociais influenciam a aprendizagem – o contexto em que o ensino se dá favorece ou inibe a aprendizagem, assim, a aprendizagem é otimizada quando o conteúdo ensinado está próximo do contexto profissional futuro dos alunos e quando os alunos compartilham responsabilidades e visões diferentes sobre uma mesma questão, o que leva os alunos a aprofundarem seu questionamento sobre o assunto e a desenvolverem habilidades tais como senso crítico, aceitação de opiniões diferentes, construção de consenso.

GRUPOS OPERATIVOS

Uma forte característica do mundo atual é a importância do conhecimento e da informação frente aos outros fatores de produção. Ocorre uma extrema necessidade de trabalhos em grupo, um processo ativo de troca e produção de conhecimento e não somente difusão de informações, um conhecimento apropriado e condizente com cada realidade. Para tanto, é preciso desenvolver nas salas de aula do ensino superior, um ambiente de reflexão e discussão onde ocorra a participação de todos.

Segundo Bastos (2010), a técnica dos grupos operativos começou a ser sistematizada por Pichon-Rivière (1998), médico psiquiatra, a partir de uma experiência no hospital de Las Mercedes, em Buenos Aires, por ocasião de uma greve de enfermeiras. Esta greve inviabilizaria o propõe, para os pacientes “menos comprometidos”, uma assistência para com os “mais comprometidos”. A experiência foi muito produtiva para os 135 pacientes, os cuidadores e os cuidados, na medida em que houve uma maior identificação entre eles e pôde-se estabelecer uma parceria de trabalho, uma troca de posições e lugares, trazendo como resultado uma melhor atendimento aos pacientes portadores de doenças mentais, no que diz respeito à medicação e aos cuidados de uma maneira geral. Diante da falta do pessoal de enfermagem, Pichon-Rivière integração.

A aprendizagem centrada nos processos grupais coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros. A aprendizagem é um processo contínuo em que comunicação e interação são indissociáveis, na medida em que aprendemos a partir da relação com os outros.

Para Bastos (2010), a técnica de grupo operativo consiste em um trabalho com grupos cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações.

Para Gayotto (1992), a constituição do sujeito é marcada por uma contradição interna: ele precisa, para satisfazer as suas necessidades, entrar em contato com o outro, vincular-se a ele e interagir com o mundo externo.

Podemos dizer que através do grupo cooperativo, há uma rede de interações entre os indivíduos e, a partir das interações, o sujeito pode se referenciar no outro, encontrar-se com o outro, diferenciar-se do outro, opor-se a ele e, assim, transformar e ser transformado por este, na construção do conhecimento.

Ainda de acordo com Bastos:

no trabalho com os grupos temos que caminhar no sentido da explicitação do implícito em que predominam as resistências à mudança representadas tanto pelo medo da perda do referencial como do ataque em que uma situação nova passa a ser vivida como perigosa. É justamente a explicitação do implícito que faz o grupo caminhar em direção à tarefa como no movimento de uma espiral dialética. A técnica de grupo operativo propõe a presença e intervenção de um coordenador, que indaga e problematiza, estabelecendo algumas articulações entre as falas e os integrantes, sempre direcionando o grupo para a tarefa comum; e um observador que registra o que ocorre na reunião, resgata a história do grupo e depois analisa com o coordenador os pontos emergentes, o movimento do grupo em torno da tarefa e os papéis desempenhados pelos integrantes. Em relação aos papéis no grupo, podemos dizer que alguns são fixos, como o papel do coordenador e do observador, enquanto outros

emergem no decorrer do processo, articulando-se com as necessidades e com as expectativas tanto individuais quanto grupais, podendo alternar-se. (BASTOS, 2010, p. 7).

O trabalho em grupo auxilia no desenvolvimento de habilidades e da inteligência relacional, que compreende a inteligência intrapessoal (autoconhecimento emocional, controle emocional e automotivação) e a inteligência interpessoal (reconhecimento de emoções de outras pessoas e habilidades em relacionamentos interpessoais). O trabalho em grupo mais do que a junção dos alunos pode proporcionar desenvolvimento inter e intrapessoal, por meio do estabelecimento de objetivos compartilhados que se alteram conforme a estratégia proposta. A despeito das variadas formas de organização grupal, comum a todas está o desenvolvimento da habilidade de conversar e compartilhar (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

PROBLEMATIZAÇÃO

A problematização tem como eixo básico a ação reflexão-ação que conduz o processo e tem nos estudos de Paulo Freire a sua origem, quando o professor permite ao aluno se perceber como ser inserido no mundo tentando responder a novos desafios. Os problemas que devem ser estudados partem de um cenário real e têm seu trabalho político-pedagógico marcado por uma postura crítica da educação. Pode ser aplicada para planejar um curso de uma disciplina ou no ensino de temas da disciplina e estimula os alunos a refletirem sobre uma realidade concreta.

A dinâmica do Júri Simulado é utilizada como parte do processo avaliativo da metodologia problematizadora. O tema proposto para a atividade é Sistema Único de Saúde (SUS): fragilidades e potencialidades. Tem como objetivo exercitar o uso da argumentação como ferramenta principal de convencimento. Esta atividade proporcionará aos alunos uma reflexão dialogada, estimulará o juízo crítico sobre o sistema de saúde fazendo com que os alunos tenham uma visão ampliada do SUS e também se mantêm em sintonia com a metodologia problematizadora adotada.

A formação com base em metodologias ativas problematizadora implica desenvolver no discente a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com as situações, os problemas e os dilemas da vida real. A avaliação das resoluções/discussões dos problemas é um processo complexo, intencional e continuado, que vai acontecendo no dia-a-dia, nos espaços de ensino e de aprendizagem, marcado por um conjunto de orientações dentre as quais destacamos: a) valorizar a aplicação dos atributos do aluno em situação prática; b) desenvolver um ambiente de confiança, onde errar é visto como natural e não como penalizável; c) privilegiar uma observação formativa em situação e no cotidiano; d) instigar à superação de si mesmo, ao desejo de se aperfeiçoar, favorecendo a metacognição como fonte de autorregulação; e) os conceitos suficiente ou insuficiente representam um meio para acompanhar a evolução do aluno ao longo do curso, eliminando, assim, as suas funções classificatórias, eliminatórias e de controle.

SIMULAÇÃO REALÍSTICA

A simulação realística é metodologia educativa centrada no aluno e nas suas necessidades de aprendizagem, ao invés de

se centrar no doente, como ocorre em contexto clínico. Proporciona uma exposição sistemática, proativa e controlada dos alunos aos desafios clínicos, progressivamente mais complexos, incluindo aquelas situações potencialmente fatais que não poderiam ser treinadas de outra forma. A transformação do ambiente para uma realidade programada é capaz de envolver os participantes e formar competências inexploradas no conteúdo teórico. A simulação como metodologia de ensino em saúde contribui de forma significativa para a formação de profissionais mais qualificados, fomentando competências técnicas, éticas e políticas para o enfrentamento dos problemas de saúde nos quais estejam inseridos.

O Laboratório de Simulação provê a necessidade da prática de habilidades em momentos de interação com o docente e em oportunidades de repetições e práticas individuais do aluno. Esta estratégia busca reduzir a pressão sobre o aluno, que pode praticar sem interferência. A introdução de uma avaliação somativa propicia ao aluno um *feedback* do seu desenvolvimento individual e de sua inserção no trabalho em grupo. Neste sentido, a simulação permite que o profissional em aprimoramento pratique sua atuação previamente, podendo ocorrer falhas e, por meio da discussão final (*briefing*), reformular sua conduta com êxito. A experiência da simulação promove aumento da confiança e maior engajamento do estudante em relação à conduta decorrente da vivência de diversas situações no cenário programado que imita a realidade.

A simulação aplicada às ciências da saúde se tornou ferramenta poderosa na análise de sistemas e na resolução de problemas, sendo ainda pouco utilizada na formação acadêmica de profissionais de saúde (PERGHER *et al.*, 2013).

Disciplinas como Simulação Aplicada a protocolos clínicos de urgência, emergência, centro cirúrgico, gestão em saúde, como, por exemplo, sala de situação da atenção primária de saúde, abordam conceitos teóricos sobre o cotidiano, tais como: o processo de decisão clínica, gerencial, o tratamento estatístico necessário aos dados de entrada e saída, o desenvolvimento de modelos conceituais, e a otimização possível em modelos e aplicações da teoria discutida em sala. Entretanto, não se deve restringir apenas a questões teóricas, devendo fomentar o interesse dos discentes pelo tema, através da problematização de situações reais em ambientes e organizações nas quais, normalmente, os alunos já atuam em seus campos de estágios. Portanto, é preciso fomentar a aproximação, o contato direto do discente com as unidades de saúde, quer a nível primário, secundário ou terciário e, sobretudo, com a capacitação e com o domínio das tecnologias aplicadas em ambientes de cuidado e de gestão, além de mensurar a aptidão dos alunos na modelagem de um problema real e na proposição de possibilidades futuras na forma de cenários alternativos, na identificação de atividades críticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Novos desafios se impõem nos cenários atuais da educação de currículos universitários altamente complexos. O acúmulo exponencial de conhecimentos e a incorporação crescente de tecnologias de aplicação nas várias áreas da saúde impulsionaram para uma formação médica fragmentada em campos altamente especializados e para a busca da eficiência técnica. No entanto, as transformações da sociedade contemporânea

têm colocado em questão os aspectos relativos à formação profissional. Nas áreas de saúde, este debate ganhou contornos próprios, na medida em que a indissociabilidade entre teoria e prática, a visão integral do homem e a ampliação da concepção de cuidado se tornaram essenciais para o adequado desempenho laboral.

A prática integrativa dos cursos técnico-profissionalizantes, de graduação, pós-graduação e capacitação da área da saúde com interação de diferentes profissões e disciplinas do conhecimento e ativação das estratégias para consolidação do Sistema Único de Saúde pelo processo formativo tem o sentido de implicar os sujeitos na construção da atenção à saúde resolutiva, integral e justa como direito do cidadão.

A aprendizagem propiciada através de metodologias ativas caracteriza, certamente, como um objeto de aprendizagem multidisciplinar aplicando, na forma assistencial e gerencial, o que foi observado *in loco*, através da mobilização de conhecimentos teóricos assimilados em sala de aula. O maior desafio é que, além de tornar o problema mais próximo da realidade, ele precisa ser articulado com as competências do módulo (conhecimento, habilidades e atitudes) e incluir várias dimensões, sejam a patológica, psicossociais, espirituais bem como o processo de trabalho na área de saúde. A maior dificuldade ao propor o problema está relacionada à qualidade de ser simples e objetivo, evitando-se um enunciado complexo que pode tornar difícil a visualização da questão principal e gerar um número grande de objetivos de aprendizado, desmotivando o estudo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA M. Diretrizes curriculares para os cursos universitários na área de saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.

ALMEIDA. Guido. O professor que não ensina. São Paulo: Summus, 1986.

BASTOS, A. B. B. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo informação**, ano 14, n. 14, jan./dez. 2010.

BASTOS, C. C. **Metodologias Ativas**. 2006. Disponível em: <http://educacaoemedicina.blogspot.com.br/2006/02/metodologias-ativas.html>. Acesso em: 11 mar. 2016.

BEHRENS, M.A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BLEGER, J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BRASIL. **Lei n. 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes da Educação Nacional. Brasília, Diário Oficial da União, 23 dez. 1996.

CAPRA, F. **O ponto da mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2006.

CASTANHO, M. E. L. M. A criatividade na sala de aula universitária. In: VEIGA, I. P. A. *et al.* **Pedagogia universitária: a aula em foco**. 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2000. p. 87.

CECCIM, R. R.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

ZANOLLI M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJJ, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. p. 40-61.

COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F.;MUNIZ, J.N. Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real. Viçosa: UFV-Cebes; 1998.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 780-788, 2004.

DEMO, P. **Professor do futuro e reconstrução do conhecimento**. Petrópolis, RJ: Vozes,2004.

DOCHY, F. *et al.* Effects of problem-based learning: a meta-analysis. **Learning and Instruction**, n. 13, p. 533-568, 2003. Disponível em: <http://www.ydae.purdue.edu/lct/hbcu/documents/Effectsofproblem-basedlearningameta-analysis.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2003.

FLEURY, M. T. L. A gestão de competência e a estratégia organizacional. In: _____. (Coord.). **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002. p. 51-62.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

FERNANDES, J. D. *et al.* Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Rev. Enfermagem**, v. 56, n. 54, p. 392-395, 2003.

FEUERWERKER, L.C.M. Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2004.

GAYOTTO, M. L. **Conceitos básicos que facilitam a compreensão do início de um grupo**. Artigo referente ao curso de especialização em Coordenação de grupos operativos do Instituto Pichon-Rivière. [S.l.: s.n.], 1992. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/psicologiaauto-ajuda-artigos/grupos-operativos-pichon-riviere-2745421.html>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

GEMIGNANI, E. Formação de professores e metodologias ativas de ensino-aprendizagem: ensinar para a compreensão. **Revista Fronteira da Educação** [online], Recife, v. 1, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.fronteirasdaeducacao.org/index.php/fronteiras/article/view/14>>. Disponível em: <<http://www.fronteirasdaeducacao.org/index.php/fronteiras/article/view/14>>.

MASETTO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MENDES, K.D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.I; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764. out./dez. 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MITRE S.M.;SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M.; MORAIS-PINTO N.M.; MEIRELLES, C.A.B.; PINTO-PORTO, C.; *et al.*. Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem na formação do profissional de saúde: debates atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(2): 2133-2144, 2008.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2004. p. 143-164.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RIBEIRO, L. R. C. *et al.* **Uma experiência com a PBL no ensino de engenharia sob a ótica dos alunos**. São Paulo: COBENGE, 2003.

SARDO, P.M.G.; DAL SASSO, G.T.M. Aprendizagem baseada em problemas em ressuscitação cardiopulmonar: suporte básico de vida. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 784-792, 2008.

TOLEDO JÚNIOR, A.C.; IBIAPINA, C.C.; LOPES, S.C.F.; RODRIGUES, A.C.P.; SOARES, S.M.S. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. *Revista Médica de Minas Gerais*; 18(2): 123:131. 2008.

ZANOTTO, M.; ROSE, T. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Rev Educação e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 45-54, 2003.

CAPÍTULO 19

FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: RAÍZES HISTÓRICAS A INFLUENCIAR AS PRÁTICAS ATUAIS

Talita Leite Ladeira

Aluísio Gomes da Silva Junior

Lilian Koifman

INTRODUÇÃO

As raízes históricas da Fisioterapia, no Brasil e no mundo, tiveram como alicerce o modelo biomédico advindo da medicina tradicional, que **é caracterizado pela organização dos conhecimentos de maneira compartimentada e fragmentada, compartimentalizando os indivíduos por especialidades clínicas** (PINHEIRO; CECCIM, 2011).

No Brasil, há três fatores que influenciaram o vínculo da fisioterapia com o modelo biomédico: um fator histórico ligado à sua origem; um fator legal que, obedecendo à origem, limitou áreas e campos de atuação; e um terceiro que foi a formação acadêmica determinada pelas ciências biomédicas (ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2006). Tal modelo marcou fortemente a história do ensino em saúde, tendo como característica uma abordagem pedagógica centrada na transmissão de

informação e treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos (PINHEIRO; CECCIM, 2011; ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; KOIFMAN, 2001).

No que tange à formação acadêmica, o fisioterapeuta, como os demais profissionais de saúde, está inserido no mesmo contexto, com formação direcionada para a doença, mas de forma mais acentuada, já que é visto como “o profissional da reabilitação”, atuando exclusivamente quando a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida (GALLO, 2005).

Segundo Almeida (2008), atualmente, há um distanciamento dos fisioterapeutas dos serviços públicos de saúde, tendo o seu lugar social identificado com o ideário liberal-privatista. Vincula-se a este perfil o modelo de formação que privilegia o perfil curativo-reabilitador privatista, originário da época de criação da profissão, com o objetivo de reabilitar indivíduos com sequelas de traumas e lesões no sistema musculoesquelético (ALMEIDA, 2008; BISPO JUNIOR, 2009).

O maior desafio da profissão, na atualidade, é o processo de organização do trabalho, que retrata uma visão fragmentada do conhecimento, tendendo a formar profissionais também fragmentados (ALMEIDA, 2008). Este fato impossibilita consolidar o modelo de atenção integral à saúde buscado pelo sistema de saúde, o que não condiz com as necessidades do setor saúde do nosso país. Portanto, o modelo em discussão é responsável pela “baixa capacidade de preparar as novas gerações de profissionais para as políticas contemporâneas do trabalho em saúde”, bem como pelo “baixo impacto do exercício profissional na alteração dos indicadores de saúde” (PINHEIRO; CECCIM, 2011, p. 20-21).

Para Almeida e Guimarães (2009), existem dois modelos que representam a prática profissional do fisioterapeuta caracterizados por concepções e ações práticas distintas e opostas. No modelo contra-hegemônico, o fisioterapeuta consegue observar o processo ao qual está submetido o objeto de intervenção, preservando sua totalidade. Há preocupação com o sujeito singular, lidando com pessoas e não apenas com a enfermidade. Na nossa visão, este modelo tem coerência com o que Campos (2003) defende como Clínica do Sujeito, clínica ampliada que inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito, concreto, social e subjetivamente constituído.

Por outro lado, o método hegemônico distancia a prática da realidade, uma vez que, fragmentando o conhecimento e o corpo humano, define os seres e as ideias separadas de suas relações e de suas interações (CAMPOS, 2003). A partir deste processo de naturalização e objetivação, desconsidera-se a subjetividade e a construção de generalidades (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006). Este contrassenso nos coloca diante de uma série de consequências indesejáveis: limitamos a concepção de saúde à mera ausência de doenças, enfatizando o uso de tecnologia “dura” na produção de diagnósticos; a terapêutica é baseada na prescrição medicamentosa e à ênfase em uma perspectiva dita curativa, ou, no máximo, contemplando a prevenção das ditas doenças, embora sempre se esquivando de toda a dinâmica social e subjetiva que dá, de fato, sentido à existência humana (CAMARGO JR., 2007, p. 64).

Outra consequência do modelo hegemônico biomédico é a perda da essência do cuidado em saúde, que deveria ser “o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam no campo” (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005,

p. 78), gerando insatisfação por parte do usuário, tanto no que se refere aos padrões assistenciais quanto à relação profissional-usuário. Nesse âmbito, a dignidade e a singularidade da pessoa humana, com frequência, parecem estar em segundo plano e a objetividade da visão fragmentada interfere nessa relação, comprometendo a garantia do cuidado ético segundo os princípios doutrinários do SUS.

Embora haja evidências de uma prática profissional fragmentada e reducionista resultante de um processo de alienação dos fisioterapeutas, coexistem marcas de superação, mostrando tanto as potencialidades como os limites para a construção de outro modelo de atuação (ALMEIDA, 2008).

SUPERANDO O MODELO BIOMÉDICO: CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE E AS DIRETRIZES CURRICULARES

Com as conquistas e avanços propostos pela Reforma Sanitária brasileira houve a necessidade de modificação do perfil dos profissionais de saúde. Para que a população tivesse suas necessidades de saúde contempladas, passa-se a pensar na formação de profissionais que sejam capazes de construir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, que atendam com qualidade, eficiência e resolutividade no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001). Este momento foi responsável por um marco na história da saúde brasileira, em que a medicina social passa a ser vista como possível alternativa para o modelo excessivamente biológico e tecnológico.

Quando pensamos em um processo de mudança na formação, um ideário presente é a compreensão e valorização da integralidade, significando totalidade, que seria estipulado

como um projeto de transformação dos currículos frente à possibilidade de formar generalistas plenamente capacitados para a clínica integral (PINHEIRO; CECCIM, 2011).

Os eixos que devem nortear a construção de um processo de ensino-aprendizagem baseado na perspectiva da integralidade são:

[...] promoção, prevenção e reabilitação e tratamento, concepção integral do ser humano, abordagem multidisciplinar, atenção integral, inclusão do domínio afetivo da aprendizagem, desenvolvimento da capacidade de diálogo, visão generalista, saberes da assistência individual e da saúde coletiva, campos de prática encarados como espaços de ensino-aprendizagem, educação permanente, conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007, p. 20).

Nesse modelo de atenção que prioriza a integralidade, é importante que as ações sejam centradas no usuário (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; KOIFMAN; HENRIQUES, 2007) “seja porque como pessoas, todos temos o direito de sermos atendidos conforme nossas necessidades, seja porque este é o objeto da saúde: assegurar plena atenção às necessidades das pessoas” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1401).

Então, podemos compreender que a integralidade se traduz como crítica a uma atitude fragmentária baseada na especialização e que reduz o sofrimento do paciente apenas a aspectos biológicos, limitando as práticas dos profissionais de

saúde na atenção individual curativa (ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2006). Na realidade, baseia-se em um novo entendimento do ser humano e suas relações, traçando mudanças de paradigma no campo da saúde. “Na busca de uma prática voltada para o estabelecimento de uma relação democrática, dialógica e ética no cuidado de saúde, a integralidade e a construção de práticas mais amistosas para promovê-la parecem ser um eixo orientador” (KOIFMAN; HENRIQUES, 2007, p. 165).

Para haver transformação, a universidade tem importante responsabilidade na manutenção de espaços de formação crítica, reflexiva e transformadora para a resolução dos problemas e necessidades sociais, capaz de reconhecer o indivíduo e seu contexto, cultivando práticas cuidadoras que primem pela autonomia e valorização do sujeito. A instrumentalização de saberes e técnicas devem ser voltadas não apenas para a simples execução de procedimentos, mas ser capaz de criar elos de ligação entre o mesmo e o ser que nele deposita seu sofrimento. Assim, as universidades são um campo político de luta, responsáveis pela “formação de profissionais com competências técnica e ético-política capazes de responder às demandas e necessidades dos usuários” (PINHEIRO *et al.*, 2011, p. 47).

Desta forma, em 2001, o Ministério da Educação propõe a tentativa de contraponto ao modelo biomédico de formação das profissões de saúde, através da elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) direcionadas para os cursos de graduação da área da saúde. Há a constatação de que “o modelo pedagógico tecnicista e especializado vigente não formaria profissionais com perfil, competências e habilidades necessárias para as mudanças propostas no setor” (ALMEIDA, 2008, p. 98). Assim, era necessário romper com o modelo tradicional

de formação biologicista e introduzir o paradigma da integralidade, preparando os futuros profissionais para enfrentarem os desafios do desenvolvimento do SUS, que se baseia no caráter público, democrático e na busca pela universalidade e integralidade da atenção (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2004).

Nas Diretrizes Curriculares da graduação do curso de Fisioterapia, há menção a um perfil desejável do egresso:

Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado para: atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação (BRASIL, 2002).

Passamos a pensar além do modelo tecnicista posto até então e começamos a pensar em ações que ultrapasassem o caráter individual e que valorizassem o sujeito de forma integral. Estas diretrizes seriam a expressão do compromisso que a mudança na

formação teria ao posicionar a Universidade perante seu papel social nos campos de saúde e educação(MATTOS, 2006).

Mediante os contextos históricos e formativos retratados e a necessidade imperativa de um paradigma mais abrangente para o cuidado integral em saúde, surgem os objetivos de pesquisa: (1) conhecer a percepção dos discentes de fisioterapia sobre o preparo para cuidar do paciente de forma integral; (2) investigar se os conteúdos e práticas pedagógicas utilizados ao longo do curso favorecem a visão integral do paciente; e (3) investigar a preparação dos discentes para lidar com questões emocionais e socioculturais dos pacientes.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Foi desenvolvida uma pesquisa empírica descritiva, de abordagem qualitativa, na Faculdade de Fisioterapia de uma universidade federal brasileira. A escolha da instituição foi realizada por se tratar de uma instituição federal que oferece o curso de fisioterapia e tem grande representatividade para a região em que está localizada bem como para o estado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense/FM/UFF/HU Antônio Pedro, sob Parecer nº 565.790, obedecendo a determinações da Resolução CNS/MS 466/12.

Participaram do estudo 13 discentes que cursavam o 9º e 10º período do curso de fisioterapia. Não houve nenhuma intencionalidade de delimitação amostral por parte da pesquisadora, sendo adotado o critério de saturação amostral. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão foram a disponibilidade e o aceite em participar da pesquisa e a necessidade de estarem cumprindo o estágio curricular. Compreendemos que é durante o estágio que os alunos exercem o cuidado em saúde de forma mais autônoma, podendo colocar em prática os conhecimentos adquiridos, estabelecendo vínculos e responsabilizando-se mais ativamente pelas tomadas de decisão em saúde. O critério de exclusão foi falta de experiência prévia em outro local de estágio.

Para coleta dos dados, realizamos entrevistas semiestruturadas individuais, no período de dezembro de 2013 a março de 2014. Anteriormente à aplicação dos instrumentos com os sujeitos de pesquisa, foram realizadas duas entrevistas piloto, com alunos do mesmo curso e instituição, que não participaram da amostragem, no intuito de averiguar a melhor formulação das perguntas, assegurando-se clareza e objetividade.

Os depoimentos foram gravados e, posteriormente, transcritos. Ao se organizar o material, realizou-se leitura compreensiva, buscando apreender a estrutura global e suas especificidades. Utilizou-se a análise de conteúdo (BARDIN, 2011) para a análise dos dados, a inferência e a interpretação dos resultados. Os dados foram categorizados agrupando-se as informações dentro dos temas centrais que nortearam os objetivos. Para elucidar os achados, alguns trechos de falas mais representativos serão apresentados para auxiliar na interpretação, mediante os referenciais teóricos utilizados.

Para a garantia do anonimato, os participantes foram caracterizados pela letra “D” acrescida de numeração sequencial.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os discentes se mostraram bastante interessados na discussão e expuseram suas opiniões com bastante motivação, refletindo sobre pontos positivos e negativos deste processo de formação em fisioterapia.

Optou-se por delinear as categorizações segundo os objetivos que se seguem:

PREPARO PARA CUIDAR DO PACIENTE DE FORMA INTEGRAL

Em relação ao objetivo de conhecer a percepção dos discentes de fisioterapia sobre o preparo para cuidar do paciente de forma integral oferecido durante a graduação, apreende-se que para 6 dentre os 13 discentes entrevistados, a formação/universidade não os prepara ou prepara com deficiências.

Identifica-se que alguns discentes associam a falha visão integral do ser humano com a existência da fragmentação das disciplinas por especialidades:

Não tanto quanto deveria, mas eu acho que dá um pouco. Porque a gente vê muito assim, as partes. É tudo dividido né: cinesio, cardio, pediatria... Então, tipo assim, você acaba vendo em partes. O tratamento é dividido em partes. (D9).

Mais ou menos! Porque, assim... claro que dá uma noção. A gente,

depois que passa pela atenção primária também já dá uma... um susto, assim, na gente, porque a gente vê tudo separadinho e chega na atenção primária, você pega um paciente e chega lá, você não sabe o que é que ele tem. Chega de todos os tipos lá. Mas... eu acho que assim... poderia ser melhor trabalhado isso com a gente. (D13).

Através da última fala, pode-se perceber que, segundo D13, essa fragmentação –marca da formação – parece ser quebrada somente na Atenção Primária, cenário que exige uma visão integral do paciente. Tal correlação parece equivocada, uma vez que a integralidade deve ser um conteúdo transversal durante toda a graduação e não um conteúdo vinculado somente a este nível de atenção.

A segmentação das disciplinas também é exposta por D10 que, por outro lado, compreende a visão integral voltada para a articulação entre as diversas áreas e profissões de saúde referentes à organização do serviço de saúde. Esta visão corrobora com um dos sentidos atribuídos à integralidade, segundo Mattos (2001), compreendida como um modo de organizar as práticas em saúde.

Olha eu acho que... que não assim... eu acho que tem muitos aspectos que deixam a desejar. [...] Dá a impressão que a fisioterapia fica muito isolada. Igual você vê na UBS [Unidade Básica de Saúde], tem a sala da fisioterapia, que fica lá, o profissional lá e o profissional não tem muita interação

com os outros profissionais. Então, parece que a fisioterapia é uma questão totalmente isolada. E aí você vê aqui também o ambulatório de fisioterapia, o serviço de fisioterapia que também não tem nenhuma integração com nenhum outro setor do hospital. Então eu acho que a formação aqui é... ainda é muito segmentada e as disciplinas também mostram bastante isso, que é tudo focado nas doenças que o paciente precisa, que o paciente apresenta. Então, você vê... vem, chega uma mulher aqui e a mulher tem incontinência urinária, mas tem... fibromialgia. Aí ela vai pro ambulatório da reumato num dia e por ambulatório de saúde da mulher no outro? Sendo que, tipo assim, ela é mulher, tem uma fibromialgia... eh... aí tem incontinência urinária e pode ser trabalhadora, e então... tem aquela questão da saúde do trabalhador. Então parece que você segmenta. É uma coisa que não funciona, sabe!? [risos] Eh... sendo que, acho que assim, focando mesmo na... na pessoa... igual... aqui a gente trabalha com saúde da mulher, eu acho que engloba tudo né. Porque incontinência urinária é um problema muito comum, fibromialgia também afeta mais mulheres e essa mulher pode ser trabalhadora, pode ser... acho, então... que essa questão segmentada acho que já é muito falha e eu acho

que aqui eles tem muita resistência em... em mudar esse modelo assim... por que, eu não sei [risos]. (D10).

Outro valor defendido por Mattos (2001), também observado na fala de D10, é a crítica da visão fragmentada do paciente, que entra no sistema pelo acometimento isolado. Esse sistema supervaloriza as especialidades e, da mesma forma, divide o cuidado por áreas de atuação especializadas. O paciente passa a “caminhar” pelo serviço de saúde tendo como “retrato” seu acometimento, devidamente classificado.

Ainda nessa compreensão de integralidade como atuação interdisciplinar, há menção de falha no que se refere à efetividade do cuidado multiprofissional em saúde:

Não! Porque eu sei o que é da fisioterapia, eu sei as condutas da fisioterapia... eu... não consigo intervir... em outra... uma das coisas porque eu não sou capacitada pra isso mesmo, e que não deveria ser, mas eu também não tenho como... saber... quando encaminhar, pra quem encaminhar. Eu acho que eu não deveria mesmo suprir tudo do paciente, mas... eh... não consigo tampar todos os buracos e nem saber quando encaminhar. [...] O pessoal fala muito de interdisciplinaridade, mas é uma coisa que tá muito longe de acontecer. [...] Em todas as graduações a gente não tem noção de quando encaminhar. E fica falando muito desse conceito... falando que é muito importante... que

é muito bom, mas eles não colocam isso na prática pra gente, eles não oferecem isso durante a graduação pra gente [...]. (D5).

Percebe-se a dicotomia entre teoria e prática, uma vez que D5 afirma que o termo é amplamente mencionado durante a graduação, mas, na prática, pouco se faz para favorecer este relacionamento com os demais profissionais integrantes de uma equipe multidisciplinar em saúde. Tal fato acarreta diversos problemas de comunicação e efetividade na linha de cuidado em saúde, uma vez que há deficiência quanto ao reconhecimento do que é de competência de outros profissionais e assim, dificuldades no que tange aos encaminhamentos dos pacientes. A consequência final será um cuidado de baixa resolutividade, centrado por especialidade profissional.

Em contrapartida, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002) defendem a prática integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, para analisar os problemas da sociedade e procurar soluções para os mesmos.

De acordo com a fala seguinte, pode-se inferir que D8 vincula o cuidado integral à necessidade de realização da prática em várias especialidades, o que aumentaria os conhecimentos adquiridos sobre o todo. Desta forma, questiona a falta de acesso ao estágio em todas as especialidades oferecidas pelo curso. Este relato exemplifica o caráter analítico de se pensar a saúde, o que novamente pressupõe que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes (CAMARGO JR., 2005).

Então... levando... ainda... que a gente não passa por cardio e gineco... eu acho que... não seria... se eu falasse que é integral. Eu acho que não, porque falta ainda a gente passar por essas duas que... faz parte da fisioterapia e a gente tem que escolher qual que vai ou sorteio. [...] Então na hora que eu sair pro mercado de trabalho eu não vou ter uma vivência... de não saber de uma área que eu não atuei aqui. (D8).

Em conformidade com Silva e Silveira:

essa especialização do conhecimento, ao invés de possibilitar avanço, pode gerar fragmentação e alienação, pois, quando não há integração [...], o atendimento ao usuário ocorre de forma segmentada e tecnicista, sem levar em consideração o aspecto humano e a integralidade do mesmo. (2011, p. 1537).

Essa visão é um equívoco na formação em saúde, o que demonstra como a supremacia dos valores biomédicos ainda se faz presente na realidade atual do cenário de formação, a despeito de outras competências humanísticas e éticas também preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

CONTEÚDOS E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

Também se procurou investigar se os conteúdos e práticas pedagógicas utilizados ao longo do curso favorecem a visão in-

tegral do paciente. Dos 13 discentes, 5 responderam que não, 4 disseram que depende do professor e da disciplina e 4 acham que sim.

Além de correlacionarem essa visão não integral do paciente à especialização e segmentação dos conteúdos abordados, também mencionam a falta de correlação entre teoria e prática pedagógica.

Não! Porque as disciplinas são específicas né. [...] Eh... elas são divididas né, então... acho que quando você chega no nono período né, ou no oitavo, que é quando você já passou por todas as disciplinas, até que você começa a encaixar isso mais na sua cabeça... [...] E aí é um pouco fragmentado [...] Às vezes fica muito fragmentado o pensamento na nossa cabeça, assim. (D5).

Então... eu acho que não, porque assim... eh... tem hora que a gente fica... a teoria é completamente diferente da prática. [...] Na hora que a gente pega na prática, é, se vira ali. Você tem que pensar e, às vezes... você tem que mudar... não é totalmente assim... é... não casa... a prática... não casa realmente com a teoria. [...] Falta esse vínculo teoria-prática. (D8).

Segundo Morin (2003), essa segmentação e compartimentação é característica da cultura técnica e científica que, por seu caráter disciplinar especializado, torna cada vez mais

difícil a contextualização do conhecimento. O autor critica esta visão fracionada dos problemas que, de forma reducionista e mecanicista, separa o que está unido, unidimensionaliza o multidimensional.

A especialização abstrai, isto é, retira um objeto do seu contexto e da sua totalidade, rejeitando suas ligações e intercomunicações com o seu ambiente, o insere no compartimento da disciplina, cujas fronteiras destroem arbitrariamente a sistematicidade (a relação de uma parte com o todo) e a multidimensionalidade dos fenômenos [...] (MORIN, 2003, p. 69).

O autor propõe um olhar sistêmico ao compreender que o todo é mais do que a soma das partes. Segundo este pensamento complexo, seremos capazes de “reunir, contextualizar, globalizar, mas ao mesmo tempo de reconhecer o singular, o individual, o concreto” (MORIN, 2003, p. 77).

Na busca de superação da dicotomia teoria e prática, considerando a concepção ampliada de saúde, as políticas propõem mudanças de modelos metodológicos, abandonando a ênfase nos conteúdos para adotar movimentos que estimulam a aprendizagem ativa (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN, 2013). Para atingir o objetivo finalístico de formar futuros profissionais mais críticos e compromissados com as questões profissionais e sociais, o modelo curricular deve oferecer um processo de formação articulado com o mundo do trabalho que rompa com essa dicotomia (CHIRELLI, 2002).

Em outro ponto de vista apresentado, podemos observar que a visão integral não é bem favorecida através das práticas pedagógicas devido ao fato de que muitos professores não são bem preparados para os cargos que assumem e isto compromete a metodologia pedagógica.

Acredita-se que, para uma abordagem pedagógica responsável e eficiente, a formação dos profissionais docentes deve ser constituída de aspectos técnicos somados à capacitação para a docência, para que sejam capazes de refletir e aprimorar as práticas educativas utilizadas. Os debates sobre educação ajudam a analisar criticamente sua ação e experiências docentes, para que eles consigam encontrar novos e melhores caminhos para seu trabalho. É preciso repensar e ressignificar a formação pedagógica dos professores que atuam no ensino universitário em saúde.

QUESTÕES EMOCIONAIS E SOCIOCULTURAIS DOS PACIENTES

Hoje, atravessa-se uma crise na assistência em saúde que não se relaciona com a falta de conhecimentos tecnológicos, mas pode ser entendida pelo ponto de vista dos usuários, que se sentem inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados. A causa desta crise está mais apoiada na falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno do paciente e do seu problema (MERHY, 2004).

Acreditamos que esse olhar desatento e, por ora, desinteressado, pode estar subordinado à dificuldade de perceber o outro, para além dos dados clínicos. A dificuldade em ouvir

e tratar os pacientes como sujeitos com desejos, crenças e temores tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população.

Especificamente no campo da saúde, o ato de cuidar, fundamento das relações entre o profissional e o paciente, é marcado por um encontro de intersubjetividades que deve incluir esta percepção mais abrangente sobre a vida dos nossos pacientes. O princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde e serviços no contexto individual do encontro. Os profissionais de saúde utilizam conhecimentos para identificar as necessidades de cada sujeito para, então, reconhecer amplamente os conjuntos de ações que devem pôr em prática na tentativa de responder às necessidades identificadas.

Ao se pensar no cuidado como cerne das práxis das profissões da área de saúde e no que se denomina cuidado integral como base transformadora das ações em saúde e elo de ligação entre estes profissionais e os indivíduos que buscam solucionar algum problema de saúde, optou-se por investigar a preparação dos discentes para lidar com questões emocionais e socioculturais dos pacientes.

Percebe-se a unanimidade ao reconhecerem que a formação atual em fisioterapia não capacita para lidar com tais questões. Este despreparo quanto às questões subjetivas da clínica parece se correlacionar com a valorização dos conhecimentos técnicos da profissão e a descontextualização dos conteúdos socio-humanísticos ofertados durante o curso de fisioterapia, como se pode perceber nas falas seguintes:

Ah, eu acho que não! A gente vê muito pouco isso. A gente só vê na psicologia, lá atrás e que acaba que... nem se aplica. Eu acho que muito pouco, não ajuda muito não. Eu, por exemplo, tenho muita dificuldade de lidar com essa parte emocional do paciente. (D9).

Eu acho que isso ainda não... porque eu acho que vai muito além da nossa graduação aqui. Porque a gente não é apto... assim... como um psicólogo, de lidar com essas questões emocionais. Então eu acho que a gente ainda deixa a desejar nessa parte de situações emocionais. Que eu não sei lidar com todas... as situações. (D8).

Esses achados corroboram com Silva e Silveira (2011) que apontam o despreparo do fisioterapeuta para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.

Os conteúdos curriculares desconsideram fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007) comprometendo o estabelecimento de vínculo entre o fisioterapeuta e o paciente. Para haver o fortalecimento desta relação afetiva, é extremamente importante a inclusão de conhecimentos e práticas relacionados ao saber conviver ou saber se relacionar (CONDRADE *et al.*, 2010), frutos das éticas interativas e comunicacionais (SCHRAIBER, 1997).

Atualmente, o profissional também “tem que estar formado em técnicas de comunicação e de apoio emocional, a fim de

que sua relação com o paciente seja adequada e que desse modo a relação clínica seja satisfatória e cumpra com seu objetivo, o maior benefício do paciente” (GRACIA, 2010, p. 316).

Há tendência dos cursos de graduação em preparar os futuros profissionais para tratar de um determinado órgão ou tecido – supervalorizando o corpo biológico –, subestimando os aspectos sociais e psicológicos do paciente (CONDRADE *et al.*, 2010). “Contraditoriamente, na busca de conhecer os mecanismos produtores de doenças, os profissionais de saúde distanciaram-se das relações com os seres humanos em sofrimento” (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005, p. 79). “Na maioria das vezes, os sintomas subjetivos não são levados em conta, ou mesmo, não se sabe como ‘dar conta’ deles” (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR, 2006, p. 1095).

Alguns discentes mencionaram que a falta de professores que sejam fisioterapeutas para as disciplinas que contemplem tais aspectos humanísticos, somada à descontextualização dos conteúdos com a prática profissional, são responsáveis pela falta de preparo dos alunos.

Outros corroboram com a falta de preparação nesse quesito, mas, em contrapartida, defendem que, em caráter intuitivo, acabam enfrentando as demandas que aparecem durante os atendimentos de fisioterapia. Esse componente pessoal é associado por eles à necessidade prática momentânea. Então, alguns acreditam que, com a prática, esse manejo com o paciente melhora, embora não defendam que a formação inclua tais discussões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os relatos dos discentes de fisioterapia entrevistados, pode-se observar que, na instituição participante da pesquisa, o cuidado fisioterapêutico ainda está fortemente atrelado ao saber-fazer técnico, fragmentado por especialidades do conhecimento, em detrimento dos aspectos humanísticos e da integralidade da saúde.

Essa forte referência especialista foi sendo construída ao longo do fortalecimento da profissão e traz suas marcas na efetivação do cuidado integral pelos discentes de fisioterapia.

Assim, é premente ultrapassar-se a percepção segmentada da realidade e do saber em Fisioterapia, para se produzir conhecimentos e ações mais contextualizados à vida das pessoas e comunidades e isto envolve o estabelecimento de corresponsabilidade pela manutenção da saúde e qualidade de vida.

As ações serão tanto mais efetivas quando se conseguir depreender, da realidade apresentada pelo paciente, todo o seu contexto mais amplo que interfere diretamente em sua condição de saúde. Para isto, deve-se pensar em ações que estimulem o olhar integral sobre o paciente e seu contexto, com apropriação de conhecimentos éticos e humanísticos durante a formação dos profissionais.

Para que as práticas sejam verdadeiramente transformadoras, acredita-se ser preciso repensar a formação, de maneira a garantir a integralidade como tema curricular transversal, capacitando os discentes para lidar com os aspectos intersubjetivos da clínica, com o objetivo finalístico de atender às necessidades de saúde dos cidadãos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. L. J. **O lugar social do fisioterapeuta**. 2008. 166f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2008.

ALMEIDA, A. J.; GUIMARÃES, R. B. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 82-88, mar. 2009.

ANDRADE, A. D.; LEMOS, J. C.; DALL'AGO, P. Fisioterapia. In: HADDAD, A. E. *et al.* **A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p. 201-355.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, supl. 1, p. 20-23, jun. 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.

BISPOJUNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 655-668, set. 2009.

BOELEN, C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 80, n. 7, p. 592-593, jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES 1210/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União. Brasília, 12 set. 2001; Seção 1, p. 22, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília, Diário Oficial da União, 4 mar. 2002; Seção 1, p. 11-12.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>.

CAMARGO JR., K. R. A biomedicina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Suplemento), p. 177-201, 2005.

CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CECCIM, R. R.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CHIRELLI, M. Q. **O processo de formação do Enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA**. 2002. 291 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CONDRADE, T. V. L. *et al.* Humanização da saúde na formação de profissionais da fisioterapia. **Rev. Equilíbrio Corporal e Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 25-35, 2010.

COSTA, N. M. S. C. Formação pedagógica de professores de medicina. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 102-108, 2010.

FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: É tempo de ação! **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.14-16, jan./dez. 2004

GALLO, D. L. L. **A fisioterapia no Programa de Saúde da Família:** percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. 2005. 181f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

GRACIA, D. **Pensar a Bioética:** Metas e Desafios. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2010, 566 p.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 48-70, mar./jun. 2001.

KOIFMAN, L.; HENRIQUES, R. L. M. A experiência da pesquisa EnsinaSUS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 161-172, jun. 2007.

MATTOS, D. **As Novas Diretrizes Curriculares e a Integralidade em Saúde**: uma análise das possíveis contribuições da Odontologia para o trabalho em equipe. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 2001. p. 39-64.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

MORIN, E. A necessidade de um pensamento complexo. In: MENDES, C. (Org.); LARRETA, E. (Ed.). **Representação e complexidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. p. 69-78.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação cuidada e conhecimento em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2011. p. 13-35.

PINHEIRO, R. *et al.* Matriz analítica das experiências de ensino da integralidade: uma proposição observacional. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2011. p. 37-54.

RODRIGUES, R. M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Revista Perspectivas online**, v. 2, n. 8, 2008.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. Uma reflexão sobre os múltiplos sentidos da docência em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 4, p. 211-218, 2013.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 123-40, ago. 1997.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, suppl.1, p. 1535-1546, 2011.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe; participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2005. p. 77-89.

CAPÍTULO 20

FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: GÊNERO E SEXUALIDADE

Maria Salete Bessa Jorge

Francisco Anderson Carvalho de Lima

INTRODUÇÃO

A saúde coletiva é um campo de estudo e ação transdisciplinar. As integrações curriculares e disciplinares dos cursos de saúde no Brasil convocam a uma constante mudança, objetivando a operacionalização e o desenvolvimento de novas formas de pensar e atuar junto à sociedade através da implementação de reciprocidades entre o meio acadêmico, a comunidade, os serviços de saúde e educação e os movimentos sociais. Assim, os currículos dos diversos cursos de saúde são revistos e incorporam novas disciplinas, periodicamente, apontando para a saúde coletiva bem como surgem novas roupagens de disciplinas já existentes. É sabido que se deve buscar o alinhamento com as mudanças sociais em seu contexto histórico-cultural e econômico, resultantes do constante processo de transformação das sociedades e da emergência de novas necessidades de saúde e entendimento.

Nesse cenário, conforme necessidades da saúde, no Brasil, empreendeu-se políticas públicas e sociais que versam sobre as relações de gênero, ampliando as discussões no campo da saúde sexual e reprodutiva tais como: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada em 2004, pelo Ministério da Saúde; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pela Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009; e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída através da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (BRASIL, 2004; 2009; 2011).

De maneira geral, essas políticas objetivam garantir cuidado integral às necessidades específicas de saúde dessas populações e capacitação e fomento da discussão acerca destas temáticas por parte dos profissionais e atores do Sistema Único de Saúde e instituições, orientando-se pelos princípios e diretrizes do SUS. Dentre estes princípios, destaca-se a operacionalização da integralidade para a formação de recursos humanos em saúde com ênfase no SUS em níveis de graduação e pós-graduação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ética e normativamente, essas temáticas são todas atravessadas pela área da Saúde Sexual e Reprodutiva. Porém, deve-se ter cuidado para não se pautar um discurso anátomo-clínico nesta discussão, uma vez que teórico-conceitualmente estas temáticas tangenciam a categoria de gênero e sexualidade em saúde.

Deste modo, o objetivo deste ensaio é apresentar considerações acerca das necessidades de se trabalhar com aspectos de gênero, sexualidade, identidade sexual, ideologia e contrasse-

xualidade, entendendo que este é um terreno complexo e que convoca reflexões constantes que orientem atitudes condizentes com as realidades do trabalho de saúde. Utiliza-se, para tal, a análise documental dos currículos, projetos e ementas dos cursos de graduação presenciais do Centro de Ciências da Saúde, Centro de Humanidades e Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará.

Compreende-se que o processo de trabalho se dá em ato (MERHY, 2013) e que é perpassado por esferas de poder e dominação as quais reverberam na autogestão do trabalhador em saúde, daí a necessidade de se discutir e implementar gênero e sexualidade na formação profissional dos trabalhadores de saúde seja em nível de graduação, pós-graduação ou educação permanente. Considera-se, ainda, que a temática de gênero perpassa a vida cotidiana a todo o momento e isto faz com que estudantes e profissionais sejam chamados a romper com ideologias tradicionais que reproduzem aspectos de ordem biopolítica, como a dominação e a circunscrição dos corpos.

Destarte, este texto é um chamado à discussão da sexualidade e gênero, pautando-se a diferença, por estudantes e profissionais de saúde e por todos os atores agenciados no campo da saúde coletiva, uma vez que, como bem apontam Ceccim e Carvalho (2006), entende-se que esta é uma área profícua de proposição de processos de ressignificação e operacionalização da formação e educação em saúde, possibilitando novas práticas e saberes que potencializem as transformações dos cenários tradicionais de cuidado em saúde.

Com relação à diferença, entende-se que são as desconstruções das polissemias estabelecidas no advento da moderni-

dade, isto é, com o estranhamento e fuga possíveis, territórios de luta e enfrentamento, nas produções de significados, com o advento da produção de subjetividade na existência humana. É de bom entendimento que os estudos sobre gênero, portanto, se insiram no âmbito da micropolítica e estudos sobre o desejo.

MÉTODO

Este texto é um ensaio literário e, por conseguinte, consiste em um artigo de reflexão acerca da temática de gênero e sexualidade e sua relação com a formação em Saúde Coletiva. A escolha por este formato se deu pela confluência com a renúncia por princípios de identidade e representatividade, ancorando-se na ideia de que a escrita predispõe um desejo e uma interdependência entre a subjetivação de um pesquisador e o conhecimento, uma vez que o pensamento adquire concretude e se realiza não através da expressão da palavra, mas sim nela própria.

Ancora-se nas pesquisas sobre a diferença que traz em seu bojo o fio condutor da produção de nomes, de singularizações, que produz afetos, verbos-forma: espetáculo. A diferença, assim, vibra na frequência do corpo potente, sendo fruto das relações de poder.

De acordo com Meneghetti:

O ensaio é um meio de análise e elucubrações em relação ao objeto, independentemente de sua natureza ou característica. A forma ensaística é a forma como são incubados novos conhecimentos, até mesmo científi-

cos ou pré-científicos. Não é instrumento da identidade entre sujeito e objeto, mas é meio para apreender a realidade, por renúncia ao princípio da identidade [...] não requer um sistema ou modelo específico, pois seu princípio está nas reflexões em relação aos próprios sistemas ou modelos. Permite a busca por novos enfoques e interação permanente com os próprios princípios da forma. No ensaio, busca-se a construção da forma adequada, mesmo que esta não exista a princípio. Nele, o objeto exerce primazia, mas a subjetividade do ensaísta está permanentemente em interação com ele. A subjetividade é dos elementos permanente e importante na forma como o ensaio avança como processo de conhecimento. A verdade não se concretiza pela afirmação dogmática resultante da simples utilização de modelos ou sistemas. A verdade é reduzida a meio, não confundindo verdade com princípio da identidade. (2011, p. 323).

Realizou-se uma leitura das legislações que instituem as políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil e construiu-se um ensaio teórico o qual consiste em exposição escrita com ênfase na explanação e interpretação pessoal. Além disto, foram realizados um levantamento e uma análise documental das grades curriculares e ementas dos cursos de graduação presenciais do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do

Ceará, a saber, Ciências Biológicas (bacharelado e licenciatura plena), Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Medicina e Medicina Veterinária. Acrescentou-se os cursos de graduação em Psicologia e Ciências Sociais (bacharelado e licenciatura), do Centro de Humanidades, e em Serviço Social, do Centro de Estudos Sociais Aplicados, por entender-se que também atuam diretamente nas áreas da saúde e saúde coletiva, totalizando 10 cursos de graduação entre licenciaturas e bacharelados.

Para a discussão, utilizou-se a noção de saúde coletiva trazida por Ceccim e Carvalho (2006) e as teorizações sobre gênero, sexualidade, contrassexualidade e processos de subjetivação de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Joan Scott, Guacira Louro e Beatriz Preciado. Sobre este processo de escrita, Deleuze (2011, p. 11) aponta que “escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em via de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida”. Portanto, este texto se apresenta como explicações inacabáveis que buscam o fomento de se pensar sobre a discussão de gênero e sexualidade em saúde coletiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NOS CURRÍCULOS DAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE

A análise das grades curriculares e ementas dos cursos de Bacharelado e Licenciatura Plena em Ciências Biológicas, Bacharelado e Licenciatura em Ciências Sociais, Licenciatura em Educação Física, Bacharelado em Enfermagem, Bacharelado em Nutrição, Bacharelado em Medicina, Bacharelado em Medicina Veterinária, Bacharelado em Psicologia e Bacharelado

em Serviço Social, demonstrou que, apenas 15 (quinze) disciplinas enfocam direta ou indiretamente as temáticas de Saúde Coletiva, Educação em Saúde, Saúde Sexual e Reprodutiva e Gênero e Sexualidade as quais são distribuídas em 8 (oito) cursos, conforme apresentado no Quadro 1, a seguir.

Observa-se que somente os cursos do Centro de Humanidades, no caso Bacharelado em Ciências Sociais e Bacharelado em Psicologia, apresentam, em seus projetos, disciplinas que versam diretamente sobre gênero e sexualidade, três disciplinas optativas que representam 20% das disciplinas pesquisadas, conforme a Tabela 1.

No caso do curso de Ciências Sociais, contudo, não existe no corpo do curso articulação direta com a saúde coletiva ou saúde pública em nenhuma das disciplinas nem a existência de disciplinas como Sociologia da Saúde e Antropologia da Saúde. Já no curso de Psicologia há a existência da disciplina obrigatória de quatro créditos Estado, Sociedade e Saúde que, de acordo com a ementa, objetiva a formação através da discussão dos campos de atuação da saúde pública no Brasil, da história do Sistema Único de Saúde e do tangenciamento com a área da saúde coletiva.

Quadro 1 – Cursos de graduação da Universidade Estadual do Ceará com disciplinas voltadas para Saúde Coletiva, Educação em Saúde, Saúde Sexual e Reprodutiva e Gênero e Sexualidade.

Curso	Centro	Disciplina	Quant. créditos	Semestre letivo	Caráter
Licenciatura Plena em Ciências Biológicas	Centro de Ciências da Saúde	Educação em Saúde	4	-	Optativa
Bacharelado em Enfermagem	Centro de Ciências da Saúde	Políticas e Saberes em Saúde Coletiva	6	5º	Obrigatória
Bacharelado em Enfermagem	Centro de Ciências da Saúde	Enfermagem em Saúde da Mulher	12	6º	Obrigatória
Bacharelado em Enfermagem	Centro de Ciências da Saúde	Enfermagem em Saúde Coletiva	12	7º	Obrigatória
Bacharelado em Ciências Sociais	Centro de Humanidades	Família e Gênero	4	-	Optativa
Bacharelado em Ciências Sociais	Centro de Humanidades	Gênero e Sexualidade	4	-	Optativa
Bacharelado em Medicina	Centro de Ciências da Saúde	Saúde Coletiva	4	1º	Obrigatória
Bacharelado em Medicina	Centro de Ciências da Saúde	Educação em Saúde	4	1º	Obrigatória
Bacharelado em Medicina	Centro de Ciências da Saúde	Ciências Sociais e Saúde	4	4º	Obrigatória
Bacharelado em Medicina	Centro de Ciências da Saúde	Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde	4	4º	Obrigatória
Bacharelado em Medicina	Centro de Ciências da Saúde	Políticas Públicas de Saúde	4	4º	Obrigatória
Bacharelado em Nutrição	Centro de Ciências da Saúde	Políticas Públicas de Saúde	4	4º	Obrigatória
Bacharelado em Psicologia	Centro de Humanidades	Estado, Sociedade e Saúde	4	8º	Obrigatória
Bacharelado em Psicologia	Centro de Humanidades	Tópicos Especiais em Sexualidade Humana	4	-	Optativa
Bacharelado em Serviço Social	Centro de Estudos Sociais Aplicados	Práticas Alternativas de Saúde	4	-	Optativa
Bacharelado em Serviço Social	Centro de Estudos Sociais Aplicados	Planejamento e Políticas de Saúde	4	-	Optativa
Bacharelado em Serviço Social	Centro de Estudos Sociais Aplicados	Educação Popular	4	-	Optativa

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1 – Quantitativo das disciplinas por área.

Áreas	Número de disciplinas	Porcentagem
Saúde Coletiva	10	66,6%
Educação em Saúde	1	6,7%
Saúde Sexual e Reprodutiva	0	0
Saúde da Mulher	1	6,7%
Saúde do Homem	0	0
Saúde da População LGBT	0	0
Gênero e Sexualidade	3	20%
Total	15	100%

Fonte: Elaboração própria.

Como se pode observar na Tabela 1, as disciplinas de saúde coletiva representam 66,6%, estando os outros 13,4% divididos entre disciplinas nas áreas de Educação em Saúde e Saúde da Mulher, não havendo nenhuma disciplina nos cursos pesquisados que trate especificamente sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde do Homem e Saúde da População LGBT.

Os cursos de bacharelado em Medicina e bacharelado em Serviço Social concentram 70% das disciplinas de saúde coletiva da Universidade Estadual do Ceará, enquanto que alguns não contam com nenhuma disciplina de saúde coletiva, apesar de fazerem parte do Centro de Ciências da Saúde, conforme se pode ver na Tabela 2.

Tabela 2 – Quantitativo de disciplinas de Saúde Coletiva por curso

Curso	Número de disciplinas	Porcentagem
Bacharelado em Ciências Biológicas	0	0
Licenciatura em Ciências Biológicas	0	0
Bacharelado em Enfermagem	1	10%
Bacharelado em Ciências Sociais	0	0
Licenciatura em Ciências Sociais	0	0
Bacharelado em Educação Física	0	0
Bacharelado em Medicina	4	40%
Bacharelado em Nutrição	1	10%
Bacharelado em Psicologia	1	10%
Bacharelado em Serviço Social	3	30%
Total	10	100%

Fonte: Elaboração própria.

A partir destes dados, infere-se a necessidade de se pensar sobre a formação em saúde coletiva na Universidade Estadual do Ceará a nível de ensino formal. Os currículos ainda se encontram defasados. No que concerne à discussão em gênero e sexualidade, limita-se a cursos do centro de humanidades. Isto demonstra que esta temática ainda não foi apropriada e integralizada no currículo e na formação em saúde da instituição. Tal fato pode trazer consequências para a atuação dos futuros profissionais das áreas de saúde, podendo acarretar dificuldades de implementação das políticas de saúde voltadas para populações específicas, sobretudo as que atravessem a questão do gênero e sexualidade, bem como pode gerar barreiras no processo

de humanização em saúde e atuação no SUS, uma vez que os profissionais não estão sendo suficientemente formados com esta perspectiva, ficando a cargo da educação permanente, em nível profissional, e de programas de práticas integrativas e de trabalho, em nível de graduação, a função de realizar esta tarefa.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DE GÊNERO

Diante deste cenário, propõe-se elucubrações acerca da categoria gênero, de maneira que seja incorporada no âmbito da saúde coletiva por uma perspectiva não tradicionalista que demarca identidades, mas sim pelo prisma da diferença, da vivacidade, da multiplicidade de um corpo. Defende-se que esta discussão é de suma importância para o desenvolvimento da formação em saúde coletiva e do SUS.

Inicialmente, o conceito de gênero era tratado como sinônimo da palavra sexo. A partir da década de 1970, ocorreu a conceituação de gênero sob a vertente feminista, referindo-se a gênero como uma construção social das identidades sexuais, ou seja, como algo socialmente construído (SARDENBERG, 2004).

Foram os movimentos feministas que iniciaram as discussões acerca da liberdade e igualdade de gênero que culminaram na conceituação de direitos sexuais e reprodutivos (CORRÊA; PETCHESKY, 1996), o que vem sendo construído historicamente. Nesta perspectiva feminista, como é sabido, estes direitos versam sobre a liberdade sexual, reverberando no exercício da democracia. Diante disso, assevera-se que é pertinente que se trate deste aspecto no âmbito da liberdade e da igualdade e não como normativas prescritivas e morais sobre o exercício

da sexualidade, e, assim, observa-se que a construção dos direitos sexuais e reprodutivos está ligada ao amplo processo de democratização (ÁVILA, 2003). Nesta perspectiva, o estudo de gênero pode ser entendido como ferramenta de transformação crítica e social, pois, na medida em que se dispõe a discuti-lo, abre-se espaço para que haja a desconstrução e a desnaturalização dos comportamentos masculino e feminino, uma vez que a noção do que é ser homem e mulher é um conceito variável (SARDENBERG, 2004).

Neste mote, Sorj (1992) afirma que, entre as décadas de 1970 e 1980, os estudos sobre gênero passaram a abarcar a ideia de que este seria uma característica socialmente institucionalizada, contemplando a noção de que o poder seria distribuído desigualmente entre o sexo, sendo a mulher a oprimida nesta relação. Sobre isto, Bourdieu (2014) assevera que há a herança de uma tradição em que existe uma espécie de *devir masculino universal* presente na sociedade pela qual os homens acabam por gozar de posições privilegiadas dentro do convívio social, fruto do tangenciamento de questões como o patriarcalismo e o machismo. Pode-se, então, sem receio de arbitrariedade, falar de um devir masculino universal, através do qual, tradicionalmente, se retira um decalque e se analisa todas as questões, estabelecido como o discurso legítimo.

Na perspectiva da identidade, gênero é uma construção social feita em torno das diferenças sexuais de mulheres e homens. É, também, uma relação na qual se articula o poder. A partir de tal construção, são formuladas as identidades de feminino e masculino nas sociedades (LOURO, 2013; SCOTT, 1995).

De acordo com Louro (2013), o termo gênero foi utilizado pela primeira vez pelas feministas anglo-saxãs as quais delimitaram gênero e sexo diferentemente com o objetivo de acentuar o caráter social das distinções baseadas no sexo. Este raciocínio tem como fio condutor a negação da corrente fisicalista, da constituição biológica dos corpos, configurando a ênfase nas construções sociais produzidas sobre as diferenças biológicas. É importante salientar que os processos de identidade se configuram no campo social de maneira relacional e a intenção de se justificar as desigualdades entre os sexos com base nos arranjos sociais é colocar as discussões sobre estas diferenças no campo do social, onde, através dos embates sociais e da produção de subjetividade, os sujeitos se constroem, tendo em vista que o gênero apresenta significativo apelo relacional. Portanto, o uso do termo gênero sugere que qualquer informação sobre o feminino é necessariamente uma informação sobre o masculino; que estudar um implica o estudo do outro (SCOTT, 1995).

Nesta altura, é importante a diferenciação entre gênero e sexualidade. Na perspectiva identitária de Louro (2013), há identidades sexuais e identidades de gênero as quais se encontram inter-relacionadas. O termo gênero enfatiza todo um sistema de relação que pode incluir a sexualidade, entretanto, ele não é determinado por ela e nem a determina diretamente (SCOTT, 1995). Em comum, tem-se que ambas as identidades são compreendidas como construção social, pois, mesmo a vivência sexual é construída, não é dada ou acabada, está sempre em transformação, além de constituir-se a partir de discursos que regulam, normalizam e produzem verdade sobre o sexo (LOURO, 2013; FOUCAULT, 2015). Além disso, é necessá-

rio romper com a dicotomia tradicional do binômio masculino/feminino, aceitar que existem diversas formas de vivenciar esta dicotomia e de transcendê-la.

Neste aspecto, percebe-se a questão do poder nas relações de gênero. Para Foucault (2007), o poder pode ser exercido em várias direções, caracterizando-se como uma rede que, capilarmente, constitui toda a sociedade e não como algo do qual alguém tenha a posse. O poder, neste sentido, deve ser entendido como uma estratégia e, portanto, não é privilégio de alguém que o possui, mas sim de quem se apropria dele. A resistência é algo intrínseco ao exercício do poder, de forma que só existe relação de poder onde há possibilidade de reação por parte daqueles sobre os quais o poder é exercido.

Esta concepção de poder utilizada por Foucault (apud LOURO, 2013) é útil no entendimento de gênero, pois contribui para a desconstrução da polarização fixa que se estabelece entre feminino e masculino, submissão e dominação, privado e público, sentimento e razão, na medida em que traz em si a ideia de que o poder transita entre dois polos aparentemente opostos.

Pelo que foi exposto até aqui, tem-se que gênero é entendido como uma construção social produzida a partir das diferenças biológicas entre mulheres e homens na qual há articulação de poder. Esta construção social produz identidades de feminino e masculino a partir das quais se estabelecem as referências de como ser mulher e como ser homem em determinada sociedade.

Contudo, esta perspectiva não é suficiente para se pensar as vivências contemporâneas de gênero. Percebe-se, porém, que

tais proposições fundamentam as políticas públicas de saúde no Brasil, tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. É válido ressaltar que, adentrando-se a seara dos direitos sexuais, percebe-se que a incessante desigualdade entre sujeitos representados e demarcados enquanto homem e mulher diz respeito a um impedimento da liberdade reprodutiva e sexual.

Convém pontuar, também, que a relação do gênero identitário homem com a reprodução se encontra circunscrita na reprodução de relações sociais que se pautam na iniquidade de gênero: a ruptura aqui, ao se entrar em um outro devir bem como navegar pelos dispositivos de sexualidade, configuraria uma ruptura com a ordem do poder patriarcal.

Alguns aspectos desse masculino hegemônico na prática em saúde é o livramento dos homens da responsabilização pelos cuidados paternos, pelos cuidados de si e a isenção da responsabilidade com a prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. É consubstancial que o entendimento de paternidade e maternidade seja transformado e admitido pela política, de modo que venha a acompanhar as transformações sociais e também intervir na reorganização destes fluxos e isso ainda pautado em uma visão bastante reduzida dos devires que atravessam os corpos, violentamente ligando homens e mulheres – no caráter binário – à função tradicionalista e moral de paternidade e maternidade.

Nas políticas e normativas brasileiras, observa-se os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006) os quais são tratados no âmbito dos Direitos Humanos e o livre exercício da sexualidade.

[...] Sobre os Direitos Reprodutivos: (1) Direito das pessoas de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam e em que momento de suas vidas. (2) Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos. (3) Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. Sobre os Direitos Sexuais: (1) Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminação e imposição e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceiro (a) sexual. (2) Direito de escolher o(a) parceiro (a) sexual. (3) Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças. (4) Direito de viver asexualidade independentemente do estado civil, idade ou condição física. (5) Direito de escolher se quer ou não ter a relação sexual. (6) Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, transexualidade e outras. (7) Direito de ter relação sexual independentemente da reprodução. (8) Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de IST/HIV/AIDS. (9) Direito a serviço de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade sem discriminação. (10) Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2006, p. 4).

Entende-se que tratar estas questões na perspectiva dos Direitos Humanos parece razoável. O problema é a constituição de legalidade presente neste discurso que demarca identidades. Política nenhuma, seja vinda de organizações internacionais ou de Estados como o Brasil, dará conta – e nem deve – da singularidade, isto é, de aspectos que se encontram no âmbito da micropolítica. A reverberação disto no currículo de saúde se dá de maneira a se encontrar formações generalistas, técnicas e identitárias, não se observando as multiplicidades que transcendem e resistem ao binarismo de gênero.

Sobre este aspecto, Butler (2015) considera o gênero como algo que transcende os binarismos masculinos e hegemônicos, sendo algo construído na ação, que abarca tanto representações políticas e culturais quanto códigos linguísticos institucionalizados. Considera o conceito de gênero como independente de sexo, excluindo a noção de que os papéis designados ao gênero masculino e feminino serão definidos a partir do sexo biológico do indivíduo logo no seu nascimento. Assim, desvincula a ideia de sistema binário de gênero, acreditando que o gênero possa ir além da representação de masculino e feminino, considerando travestis, transgêneros, transexuais e sujeitos com modos de vida livres de nomeação que exercem a contrassexualidade como outras dimensões do gênero a partir das construções e intersecção de identidade de gênero, sexo biológico e sexualidade.

Deste modo, ao se tratar de gênero, antes de tudo, é importante que não se percorra o fio condutor da vala comum do discurso anátomo-clínico que, em última análise, não deixa de ser uma maneira de dominação, o que é bastante comum em estudos pautados na área da saúde. Estes reducionismos são tanto de ordem fiscalista quanto sociológica (HEILBORN, 2003).

Uma maneira de se verificar isto é observar qual a questão filosófica mais apropriada pelas chamadas da saúde: o corpo. Isto remete justamente ao que foi descrito como a normatização da Medicina enquanto aparelho do Estado recrutada a serviço da Biopolítica (FOUCAULT, 2007).

Outro ponto a se ter em mente é a noção de contrassexualidade (PRECIADO, 2014), uma vez que a sexualidade se configura inserida na esfera do poder (FOUCAULT, 2015) e que, por conseguinte, a, por assim dizer, verdadeira manifestação de resistência é a contrassexualidade, que é entendida como as formas de subjetivação que escapam ao processo de subjetivação dominante e não a liberação sexual apreçoada pelos movimentos sociais setentistas.

Preciado (2014) convoca o pensamento acerca de uma sexualidade pré-discursiva presente no corpo e que o contorna. Ora, um fluxo predispõe um corpo, mas não o binarismo, e encontra-se sempre em movimentos de corte. Desta maneira, configuram os sujeitos sociais: corpos, máquinas desejantes. Uma vez que a máquina-órgão interpreta e retifica o mundo de maneira inerente ao próprio fluxo: máquinas de comer, máquinas de cagar, máquinas de foder (DELEUZE; GUATTARI, 2010).

Butler (2015), através de uma análise geral de como as fábulas de gênero trazem implicações no tecido social, justnaturalizando diferentes tipos de dominação equivocadas das realidades discursivas e práticas corporais ligadas à sexualidade, observa a existência de uma norma cultural que governa a materialização do corpo – uma prática reguladora de poder – que demarca, dociliza, circunscreve. Este processo é marca-

do pela identidade. Preciado(2014), através de seu pensamento corrosivo, aponta um horizonte em que se pense os próprios movimentos sociais, como o feminismo, libertos das políticas identitárias.

Scott (1995) apresenta contribuições que auxiliam no trabalho com a categoria gênero por meio de considerações sobre o seu uso histórico, tendo em vista que a autora defende que o pano ideológico e simbólico das relações sociais apresenta papel preponderante no entendimento das questões relacionadas às sexualidades sejam quais forem. Um ponto importante em seu estudo diz respeito à não polarização tradicional entre a representação de mãe-cuidadora e pai-provedor, uma vez que isto não fornece subsídios suficientes para a compreensão da incessante dominação masculina através do poder, o que se articula primeiramente nas questões de gênero, engendradas também em sistemas simbólicos, instituições e processos de subjetivação.

O entendimento disto por estudantes e profissionais de saúde e a sua implementação na formação é de extrema importância, de maneira a garantir a continuidade e a capilaridade de políticas de saúde, por meio da constante reavaliação e resignificação destes modelos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises realizadas neste estudo, infere-se que a incorporação das temáticas de gênero, sexualidade, identidade sexual, ideologia e contrassexualidade ainda não foi efetivada nos cursos de graduação em saúde da Universidade Estadual do Ceará, estando esta discussão ainda restrita às graduações

em ciências humanas. Este aspecto aponta para a necessidade de integralização dos currículos com temáticas atuais que operacionalizem processos de trabalhos relacionados a questões que recaem sobre a sociedade contemporânea e precisam ser debatidas.

Os cursos de graduação em Medicina, com disciplinas obrigatórias, e em Serviço Social, com disciplinas optativas, ambos em nível de bacharelado, correspondem a grande parte das disciplinas de Saúde Coletiva da instituição. Alguns cursos do Centro de Ciências da Saúde não têm sequer disciplinas optativas sobre a área.

A mudança de currículos pautada na urgência da integralidade e formação para o SUS surge como um fator fundamental de garantia de formação crítica para o trabalho e desenvolvimento de habilidades e competências para atuação tanto no SUS quanto na saúde privada.

Gênero e sexualidade são assuntos que necessitam estar no bojo do exercício e formação em Saúde Coletiva, apontando para um horizonte de garantia de cuidado integral e humanizado, atento às necessidades sociais no âmbito da micropolítica. Reconhece-se que este estudo pode ser melhor aprofundado e trabalhado, mas o objetivo foi despertar a atenção para a temática.

Não pretendendo esgotar as discussões acerca das temáticas trabalhadas neste texto, há de se empreender o esforço de formulação de uma ética humanizada, crítica e em constante transformação.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Maria B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 465-469, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica: direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1.944**, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 2.836**, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 149-182.

CECCIM, R. R.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 147-177, 1996.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. 2. ed. São Paulo: 34, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: 34, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007. p. 79-98.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 16. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico? **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 320-332, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

PRECIADO, B. **Manifesto Contrassexual**: práticas subversivas de identidade sexual. São Paulo: N-1, 2014.

SARDENBERG, C. M. B. Estudos feministas: um esboço crítico. In: AMARAL, C. C. G. (Org.). **Teoria e práxis dos enfoques de gênero**. Salvador: Redor/Fortaleza: NEGIF/UFC, 2004.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 1-2, p. 71-99, 1995.

SORJ, B. O feminismo na encruzilhada da modernidade e pós-modernidade. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

CAPÍTULO 21

**DESENVOLVIMENTO DE OBJETO DE ENSINO
APRENDIZAGEM DOBRE CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE**

Ismênia de Carvalho Brasileiro
Thereza Maria Magalhães Moreira
Jarbas Aryel Nunes Silveira
Francisco Herbert Lima Vasconcelos

INTRODUÇÃO

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), relevantes para o desenvolvimento social, provêm às pessoas com tempo escasso, limitações geográficas ou físicas, acesso ao conhecimento científico, gerando importantes repercussões no conhecimento produzido pelo homem e em suas formas de vida e educação. No contexto da educação, o desenvolvimento e a difusão das TICs impulsionam a expansão da educação *on line*, tanto na perspectiva da oferta quanto da demanda (TRACTENBERG; AZEVEDO, 2012).

Graças à democratização da internet, a aliança entre novas tecnologias e metodologias educacionais tem facilitado a utilização de ferramentas e ambientes virtuais interativos no

auxílio do processo ensino-aprendizagem e propagação de conhecimento em todas as áreas (MUGNOL, 2009).

A evolução tecnológica associada ao fenômeno internet na sociedade contemporânea cria locais em que proliferam formações educacionais e orientações de estudo e possibilitam capacidade para aprendizagem. Esses locais podem ser englobados como Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) nos quais é desenvolvida a abordagem de ensino à distância por meio eletrônico (MUNHOZ, 2011).

Nesse cenário, a modalidade de Educação a Distância (EAD) encontrou apoio nas TICs e AVA, como meios difusores de conhecimento. No que concerne à inserção de práticas educacionais em espaços virtuais voltados para o processo de aprendizagem, tem-se observado aumento significativo no desenvolvimento de estratégias utilizando ambientes virtuais como ferramentas educativas no campo das ciências da saúde (ALVARCE; PIERIN, 2011; BARILLI; EBECKEN; CUNHA, 2011; GÓES, 2010; MACEDO, 2010; FERECINI, 2011).

No âmbito da Saúde Coletiva, a educação em saúde vem sendo discutida como um processo de formação ao longo da vida profissional, alimentando-se das inovações tecnológicas e da recriação das práticas cujos conteúdos próprios seriam também gerados por esse processo contínuo. Há a concepção de que o processo educacional se dá de forma gradual e permanente (PAIM, 2009).

Assim, ao pensar na educação em saúde por meio de estratégias de educação à distância para profissionais de saúde como dispositivo de integração de sujeitos por meio de redes virtuais de educação em saúde, pode-se estabelecer novas formas de

interação e ultrapassar distâncias físicas e temporais, criando um novo ambiente de aprendizagem no qual o conhecimento é construído coletivamente.

Diante desse contexto, tem-se a EAD como meio viável na construção de mecanismos que favorecem aprendizagem e qualificação contínuas, mediada por TICs, possibilitando o desenho de eventos educacionais focalizados em situações específicas, ao ampliar e democratizar o acesso às oportunidades de treinamento.

Viu-se a possibilidade de disseminar o ensino da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada em 2001, para organizar a coleta de informações de condições de saúde individual e coletiva (OMS, 2003) que deve ser utilizada por profissionais de saúde, sendo ainda de pouca abrangência entre o público a que se destina.

Embora haja, na atualidade, um aumento de publicações nacionais e internacionais científicas considerando seu uso na aplicação em cuidados de saúde, educação e pesquisa pertinente para fomentar aspectos multidisciplinares em cuidados de saúde (EHNFORs; FLORIN; OSTLINDER, 2005; CASTANEDA; CASTRO, 2013), há lacuna de conhecimento sobre o uso da CIF entre alunos de graduação em cursos de saúde no país.

Acreditando na importância de conhecer a CIF para a prática clínica e a pesquisa em saúde e no papel do docente/tutor como facilitador do processo ensino-aprendizagem na busca por atuação eficaz, surgiu a motivação para a realização deste estudo cujo objetivo geral foi desenvolver um objeto de ensino-aprendizagem sobre Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

ORIENTAÇÕES E UTILIZAÇÃO DAS PROFILAXIAS

Para se prestar uma assistência de qualidade e conquistar a confiança da mulher em situação de violência sexual, é necessário que o atendimento seja realizado por uma equipe multiprofissional capacitada, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. O atendimento transcende a identificação da violência, passando pelo tratamento das DST, realização de exames, notificação da violência no Sistema Nacional de Notificações e Agravos (SINAN), realização das orientações dos seus direitos e efetivação, encaminhamentos para a rede inter e intrasetorial, que consistem no Instituto Médico Legal (IML), delegacia da mulher para realizar o registro do boletim de ocorrência (BO), orientação sobre a existência de abrigos para as vítimas de violência e o direito ao aborto legal⁵ (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010; REIS *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2005).

Em relação às profilaxias antirretroviral e anti-DST e às orientações sobre DST, constatou-se que este serviço existe em todas as unidades analisadas. Alguns profissionais também relataram que não realizam, que desconhecem o uso das profilaxias ou encaminham para outra instituição que as realizem. Os serviços ainda precisam ser adequados e estruturados para atender às mulheres em situação de violência sexual.

5 O aborto legal é um direito das mulheres em situação de violência sexual ou para as mulheres que correm risco de vida pela gestação, mas nem todos os serviços de saúde especializados à saúde da mulher o disponibilizam. Tornando o serviço de difícil acesso às mulheres em situação de violência sexual, segundo o ministério da saúde apenas 67 hospitais realizam o aborto legal no Brasil, distribuídos irregularmente, pois o Rio de Janeiro é a segunda cidade com o maior número de violência sexual e possui apenas um hospital e em Fortaleza, que corresponde a 22ª cidade possui três serviços (DINIZ, 2011; WAISELFISZ, 2013; BRASIL, 2012).

Garantir os aconselhamentos sobre os efeitos das profilaxias é importante para a adesão ao tratamento, pois os efeitos colaterais destas medicações podem ser um agente potencializador para o seu abandono. O aconselhamento é realizado pela escuta ativa e estabelecendo vínculo de confiança entre a mulher e o profissional de saúde (CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2010).

Tratando-se da profilaxia antirretroviral, identificou-se: que os profissionais desconhecem e encaminham para a rede intrassetorial, como CENJA, Hospital São José e Gonzaga Mota de Messejana: “Que é a maternidade escola ou o... o hospital Gonzaga... Distrital Gonzaga Mota que é nesse bairro, que eles têm referência pra isso” (Mo40); “Aqui, a gente tem a medicação de emergência, a gente faz logo no primeiro momento e encaminha para o CENJA ou lá para CEFAN (tem uma siglazinha) tem um laboratório aonde ele pegar o resto da medicação...” (Ma57); e que realizam a profilaxia antirretroviral no hospital mesmo: “E assim tenha profissional médico preparado e o a infectologista pra iniciar, pra fazer o... prescrever, né, a retroviral... Aqui no ambulatório mesmo” (Ea47).

Na compreensão das profilaxias anti-DST, os profissionais seguem a mesma linha de raciocínio encontrada para a profilaxia antirretroviral: muitos desconhecem: “Eu não sei, eu sei que eu vejo mais a questão do HIV e AIDS, mas com relação a outras DST, é medidas profiláticas eu não sei.” (Asa49); não realizam: “Não, não é feito aqui. Não é feito. A gente não tem esse protocolo aqui, porque a gente não tem atendimento voltado pra isso” (Ea36); encaminham para a rede intrassetorial, como CENJA, Hospital São José e Gonzaga Mota de Messejana, MEAC e UBS: “A gente encaminha o paciente ou para um

Gonzaguinha mais próximo ou a gente encaminha para o São José para realizar o exame, porque a gente não dispõe ainda aqui no laboratório a testagem rápida anti-HIV” (Asa33); realizam no próprio hospital, como sala de parto, emergência: “Que a paciente foi orientada a fazer a medicação e que teria sido feita aqui mesmo a nível de emergência mesmo” (Ma11). Alguns profissionais relataram que iniciam a medicação no hospital e encaminham: “Mesmo jeito, tem todo um protocolo do que a gente vai fazer, faz a medicação anti-DST, Antirretroviral, contracepção de emergência ela recebe o primeiro momento todo esse kit aqui e daqui é encaminhado para receber o resto da medicação.” (Ma57).

A atuação dos profissionais sobre as orientações relativas às profilaxias, que alguns desconhecem, não realizam ou encaminham para outra unidade de saúde, como hospitais e UBS, é: “Aconselha[r] esses pacientes a procurarem órgãos que fazem esse tipo de atendimento e no nosso, na nossa região aqui, é o Hospital Gonzaguinha da Barra ou então o Hospital São José nesses casos de DST” (Mo29); até mesmo para a rede intrasectorial: “Quando você dispõe, com a assistente vem a fazer, não é feito o aconselhamento, tudo é encaminhado, o máximo que a gente encaminha paciente pro CAPS, pra uma delegacia, tudo de uma maneira até informal” (Ea35).

As orientações na unidade de atendimento são realizadas como uma equipe multiprofissional: “aconselhamento para o... para sífilis e para HIV e para hepatite, que é feito pela enfermeira, é feito pela psicóloga, pela T.O. e pela assistente social.” (Ea47). E em diversos setores: “No consultório do médico. Quem faz esse aconselhamento e o quê que ela vai tomar é o próprio médico.” (Asa9).

Sabe-se que os profissionais reconhecem a importância de realizar a orientação, mas a impossibilidade de efetivar os exames limita as orientações e os encaminhamentos.

[...] Falar pra ela que existe da possibilidade né? É... Recomendo a questão do... do... do teste, num é? Do... do... do anti-HIV, né? do Elisa, de que ele seja feito. Indico o serviço que ela possa buscar, né? O serviço de referência, por que aqui, é... não é feito. Falo da... da importância dessa profilaxia, porque, é... uma relação, é... sem consentimento, feita da forma como foi, ela... ela... ela pode colocar essa mulher numa condição de vulnerabilidade pra essas DST's e inclusive o HIV, e... e vou orientando. (Pa64).

Comprovou-se em estudos de Oliveira *et al.* (2013) e Moreno *et al.* (2013) que, dos hospitais indicados para oferecer imunoprofilaxias contra hepatite B, apenas a metade tem esse medicamento disponível, mas realizaram esse atendimento de imediato e com a prescrição de profilaxias para DST (antirretrovirais, antibióticos e vacina/imunoglobulina para hepatite B). Para alcançar maior adesão do uso das profilaxias, é importante que os profissionais estejam capacitados para orientar o uso e informar os inúmeros efeitos colaterais dos medicamentos durante o aconselhamento. Sabe-se que este é um dos principais fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento (CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2010).

Observou-se que os profissionais da emergência se sentem inseguros quanto à temática violência sexual. O serviço de emergência é caracterizado, pelos profissionais, como um servi-

ção em que o atendimento deve ser focado e rápido, pela grande demanda de pacientes. Com esta postura, alguns profissionais se sentem mais confortáveis em encaminhar as mulheres que foram violentadas quando são identificadas no atendimento. O contato desta mulher com o serviço de saúde, muitas vezes, acontece exclusivamente pela emergência, o que exige dos profissionais destreza para identificar a violência e orientar sobre as profilaxias, contracepção e encaminhamentos, quando esta não é anunciada (CAVALCANTI; FLACH; FARIAS, 2010; DESLANDES, 1999).

Conclui-se que a falta de incentivo do Governo em capacitar os profissionais para atender esse perfil de mulheres dificulta a identificação da violência, a prevenção de uma provável gestação, a compreensão das mulheres das orientações e informações sobre as condutas ante o agravo sofrido, a acessibilidade ao serviço e revela a ausência de um ambiente adequado para o atendimento.

A sensibilização da gestão pública para essa problemática é o diferencial para o atendimento, seguindo a normalização (BRASIL, 2012) para as mulheres em situação de violência sexual assim como para a prevenção da recidiva da violência. Este atendimento deve estar semeado pelo esforço permanente de consolidar a rede de atendimento com as delegacias, IML, casas-abrigo, centrais de atendimentos, dentre outras que facilitem o atendimento às mulheres em situação de violência sexual, sendo de vital importância para o atendimento e a interrupção deste ciclo da violência.

OUTROS SERVIÇOS OFERTADOS ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NA UNIDADE DE SAÚDE

Em relação aos serviços ofertados pelas unidades de saúde analisadas, algumas seguem as orientações da Norma Técnica e oferecem mais opções de tratamento. Em outras unidades, os profissionais relatam desconhecer os demais serviços que configuram o atendimento complementar às mulheres em situação de violência sexual (BRASIL, 2012).

Os serviços voltados para as mulheres em situação de violência sexual são: o acompanhamento com a equipe multiprofissional, sendo citadas as psicólogas, terapeutas ocupacionais e as assistentes sociais: “Bom nós oferecemos o atendimento, né, psicológico, o atendimento da terapia ocupacional, o atendimento da fonoaudiologia, se caso ela necessite, né, o atendimento de massoterapia” (Ea47); o serviço de ambulatório de DST/AIDS; e a realização de palestras na sala de espera.

O uso das terapias alternativas no tratamento das mulheres em situação de violência sexual foi citado em um dos serviços de saúde estudados: “Bom, aí, aqui a gente tem o setor Centro de Práticas Interativas, que aí tem é, o pessoal que trabalha com massoterapia, que trabalha com Reiki, tem essa retaguarda que também ajuda muito nesse momento” (Ma50); “Terapia ocupacional. É massoterapia. Tem o centro de terapias alternativas que acolhe” (Asa52). As práticas alternativas e complementares são antigas dentro da promoção da saúde⁶.

6 As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) estão inseridas na MAC e são utilizadas como alternativas para as práticas de cuidado. No Brasil, iniciou-se como um resquício do movimento contracultural dos anos 60 e 70, pois a implementação dessas práticas aplicadas ao cuidado dos pacientes eram analisadas por uma ótica preconceituosa pelos

A Medicina Integrativa (MI) está conseguindo um reconhecimento mundial, pois, segundo Fiúza *et al.* (2011), na França e na Alemanha, quase metade da população que necessita de tratamento utiliza as práticas alternativas como forma de tratamento.

A proposta inicial foi inserir a Medicina Alternativa e Complementar (MAC) na Atenção Primária, que tinha o interesse de romper com o modelo tecnológico da Biomedicina, principalmente nos países pobres da América Latina. Nesta proposta, existe uma crítica à ideia de que as pessoas são tratadas como casos e sem personalidade, à ausência de vínculo entre profissional e paciente e o sistema médico custoso desfigurado pelas imposições das tecnologias médicas e influenciado por uma sociedade que valoriza os bens de consumo.

Neste panorama, houve grande mudança, em 1988, quando instituídas no sistema público as práticas não biomédicas, compostas por acupuntura, homeopatia, termalismo e fitoterapia; as práticas alternativas de saúde mental, sendo reforçada com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BARROS, 2000; BRASIL, 2011).

Com a MAC, é possível estabelecer uma relação de equilíbrio entre corpo e mente, para induzir no organismo uma resposta natural, estimulando o empoderamento. Os profissionais precisam exercitar uma visão mais integral e holística no atendimento às mulheres pois a implementação das práticas para as mulheres em situação de violência sexual é um avanço para a Medicina (SOUSA *et al.*, 2012).

cursos de graduação em saúde e pelos conselhos de medicina e na área da saúde em geral (BARROS; SIEGEL; OTANI, 2011). Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) na conferência internacional de atenção primária, realizada em Alma Ata, propõe “garantir saúde para todos no ano 2000” (BARROS, 2000; THIAGO; TESSER, 2011).

No Brasil, o uso das práticas é disseminado, mas não é estimulado na academia para os profissionais da saúde. Então, identifica-se o fato de que o serviço de saúde está buscando transcender barreiras culturais para propiciar às mulheres em situação de violência sexual um atendimento integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ministério Público, em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres, conquistou espaço, no que concerne ao enfrentamento da violência sexual, mas ainda existem muitas barreiras para a implantação das políticas e protocolos nos serviços de saúde.

A pesquisa identificou que os profissionais de saúde que realizam o atendimento às mulheres em situação de violência sexual nos serviços especializados no Município de Fortaleza, não são amparados pela gestão dos serviços. O serviço de emergência passa a ser uma ponte de encaminhamento apenas para as duas unidades que realizam o atendimento completo incluindo o acompanhamento com a equipe multiprofissional, a realização dos exames e do aborto legal.

Os serviços analisados não estão estruturados para atender as mulheres em situação de violência sexual pela falta de material, de medicamentos e de estrutura física para o local de atendimento. Por conseguinte, a atuação predominante dos profissionais dos serviços de urgência e emergência é de encaminhar para o “Gonzaguinha” de Messejana, que é o hospital de referência do Município.

Conclui-se que os profissionais estudados, em virtude da situação imposta pelo serviço, realizam atendimentos precá-

rios com as mulheres em situação de violência sexual. Apenas dois hospitais estão estruturados para realizar os atendimentos, mas, nos outros sete serviços, identificou-se que as salas são inadequadas para o atendimento destas mulheres, a defasagem de capacitações e o desinteresse do profissional. Com a alegação de prejudicar o atendimento dos outros pacientes que buscam o serviço de saúde, os profissionais não orientam, não encaminham para a rede intra e interssetorial, tampouco, nem realizam a escuta diferenciada para auxiliar a mulher a sair da situação de vulnerabilidade.

Identifica-se a necessidade de sensibilização dos gestores sobre o pacto de gestão que envolve a importância dos princípios da integralidade nos atendimentos, o acesso à justiça e acerca dos benefícios decorrentes do atendimento completo às mulheres em situação de violência sexual, de capacitação para os profissionais da saúde e de infraestrutura adequada para atender esta demanda nos serviços de emergência.

A realização desta pesquisa identificou fragilidades no serviço investigado e possibilitou realizar junto aos profissionais e gestores dos serviços uma sensibilização para a temática de violência sexual, antes esquecida no atendimento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo para desenvolvimento de um objeto de ensino-aprendizagem sobre CIF. Inicialmente, definiu-se e selecionou-se o conteúdo a compor o objeto de ensino-aprendizagem sobre CIF. O guia para iniciantes em CIF (OMS, 2002), a CIF (OMS, 2003) e a revisão sobre o uso da CIF (BRASILEIRO; MOREIRA; BUCHALA, 2013) constituíram

subsídios teóricos para a construção do conteúdo didático da estratégia de ensino. Após a seleção, foi elaborado o material didático que comporia o objeto de ensino-aprendizagem em concomitância com o estabelecimento da infraestrutura e desenho da interface que daria suporte ao curso.

Além do conteúdo, foram elaboradas atividades como fóruns, chats e estudos de casos clínicos, facilitando a comunicação e interação entre usuários e tutor.

Com o material composto, iniciou-se contatos com a Universidade Federal do Ceará-UFC, por meio da equipe do UFC Virtual, para a confecção do objeto virtual. O design instrucional do curso foi elaborado de forma que se reproduzisse, além de aulas convencionais, um sistema de acompanhamento online de modo a orientar o discente a um estudo mais independente e interativo.

Dessa forma, o curso foi modelado para uma carga horária de oitenta horas, sendo dez horas presenciais e setenta online, contendo hipertextos e atividades interativas que, em conjunto com questões disponibilizadas ao longo das aulas e um teste final compunham o sistema de avaliação a ser aplicado.

Para a elaboração das interfaces e a produção do objeto se seguiram referências para estudos à distância (NAKAMURA, 2008; AZEVEDO; SATHLER, 2008) bem como requisitos para cursos à distância do Instituto UFC Virtual que subsidiaram o protótipo da tecnologia em tela. O objeto foi encaminhado ao centro de produção para construção dos fluxogramas e desenhos da interface caracterizando o início da *virtualização*. Cerca de dez encontros entre profissionais do centro de produção e a autora foram necessários para a aprovação do protótipo e sua posterior implantação.

Foram necessárias três revisões de cada aula para que a linguagem se adequasse ao sistema, considerando a inserção de vídeos e textos/artigos em formato pdf para leituras complementares. Este processo durou, aproximadamente, noventa dias. Após as revisões, as aulas foram inseridas no ambiente virtual para serem disponibilizadas aos participantes.

O projeto foi aprovado em comitê de ética.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O curso desenvolvido foi apresentado aos participantes a partir de um módulo inicial cujo objetivo era fornecer orientações de navegação nas aulas do AVA. Na sequência, foi apresentado outro vídeo com as palavras de boas vindas da coordenação e informações sobre o fluxograma das aulas e a importância da CIF. Após a introdução, o participante iniciava a navegação no ambiente virtual. As modalidades de interação oferecidas possibilitaram utilizar ferramentas indispensáveis ao bom rendimento no ensino à distância.

Para iniciar a navegação nas aulas, o discente clicava em AULAS e, conforme ilustrado na Figura 1, surgia na tela a lista sumarizada de tópicos a serem ministrados semanalmente.

Figura 1: Sumário das aulas disponibilizadas no curso sobre a CIF, Fortaleza, 2014.

Coord. Curso: Imaéria
9:44:04

Coord. Curso > SECADI - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) > Aulas

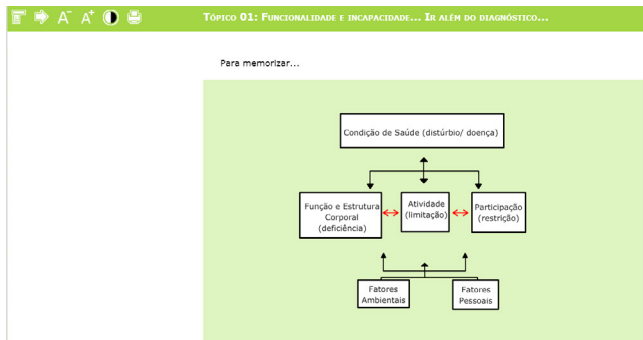
Modulo I	Aula	Descrição
SECADI - Aula 01: Necessidade da CIF		Tópico 01: Introdução sobre a classificação internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde Tópico 02: CIF como membro da Família de Classificações da OMS
SECADI - Aula 02: Entendendo as necessidades de saúde...		Tópico 01: Funcionalidade e incapacidade... Ir além do diagnóstico... Tópico 02: Os objetivos da CIF Tópico: Introdução Tópico 01: Como a CIF pode ser utilizada?
SECADI - Aula 03: Utilização da CIF		Tópico 01: O modelo da CIF Tópico 02: Aplicabilidade do modelo da CIF
SECADI - Aula 04: O modelo biopsicossocial integrador de funcionalidade e incapacidade da CIF		Tópico 01: Visão Geral da CIF Tópico 02: A Estrutura da CIF
SECADI - Aula 05: Componentes estruturais da CIF		Tópico 01: Os códigos da CIF Tópico 02: Os qualificadores
SECADI - Aula 06: Os códigos e qualificadores da CIF		Tópico 01: Casos clínicos (parte 1) Tópico 02: Casos clínicos (Parte II) e modelos utilizados de aplicação da CIF
SECADI - Aula 07: Exercitando o uso da CIF		Tópico 01: Exame de conhecimento - final Créditos
SECADI - Aula 08: Avaliação		

✓ Indica que a aula já foi visualizada.
Para visualizar uma aula, clique sobre o link correspondente. Se não houver link, a aula não teve nenhum arquivo indicado para abertura (Informe o responsável).

O curso foi organizado em sete módulos, com total de oito aulas e 14 tópicos. A classificação foi apresentada aos participantes seguindo as diretrizes para a iniciação de uso da CIF (OMS, 2002). Com as instruções iniciais, a etapa seguinte foi navegar nas aulas ofertadas e para a abrangência da temática e modelo de estudo preconizado em várias partes do curso e o acesso à leitura de hipertextos com links elencados. Por meio destes dispositivos, os participantes eram assim direcionados a realizar leituras aprofundadas e atuais sobre a temática CIF.

Foram abordados princípios básicos, característica de versatilidade e descritos perfis de funcionalidade por estudos e ilustrações de casos clínicos. Dado os recursos do SOLAR, muitas ilustrações “tomaram vida” e o que antes era estático passou a ter dinamismo, facilitando a compreensão do curso e focando a atenção e o interesse pela temática.

Como exemplo, o modelo de interação da CIF (Figura 2), que expressa a interligação de conceitos multidirecionais, especificando que nem sempre a causa de uma incapacidade parte necessariamente de uma condição de saúde ou doença.

Figura 2: Interação dos conceitos na CIF (OMS, 2003).

Outros recursos, como o *mouseover*, foram dispostos para exemplificar conceitos. Ao clicar sobre um termo, como transição epidemiológica, surgia sua tradução favorecendo ao participante maior compreensão textual. Efeitos denominados “raspadinha”, “TV com controle”, “efeito prancheta”, “porta abrindo”, “efeito lupa” também foram aplicados ao longo de todo o curso, como estratégias para pontuar um raciocínio, memorizar um conceito, destacar textos e reforçar um dado.

Foram apresentados aos discentes implicações do uso da CIF na avaliação e elaboração de diagnósticos e planos terapêuticos, capacidade de armazenamento de informações positivas, neutras e negativas sobre saúde e domínios relacionados, evidenciando o controle do impacto das intervenções na experiência da funcionalidade.

Todas as aulas do curso estavam disponibilizadas para cópias em versão textual. Assim, o participante poderia estudar por impressão de artigos ou salvar o material em seu ambiente de trabalho para posteriores consultas.

É importante salientar que as atividades desenvolvidas ao longo do curso –fóruns, atividades de portfólio, chats e um sistema de mensagens disponíveis– permitiram um canal interativo entre professor tutor e discentes (Figura 3). A sincronia facilitou a troca constante de informações e discussão entre professor tutor e discente e destes entre si, o que possibilitou um ambiente propício para o aprendizado.

Figura 3. Apresentação das atividades propostas no sistema. Fortaleza, 2014.



A participação favorecia a comunicação entre tutor e alunos bem como facilitava tirar dúvidas sobre conteúdos estudados ao longo do curso, a expressão de opiniões a partir das leituras e os informes de atividades (Figura 4).



Figura 4. Exemplo de apresentação do Fórum Geral no AVA. Fortaleza, 2014.

Fórum Fórum Geral: Dúvidas e Acompanhamento de Rendimentos - Curso: SECADI - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Assunto: Neste fórum vocês poderão tirar dúvidas com o professor tutor sobre os conteúdos estudados, assim como acompanhar as notas nas atividades realizadas.

Ver em forma de árvore | Ver em forma de lista

Página 7 de 7 Anterior | 1 2 3 4 5 6 7 | Imprimir Voltar

Ismênia Coord. Curso	30/10/2013 21:59	
	<p>Enquanto aguardamos a liberação do questionário e após ter lido a aula 01, vamos visitar o fórum 01 e discutir sobre a relação CIF e Fisioterapia,</p> <p>Quais as convergências? Há proximidades?</p> <p>Aguardo a participação de todos!!! 🍌</p>	
gennanias	30/10/2013 20:46	
	<p>Adorando o modelo de aprendizagem... Deu pra perceber que será um sucesso. Aguardando a liberação do Teste,</p> <p>🍌</p>	

Além dos fóruns, os chats, os momentos síncronos (tempo real), agendados previamente, tiveram importância significativa no sentido de permitir ao discente expor suas ideias com liberdade para tirar sua dúvida, interagindo continuamente com seu tutor e demais colegas do grupo.

Por sua vez, as atividades de portfólio permitiram aos participantes enviar arquivos em formato Word ou pdf das questões previamente solicitadas. A correção das tarefas enviadas era oportunamente realizada pelo professor tutor que, em conjunto com a nota da atividade, enviava comentários no próprio portfólio quanto ao desempenho do participante.

A forma com que os participantes foram avaliados ao longo do curso incluiu a participação nas atividades e no exame final, previamente acordado e explicado. Antes de iniciar o curso, o participante respondeu ao questionário inicial (pré-teste), que continha questões relativas ao conhecimento sobre CIF. As questões variavam em níveis de complexidade. Ao final do curso, o discente respondeu ao questionário final (pós-teste).

A expansão da Educação a Distância na contemporaneidade tem sido cada vez mais impulsionada pela incorporação das novas tecnologias de informação e comunicação (BELLONI, 2006; BRASIL, 2003; ROSINI, 2007). Estudo que abordou a incorporação do ensino à distância aos processos de Educação Permanente em Saúde e discutiu a relevância desta cultura para a formação de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), e atuação de profissionais de saúde na docência no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, indicou desenho similar a este, enfatizando etapas de elaboração do referencial teórico e metodológico da EAD bem como uma etapa considerada intermediária, que abordou a utilização dos recursos do moodle, um modelo de AVA, no intuito de habilitar os participantes ao seu uso, como estratégias metodológicas utilizadas em ensinamentos à distância para facilitar a comunicação, como os fóruns, dentre outros (PAIM *et al.*, 2009).

Outro curso desenvolvido por Ribeiro e Lopes (2006), sobre o tratamento de feridas seguiu a metodologia em etapas como: elaboração do programa; digitalização dos textos; organização do material digitalizado; e publicação do curso no ambiente virtual. Antes de iniciar, foi realizada aula inaugural; a disponibilização da agenda da semana e material de cada módulo; explanação quanto à disponibilização e correção das avaliações; planejamento e participação no fórum de discussões; elaboração e envio *de-e-mail*; acompanhamento e orientação de cada aluno em suas atividades, utilizando ferramentas do ambiente como acessos e portfólio, dentre outros.

Assim, foi concluído o desenvolvimento do objeto de ensino-aprendizagem sobre Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O objeto de aprendiza-

gem criado foi validado interna e externamente com o objetivo de estimar sua eficiência no ensino sobre a classificação, mas a descrição do processo de validação será explanada em outro momento. Mas foi notório que o processo de comunicação por meio da interatividade em AVA permitiu ao receptor interagir ativamente com o emissor, participando da estratégia educacional, despertando atenção e compreensão dos conteúdos.

Diante do computador o usuário nunca é passivo. Ele decodifica, interpreta, participa, mobiliza seu sistema nervoso de muitas maneiras. O grau de interatividade em objetos de aprendizagem pode ser mensurado pela possibilidade de reapropriação e recombinação do material da mensagem. Estratégias de interatividade vão desde operações mais simples como um diálogo, reciprocidade, até as mais complexas em que se apresentam sistemas de inteligência capazes de mostrar sequência de um roteiro, com propósitos específicos, envolvendo formas de comunicação efetiva (MUNHOZ, 2011).

Na atualidade, a chamada geração Z, ou geração dos nativos digitais não consegue acompanhar conteúdos que não apresentem alguma interatividade (MATTAR, 2010). O ideal é que objetos de ensino-aprendizagem incluam recursos animados, como jogos digitais, com possibilidade de aperfeiçoar o interesse e a motivação dos participantes.

Assim, a experiência de construir um objeto de ensino-aprendizagem em CIF se mostrou um ganho entre todos os envolvidos, pois, apesar da larga experiência com a temática, o desafio da formação em saúde e da construção do conhecimento traz reflexões sobre todo o processo de criação do material bem como da própria prática de formação, constituindo-se, portanto, em um momento ímpar.

CONCLUSÃO

Ao desenvolver um objeto de ensino-aprendizagem sobre Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi possível verificar que na proposição do objeto de aprendizagem interativo para divulgação, disseminação e incentivo ao uso da CIF, deu-se um momento de profundo crescimento profissional, ao propiciar um espaço de formação em saúde. A construção do conhecimento em saúde se mostrou ampliada ao permitir a formação em CIF no Brasil por meio de uma ferramenta dinâmica, atual e de acesso por muitos profissionais, contribuindo para a consolidação do conhecimento e do uso da CIF.

REFERÊNCIAS

ALAVARCE, D. C.; PIERIN, A. M. G. Elaboração de uma hipermédia educacional para o ensino do procedimento de medida da pressão arterial. *Rev Esc Enferm USP*, v.45, n. 4, p.939-944,2011. Disponível em:<<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

AZEVEDO, A. B; SATHLER, L. **Orientação didática pedagógica em cursos à distância**. Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo: Ed. Metodista, 2008.

BELLONI, M. L. **Educação a distância**. Campinas: Autores Associados, 2001.

BRASIL. Decreto 5.622, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o artigo 80 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 dez. 2005. Dispo-

nível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12778%3Alegislacao-de-educacao-a-distancia&Itemid=865. Acesso em: 20 de fevereiro de 2014.

BRASILEIRO, I. C. MOREIRA, T. M. M, JORGE, M. S. B. Interveniência dos fatores ambientais na vida de crianças com paralisia cerebral. **Acta fisiatr**; v. 6. n. 3. p. 132-137. 2009.

BRASILEIRO, I. C. MOREIRA, T. M. M. Prevalência de alterações funcionais corpóreas em crianças com paralisia cerebral em Fortaleza, Ceará. **Acta fisiatr**; v. 15, n. 1, p. 37-41. 2008.

BRASILEIRO, I. C. MOREIRA, T.M.M, JORGE, M. S. B, QUEIROZ, M.V, MONT'ALVERNE, D.G, Atividades e participação de crianças com paralisia cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.4, p.503-11. 2009.

BRASILEIRO, I.C; MOREIRA. T. M. M; BUCHALLA, C. M. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e seu uso no Brasil. **Acta Fisiatr**.v.20, n.1,p:37-41, 2013.

EHNFORNS, G.; FLORIN, J.; OSTLINDER, ?. Developing a national integrated classification of health care interventions in sweden. **International Journal of Medical Informatics**, v. 74, p. 973-979, 2005.

FERECINI, G. M. **Desenvolvimento e avaliação do objeto virtual de aprendizagem sobre o aleitamento materno do prematuro**. Ribeirão Preto, SP, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FILATRO, A. **Design instrucional contextualizado**: educação e tecnologia. São Paulo: SENAC; 2004.

GÓES, F. S. N. Desenvolvimento e avaliação de objeto virtual de aprendizagem interativo sobre o raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao recém-nascido pré-termo. Ribeirão Preto, 2010. 188f; 30 cm. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

LOPES, L.F; FARIA, A. A. **O que e o quem da EAD**. História e Fundamentos. Curitiba, Editora IBPEX. Dialógica. 2013.

MACEDO, C. S. Diretrizes para criação de objetos de aprendizagem acessíveis [tese] / Claudia Mara Scudelari de Macedo; orientadora, Vânia Ribas Ulbricht. - Florianópolis, SC, 271 p.: il., tabs, 2010.

MAIA, C; MATTAR, J. **ABC do EAD**: a educação a distância de hoje. 1. ed. São Paulo, Pearson Prentice Hall, 2007.

MATTAR, J. **Games em educação**: como os nativos digitais aprendem. São Paulo, Pearson Prentice Hall, 2010.

MORAN, J. M. **Os novos espaços de atuação do educador com as tecnologias**. In: ROMANOWSKI, J. P.; MARTINS, P. L. O; JUNQUEIRA, S. R. A. Conhecimento local e conhecimento universal: diversidade, mídias e tecnologias na educação. Curitiba: Champagnat, v. 2, p. 245-253. 2004.

MUGNOL, M. A educação a distância no Brasil: conceitos e fundamentos. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 9, n. 27, p. 335-349, maio/ago. 2009.

MUNHOZ, A. S. **Ambiente virtual de aprendizagem**: um guia prático. Curitiba: IPPEX, 2011.

NAKAMURA, RODOLFO. **MOODLE**: como criar um curso usando a plataforma de Ensino à Distância / Rodolfo Nakamura. São Paulo: Farol do Forte, 2009.

OLIVEIRA, M. S, FERNANDES, A. F. C; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008.

[OMS] Organização Mundial da Saúde. CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. São Paulo: EDUSP, 2003.

PAIM, J. S; NUNES, T.C.M. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, v.8, n.3, p, 262-269, 1992.

PAIM, M. C; GUIMARÃES, J. M. M. Importância da formação de docentes em EAD no processo de educação permanente para trabalhadores do SUS na Bahia. **Revista baiana de saúde pública**, v. 33, n. 1, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: UnB; 1997.

PARTE 4

AVALIAÇÃO, DESAFIOS E PACTOS PARA A CONSTRUÇÃO DO SUS

... Um modelo de gestão de saúde também pode ser analisado por meio da forma como se constroem Pactos de Saúde, e na medida em que estes representam realidades e necessidades comuns, individuais e coletivas. E, na medida em que estes se tornam instrumentos eficientes para representar as necessidades que se estabelecem como significados para as coletividades.

Francisco Senna de Oliveira Neto e AliceItani

CAPÍTULO 22

MODELOS DE GESTÃO EM SAÚDE: REFLETINDO A PRODUÇÃO DE NOVAS LÓGICAS ORGANIZACIONAIS

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Maria Salete Bessa Jorge

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Adriana Catarina de Souza Oliveira

INTRODUÇÃO

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingimento dos objetivos estabelecidos) e efetividade (resolução dos problemas identificados). Neste processo, o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos. O modelo de gestão em saúde diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos gerenciais, tecnológicos e assistenciais, ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e hu-

manos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

Para Robbins (2000), as mudanças no ambiente organizacional são responsáveis por uma interferência na organização do trabalho, pois, de acordo com a abordagem sistêmica, as organizações são vistas como sistemas abertos em constante interação com o ambiente que as cerca.

Fomentando a discussão, Crozatti (1998) destaca que o modelo de gestão é produto do subsistema institucional e que representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor de como as coisas devem acontecer na empresa. Sendo assim, é o instrumento de gestão mais significativo: seria o conjunto de normas e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas para levar a empresa a cumprir sua missão com eficácia.

Apesar da ebulição do debate sobre gestão, inclusive em saúde, é importante alguma prudência. Uma fundamental e antecedente preocupação, referida pelo campo conceitual, deve considerar que embora a prática gerencial, suas bases e modelos possam contribuir para o desenvolvimento social e a qualidade de vida, com certeza, esta não pode ser consideradaimune às políticas, aos interesses, demandas, profissionais, condições ambientais, etc. Apesar da importância da discussão sobre aspectos conceituais, metodológicos e instrumentais da gestão, é preciso considerar que há aspectos da dimensão da política mais geral, e mesmo vetorial, que ultrapassam a definição, necessária e imperiosa, quanto a efluentes e eficazes práticas gerenciais, ainda que estas devam incorporar e interagir com variáveis desta natureza.(BARBOSA, 1998).

Desta forma, captar e compreender os desafios que estão presentes no cenário atual constituem um fator de fundamental importância para a sobrevivência das organizações. Levando em consideração que o Sistema Único de Saúde (SUS), nos seus mais de 20 anos de existência, vem conhecendo uma série de formatos jurídicos e administrativos, de convênios a fundações de apoio, os gestores públicos analisam os modelos, como os de organizações sociais e fundações estatais de direito privado, em busca de solução para os grandes desafios do sistema. A mudança na gestão do SUS envolve demandas delicadas: distribuição de poder, repasse de recursos e modificações nas relações e estruturas de trabalho.

Os temas desenvolvidos, portanto, estão organizados de forma a introduzir um universo de questões que, apesar de sua multiplicidade, remetem à associação entre gestão e a melhoria da oferta dos serviços de saúde. Na política de atenção, convivem diferentes marcos teóricos organizacionais da saúde, dentre eles, a estruturação em níveis de complexidade, a saber: atenção primária ou atenção básica e atenção de média e de alta complexidade. Este modelo de organização, que se reflete na oferta de serviços segundo a hierarquização de três níveis de atenção, teve como um de seus pressupostos, desde a medicina previdenciária, a efetivação das ações de saúde focadas em agravos e, em algumas situações, para recortes populacionais, não levando em conta os princípios do SUS.

Dentro da perspectiva histórica de construção do SUS, tem-se como reflexão como construir sentidos e saberes diferentes dos vigentes que permitam a produção de saúde e a prevenção e controle da doença. Os indivíduos que produzem saúde realizam um exercício com suas capacidades normativas com os

valores que orientam sua prática e dentro do contexto das instituições em que estão inseridos. Para isso, precisa-se ter em mente que os sujeitos apresentam uma normatividade interna que não pode ser reduzida e limitada pela normatividade externa, com suas regras, muitas vezes rígidas e que podem reduzir criatividade e inventividades (GUIZARDI; PINHEIRO, 2012).

Assim, fala-se na autonomia que deve ser dada aos trabalhadores de saúde para que se possa exigir sua corresponsabilização nas ações desenvolvidas pelos serviços, inserindo aqui, também, conceitos importantes e desafiadores de descentralização da tomada de decisão e inserção de valores de envolvimento pessoal, para que esses sujeitos assumam um lugar de coautores dos processos de gestão (GUIZARDI; PINHEIRO, 2012).

Um desafio importante, nos últimos anos, para o aprimoramento do desempenho das instituições e sua eficiência dentro de políticas sociais é a democratização das instituições públicas, sendo a formação de cidadãos críticos e que participem politicamente deste processo elemento fundamental no âmbito das relações entre Estado e sociedade. Neste contexto, o SUS traz modelos importantes para o desempenho das organizações que são os de cogestão e conselhos de saúde. No cenário do controle social, os conselhos de saúde assumem lugar relevante, sendo importante exemplo de uma proposta abrangente de cogestão onde a sociedade civil tem voz para trazer modificações políticas e levar suas necessidades para serem atendidas dentro das prioridades e metas dos planos de saúde (FRANCO; HERNANDEZ, 2013).

Tem-se, nesse contexto, a presença dos conceitos de capital social, que englobam as relações dentro da sociedade que envolvem organização social de redes relacionais, normas, pactuações e confiança para uma coordenação e cooperação com

a finalidade de promover benefícios mútuos. No âmbito da racionalidade administrativa, observar o capital social é considerado um desafio e isto porque as instituições públicas precisam desenvolver e aprimorar ferramentas gerenciais bem estruturadas a fim de viabilizar aos grupos sociais a possibilidade de por em debate os resultados da mobilização e participação social. Desta forma, uma proposição interessante seria fazer a combinação de modelos internacionais de desenho organizacional eficiente da saúde com uma importante mobilização produtora de capital social que ocorre no Brasil, para que, então, houvesse o desempenho das instituições somado a um aprimoramento de sua qualidade assistencial (FRANCO; HERNAEZ, 2013).

Outro conceito importante e que se constitui como um desafio na construção do SUS é o de macro-organizações. Experiências brasileiras neste contexto demonstram algumas fragilidades no que se refere à direcionalidade do processo de planejamento regional, onde se tem agendas ainda fragmentadas. Em contrapartida, essas experiências apresentam como ponto importante para o êxito a ampla participação dos gestores dentro da regionalização onde os mecanismos criados para a comunicação entre eles pode ser uma fortaleza deste processo, trazendo eficácia para os planejamentos regionais (BRETAS-JÚNIOR; SHIMIZU, 2015).

MODELOS DE GESTÃO

Na saúde, as transformações nos modelos de organização do processo de trabalho e de assistência têm requerido capacitação e envolvimento de profissionais e trabalhadores para o alcance da qualidade e da integralidade da atenção. Para tanto,

tem-se instituído práticas e ferramentas de gestão do cuidado e do trabalho voltadas para o uso de indicadores e diretrizes clínico-gerenciais que demandam, além do investimento na assistência, o estudo do comportamento e das práticas individuais e coletivas dos trabalhadores.

Tais mudanças têm levado as organizações a reverem suas estruturas e práticas no âmbito da gestão de pessoas. O modelo vigente a partir do século XX, construído em sintonia com paradigmas mecanicistas decorrentes do Taylorismo e do Fordismo (TEIXEIRA, 1999; SOLLA; SANTOS, 2002), é ainda visivelmente predominante nas organizações de saúde.

Na discussão e substituição desse modelo, têm sido exigidos novos modelos de gestão capazes de explicar e propor mudanças no atual contexto de trabalho em saúde, considerado complexo, dinâmico e inovador, em que predomina o uso de tecnologias duras, a velocidade das comunicações e a necessidade de tomada de decisões rápidas.

Esta conjuntura é marcada, ainda, por crise das políticas do Estado de bem-estar social, pelo processo de reestruturação produtiva, pela globalização da economia e pelos novos requisitos e demandas para a formação profissional que trazem transformações nos processos de trabalho e, conseqüentemente, na gestão de pessoas.

Um modelo de gestão pode ser definido como a estrutura organizacional, as responsabilidades e os procedimentos, processos e recursos para uma organização implementar a sua gestão da qualidade, a sua gestão ambiental ou a sua gestão de pessoas e da segurança e saúde no trabalho, sendo, portanto, entendido como um instrumento de suporte à ação da administração.

No campo da ação gerencial na saúde, adere-se ao pressuposto de que a intervenção no processo gerencial por meio de um corpo dirigente é algo intelectualmente desafiador e merecedor de reflexão mais sustentada por subsídios teóricos e dados de realidade (OLIVEIRA, 2010; MENDES, 2008). Investimentos na capacidade de escuta às demandas, no processamento de problemas e na gestão compartilhada dos projetos de intervenção parecem oferecer maior capacidade de viabilizar modelos de gestão (VASCONCELOS; PACHE, 2006).

Tendo como princípio de implantação destas mudanças a busca por novas formas de gestão nos Serviços de Saúde, torna-se necessária a incorporação de novos conhecimentos e habilidades sintonizados a uma prática administrativa mais aberta, flexível e participativa fundamentada não só na razão, na sensibilidade e na intuição (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2004).

Desse modo, a gestão do processo de trabalho na saúde tem exigido de suas lideranças uma aproximação às teorias organizacionais para que seja possível estabelecer planos e traçar metas que atendam às necessidades e às expectativas de seus trabalhadores, considerando a atual conjuntura da área. Esta, por sua vez, tem demonstrado a fragilidade dos gestores e do sistema de saúde em garantir satisfação aos trabalhadores os quais enfrentam elevadas jornadas de trabalho, carga de trabalho excessiva, má remuneração e desvalorização profissional.

Modelo de gestão em saúde é uma maneira de organizar os recursos humanos, materiais e financeiros para prestar serviços ou produzir – como é o caso da vacina –, referido a objetivos, metas, interesses pessoais ou partidários, ideológicos. Não existe um modelo ideal, mas modelos que respondem às insatisfações da sociedade, segundo o olhar desta realidade dos grupos de influência.

Assim como não há um modelo de gestão ideal, uma receita única para o sucesso de qualquer organização, da mesma forma, as organizações de saúde devem levar em conta sua história, missão, visão e valores assim como a cultura organizacional. Todos estes fatores tornam uma organização única, o que demanda ações específicas de gestão. Assim são destacados apenas os modelos da Gestão da Qualidade, das Redes de Atenção à Saúde (RAS), da Gestão Estratégica e da Gestão Participativa – Cogestão, como algumas possibilidades para o enorme desafio nesta área.

Com um cotidiano organizacional marcado por fatores que produzem baixa efetividade das ações de promoção e assistência às necessidades de cuidado apresentadas pela população, identifica-se a premência de se repensar a estrutura operacional do chamado processo de trabalho em saúde, ajustado em um modelo organizacional que potencialize a resolubilidade das necessidades de saúde.

GESTÃO DO CUIDADO

Na trajetória de construção do SUS, observa-se avanços que estimulam a discussão de novas questões que exigem estudos, sobretudo em relação às dificuldades que continuam sem solução, impondo que a urgência seja de aprimoramento do sistema da gestão em saúde. Nesta visão, as condições de trabalho insatisfatórias, de desrespeito aos anseios dos trabalhadores como, também, a visão meramente tecnicista e burocrática desqualifica o cuidado e, por conseguinte, a humanização das práticas (BRASIL, 2006a; FONTANA; SCHEICHER, 2010).

O debate sobre a gestão do cuidado na atenção primária tem assumido um papel cada vez maior na agenda dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários, particularmente daqueles que participam das instâncias de controle social seja em nosso país ou no âmbito internacional. Os olhares, as prioridades e as estratégias propostas para a melhoria da qualidade guardam relação direta com o papel e a inserção de cada sujeito na gestão e, em particular, na produção do cuidado.

A gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde implica em uma reorganização das práticas para a promoção da autonomia, com ênfase na centralidade dos usuários e na consolidação das RAS no SUS. Para o enfermeiro, em especial, há de se articular as dimensões política e técnica do fazer para que a gestão do cuidado se constitua em reflexão-ação e práxis emancipatória. A gestão do cuidado comporta, pelo menos, três dimensões, que poderiam ser representadas como: “dimensão profissional” – cuidar, tratar; “dimensão organizacional” – prevenir, recuperar, promover; e “dimensão sistêmica” – produzir saúde.

A primeira dimensão da gestão do cuidado se encontra na esfera de responsabilidade profissional e está alicerçada no encontro trabalhador-usuário. Três componentes são essenciais para a configuração da boa ou má gestão do cuidado na “dimensão profissional”: a postura ética do trabalhador, em particular, como ele concebe esse “outro” (o paciente) que necessita de seus cuidados; a competência com que o trabalhador opera o seu “núcleo” de saber, o que nos remete ao maior ou menor domínio técnico-científico para buscar as melhores respostas para o problema apresentado pelo paciente; e a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente (PIRES, 2005).

A dimensão organizacional se refere ao processo de institucionalização das práticas de saúde em que se desenvolve a gestão do cuidado em sua dimensão profissional em contextos organizacionais. Uma das características essenciais da transição da medicina liberal para a medicina tecnológica foi, exatamente, a institucionalização da prática dos médicos, o que significa que ela passa a depender, de forma crescente, de contextos organizacionais para o seu exercício (SCHRAIBER, 1993). Novos atores e novas questões vão configurar esta dimensão do cuidado.

A visão sistêmica da gestão do cuidado, como expresso de forma mais recente no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006), é imprescindível para a consolidação do SUS, mas – e este é o ponto que quero destacar –, não será nunca suficiente se não for enriquecida com outras perspectivas ou pelo reconhecimento de sua imanência com as outras dimensões do cuidado que desenvolvemos até agora. Para além das regularidades sistêmicas, seria útil pensar a gestão do cuidado de forma que resultasse na integralidade da atenção buscada pelas pessoas, por tudo o que vimos até agora, como fruto de uma incontável rede de encontros; encontros nos nós de uma complexa rede de cuidado. Os nós da rede são conexões humanas, são encontros humanos e há um potencial imenso de energia–criatividade–produção retida nos profissionais, nos usuários e nos gestores (BRASIL, 2006).

GESTÃO DA CLÍNICA

A gestão dos sistemas de serviços de saúde no início do século XXI tem sua decisão baseada em recursos, em gestão das condições agudas e crônicas e gestão dos meios da própria gestão dos fins que é a gestão da clínica (MENDES, 2011).

Os fundamentos e as origens da “Gestão da Clínica” levam em consideração princípios e leis dos sistemas de serviços de saúde – a singularidade organizacional, a singularidade tecnológica, a lei de Wildavsky, a variabilidade na prestação dos serviços de saúde, a Lei de Romer, a lei de caneta do médico, a lei da concentração da severidade e dos gastos com as doenças – e as experiências internacionais – a atenção gerenciada (*Managed Care*), a governança clínica (*Clinical Governance*) (McSHERRY; PEARCE, 2002; MENDES, 2011).

O conceito de gestão da clínica definido é a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, aumentar a eficiência, diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade dos serviços prestados.

As tecnologias de gestão envolvidas na gestão da clínica são: as diretrizes clínicas (*guidelines*, protocolos clínicos); a gestão da patologia – que consiste no desenvolvimento de um conjunto de intervenções educacionais e gerenciais relativas a determinadas condições ou patologias definidas pelas diretrizes clínicas, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde e a eficiência dos serviços; a gestão de caso – processo cooperativo que se desenvolve entre o gestor de caso e o usuário para planejar, monitorar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades de saúde da pessoa, com o objetivo de incrementar a autonomia do usuário, alcançar resultados custo/efetivos, garantir a continuidade do cuidado e melhorar a qualidade da atenção; a lista de espera – tecnologia que normaliza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por risco e promovendo

do a transparência; e, por fim, a auditoria clínica, que consiste na análise crítica sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados para o diagnóstico e o tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes (COCHRANE, 2001; MENDES, 2011).

GESTÃO DA CLÍNICA AMPLIADA

A proposta da Clínica Ampliada busca se constituir em uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, reconhecendo que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isto signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009).

Outro aspecto diz respeito à urgente necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente. Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico.

A relação entre os serviços de saúde e os sujeitos coletivos também pode ser pensada como uma relação clínica. Como construir práticas de saúde, neste campo, mais dialogadas, menos infantilizantes, mais produtoras de autonomia, menos produtoras de medo e submissão acrítica? Talvez uma pergunta adequada seja: o quanto nossas práticas de saúde coletiva precisam do medo e da submissão para funcionar?

Trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe, compartilhar saberes e poderes é trabalhar, também, com conflitos. Os instrumentos aqui propostos – Clínica Ampliada, Equipes de Referência, Projetos Terapêuticos Singulares – têm-se mostrado como dispositivos resolutivos seja no âmbito da atenção seja no âmbito da gestão de serviços e redes de saúde.

GESTÃO PARTICIPATIVA – COGESTÃO

No livro “Um método para análise e cogestão de coletivos”, em que propõe o Método da Roda, Campos (2000) desenvolve uma reflexão teórico-metodológica a partir das questões anteriormente discutidas quanto à gestão, tomando a democratização institucional não apenas como um meio para efetivar mudanças sociais, mas como “um fim em si mesmo”. O conceito é, portanto, uma resposta à clara implicação das teorias e práticas gerenciais com processos de produção, de expropriação e restrição das esferas decisórias de governo, processos que resultam na indução ao agir burocrático e em condições que consolidam uma perspectiva funcional de dominação.

Em confronto com essa tradição, a cogestão se apresenta como um projeto de construção de compromisso e solidariedade com o interesse público, de capacidade reflexiva e autonomia dos sujeitos. A partir da explicitação destes valores, o conceito afirma a dimensão coletiva da tarefa da gestão que, justamente por esta conformação, não pode se tornar atribuição de especialistas ou elites (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010).

Cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos

ou alguns (oligogestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização (BRASIL, 2009). Em outras palavras, é um sistema que pretende eliminar a separação entre quem planeja, quem executa, quem gere e quem avalia. Os estabelecimentos de saúde são organizações complexas, pois lidam com objetos complexos (riscos e doenças), compostas por uma grande diversidade/variabilidade tecnológica e constituídas por sujeitos de áreas diversas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, etc.) que detêm autonomia (capacidade de agir com grau de liberdade ampliado) exercida de forma desigual – seus profissionais acumulam poder de forma desigual.

Dessa forma, a gestão das organizações de saúde se torna uma tarefa de grande complexidade impondo inúmeros desafios aos gestores. Olhando para o modo como os serviços de saúde organizaram seu processo de trabalho ao longo do tempo, percebe-se que esta organização se deu a partir do saber das diferentes profissões e categorias e não pelos objetivos comuns. Este tipo de organização não tem garantido que as práticas se complementem ou que haja solidariedade na assistência nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isto tem acarretado falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários. Por isto, a gestão participativa é importante como um instrumento valioso na construção desta mudança, para tornar o atendimento não somente eficaz, mas, também, eficiente (BRASIL, 2004).

A proposta do Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – o Humaniza SUS – é enfrentar o desafio de priorizar o atendi-

mento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS. Por humanização, entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004).

Com o intuito de implementar o modelo de gestão participativa, encontra-se, na proposta do Ministério da Saúde, dois tipos de ação: a organização do espaço coletivo de gestão para permitir o acordo entre desejos e interesses tanto dos usuários quanto dos trabalhadores e gestores; e um plano de ação que garante a participação no cotidiano das unidades de saúde.

Dentre os espaços coletivos de gestão, visualiza-se:

– Contratos de Gestão com o Gestor Externo, por exemplo, as Secretarias de Saúde ou mesmo o Ministério da Saúde; e Contratos Internos de Gestão, isto é, contratos feitos na própria unidade de saúde;

– Colegiado da Unidade de Produção: composto por todos os membros da equipe ou por representantes;

– Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde ou Hospital: composto pelo secretário, diretores e coordenadores das Unidades de Produção;

– Os Conselhos Locais das Unidades de Saúde, que são compostos por 50% de usuários, 25% de servidores e 25% de gestores e são previstos em alguns municípios, desde as unidades básicas até os hospitais de referência. Seu funcionamento e

suas atribuições estão definidos em legislação municipal. Já os Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde, com suas respectivas Conferências, têm sua regulamentação prevista em legislação federal. Dentre os mecanismos que garantem a participação no cotidiano das unidades de saúde podemos citar: a) Visita aberta e direito de acompanhante nas consultas e internações; b) Equipe de referência e gerência com horários abertos para interação com a rede sociofamiliar do usuário; c) Ouidoria dinâmica, para mediar os interesses entre usuários, trabalhadores e gestores; d) Família Participante, Grupo de Pais, Grupo Focal com usuários e trabalhadores, nos vários espaços das unidades; e) Grupo de Trabalho de Humanização (GTH).

MODELO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS

As Redes são definidas como sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, com configuração democrática e participativa, em torno de causas afins. Estruturas flexíveis e estabelecidas horizontalmente, suas dinâmicas de trabalho supõem atuações colaborativas e se sustentam pela aspiração e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso organizacional para a estruturação social (OLIVIERI, 2003).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) tem atribuído intenso destaque à formação de redes de atenção à saúde em suas atividades e documentos de referência relativos ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde. Diversos esforços de agenda convergiram para a formulação, em 2008, de um marco conceitual e operativo intitulado *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos Opciones de Política y Hoja de Ruta para su*

implementación en las Américas. Este marco resulta do debate qualificado de especialistas e gestores de centenas de países que, em oficinas de consulta regional, aprofundaram o conhecimento atual sobre o tema (OPAS, 2009).

Há expressivas diferenças nas políticas e nos sistemas de saúde entre os países, embora alguns paradigmas similares tenham orientado a construção e as reformas subsequentes em diversos contextos. É extremamente relevante compreender que, apesar da busca por maior integração por meio de redes de atenção ter sido um ideal amplamente difundido e valorizado em todos os países, as estratégias concretas não ignoram as diferenças de trajetória e configuração de valores maiores da política de saúde (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

No âmbito das organizações de saúde, o que se encontra são, segundo Mendes (2007), sistemas fragmentados caracterizados por atenção descontínua, com forte desarticulação entre o hospital e a atenção primária sob a hegemonia da atenção hospitalar e pela ausência de uma coordenação dos pontos de atenção à saúde, de um sistema de inteligência que confira organicidade ao sistema e, normalmente, sem uma população adstrita.

Por outro lado, os sistemas integrados estão baseados em três características centrais: a oferta de serviços de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção coordenados; a integração destes pontos de atenção através de sistemas logísticos potentes; e a existência de uma população com necessidades definidas que seja responsabilidade do sistema de saúde.

Mendes (2010) acrescenta alguns elementos e conceitua redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma

missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitária e econômica por esta população.

No âmbito da saúde, o conceito de Rede de Atenção à Saúde (RAS) vem ao encontro das necessidades de solução destas fragmentações. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade do cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, para a melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

A transição entre um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passa pela construção permanente nos territórios que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2010). A atual grande diretriz da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), para o período de 2011 a 2014, é a implantação das RAS, sendo sua gestora no âmbito federal. As Redes de Atenção à Saúde têm como objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Muitas barreiras, portanto, devem ainda ser transpostas. A combinação da crescente urbanização, da desigualdade e da falta de recursos públicos tem contribuído negativamente para a efetivação de ofertas de serviços de saúde de qualidade.

LINHAS DE CUIDADO

Considera-se que o modelo organizacional mais adequado para o atendimento dos problemas de saúde da população deve ser aquele promotor de equidade e da integralidade da atenção. Dentre as diversas estratégias a serem utilizadas para este fim, devem estar desenhados os itinerários assistenciais realizados pelo maior número de pessoas decorrentes de situações de saúde semelhantes, conformando o que se chamou de “linhas de cuidado”, construídas, preferencialmente, com base na atenção básica.

A concepção de linhas de cuidado deve representar, necessariamente, um *continuum* assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e pressupõe um conjunto de ações orientadas pelas necessidades de saúde voltadas para: a) segmentos populacionais – indígenas, quilombolas, entre outros; b) ciclos de vida – criança, adolescente, idoso, entre outros; c) gênero – saúde da mulher, saúde do homem, entre outros; d) agravos – tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outros; e) eventos – gestação, entre outros.

A NOVA CONFIGURAÇÃO DA GESTÃO DO SUS E O NOVO AMBIENTE DE TRABALHO

Cada sistema de saúde possui suas próprias particularidades, sendo que as estratégias de integração do cuidado têm sido desenvolvidas para cada contexto nacional específico, podendo

provocar ambiguidade quando transportadas a outros contextos. Apesar disto, bases gerais formadas a partir de princípios de orientação são cada vez mais úteis, mesmo em contextos diversos e distintos. Leva-se em conta o fato de que a convergência dos processos de mudança demográfica e epidemiológica tem produzido padrões semelhantes de morbimortalidade, o que exige cada vez mais cuidados contínuos e interdisciplinares com coordenação flexível, caracterizada pelo acesso a tecnologias de diferentes especialidades, a qualquer momento.

Torna-se cada vez mais relevante a necessidade de se avançar no processo de qualificação e pactuação de mecanismos de gestão do SUS que, seja referente ao planejamento ou ao monitoramento e avaliação, deve ser pautada na perspectiva da institucionalização da avaliação com a preocupação de incrementar a qualidade da gestão visando alcançar um sistema mais efetivo e que melhor possa atender às necessidades de saúde da população.

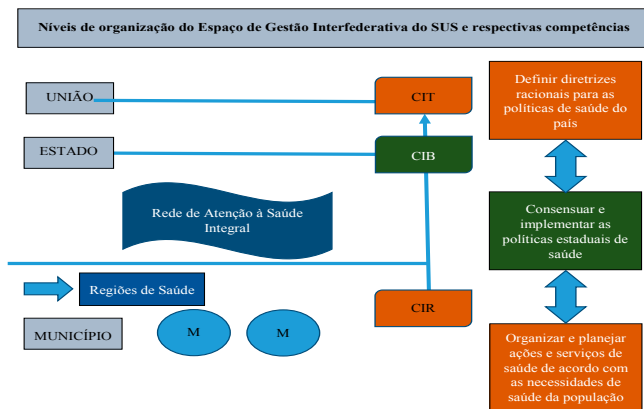
Mais recentemente, em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e, até mesmo, entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede primária de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para reflexão (BRASIL, 2006; 2002).

A prioridade em fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como espaço privilegiado de práticas integrais em saúde permite que antigos modelos sejam superados, construindo-se alternativas de ação de maneira a “promover a saúde, prevenir os riscos e recuperar a saúde de pessoas e de grupos populacionais a partir da realidade local” (BRASIL, 2006).

A partir do referencial normativo colocado para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) juntamente com uma análise de questões explicitadas pelos gestores como relevantes para o processo de regionalização, propõe-se uma matriz de monitoramento da instituição das regiões de saúde que possibilite a qualificação de determinados aspectos estruturantes para o seu funcionamento, atendendo a seus maiores objetivos, quais sejam: garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde, em tempo oportuno e de qualidade; efetivar o processo de descentralização por meio da gestão compartilhada, na perspectiva de ações solidárias e cooperativas; e reduzir as desigualdades regionais, contribuindo, deste modo, para o desenvolvimento do país (BRASIL, 2013).

Ressalta-se, aqui, que a Regionalização da Saúde se configura em um eixo estruturante para a gestão do SUS e vem sendo aprimorada desde então como estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores, no âmbito do processo de discussão/negociação/pactuação interfederativa, base para a efetiva gestão deste sistema, de modo a garantir à população os seus direitos constitucionais. Fica clara a necessidade de se instituírem mecanismos de coordenação e cooperação entre os entes federados, reconhecida a sua relação de interdependência, como desafios, do ponto de vista da governança sistêmica do SUS.

São três os entes da federação brasileira com autonomia político-administrativa, apontando a necessidade de coordenação de atividades entre eles, reconhecida a sua relação de interdependência como possibilidade de maior potencialização em torno de objetivos comuns, mediante acordos intergovernamentais.



Fonte: Brasil, 2013

O município está na base territorial onde as pessoas vivem, trabalham, adoecem, constroem seus relacionamentos, transitam pelo território nacional para além de suas divisas político-administrativas, utilizam espaços de cultura e lazer.

A organização do território em regiões de saúde, como um agrupamento de municípios, vem atender à necessidade de se ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, desafio permanente na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Constituem-se, então, como objetivos últimos para a organização das regiões de saúde, garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde, em tempo oportuno e com qualidade, efetivar o processo de descentralização e reduzir as desigualdades regionais, a partir das discussões/pactuações e compromissos assumidos entre os gestores de um planejamento regional para a organização da rede de atenção à saúde na região, orde-

nada pela atenção básica, de acordo com as políticas de saúde aprovadas nos Planos de Saúde de cada ente federativo.

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para a configuração e o fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

É importante registrar que diferentes atores, públicos ou não, passam por um processo de formação e apropriação de modelos de gestão de políticas em que se reforçam identidades e participações locais, ainda que as administrações que se sucedam deem maior ou menor peso aos novos modelos supracitados. Cabe destacar a relevância desta dinâmica das instituições, no caso a burocracia municipal, para o desenvolvimento de uma cultura de gestão que promova a gestão participativa e colabore com o desenvolvimento de ações que fortaleçam o SUS.

Diante da complexidade dos serviços de saúde, com múltiplos profissionais de formações variadas, tem-se como importante a valorização dos recursos humanos destes serviços, tendo cada profissional como agente individual dentro de sua organização sem perder a ligação com os demais e com liberdade para agir e inovar (LEONE; DUSSAULT; LAPÃO, 2014).

Nesse contexto, fala-se na cultura organizacional, que tem influência direta no modelo de gestão adotado por uma instituição por ser um elemento que direciona as ações dos gestores, além de influenciar na possibilidade ou não de (GARCIA *et al.*, 2015).

Uma preocupação recentemente preconizada é a de dar enfoque para a motivação e identificação dos gestores da saúde, sabendo reconhecer e dar importância ao desenvolvimento de lideranças e tendo em mente alcançar desafios e sanar necessidades dos usuários dos serviços. Uma das estratégias para este desenvolvimento é a formação em gestão. No entanto, não basta oferecer a formação para os profissionais; estes precisam ter espaço no serviço para propor mudanças, atitudes e valores, tendo-se, assim, a potencialização de sua formação e sua aplicabilidade (LEONE; DUSSAULT; LAPÃO, 2014).

Os modelos tradicionais de cultura organizacional hierárquicos propiciam um espaço dentro do serviço de saúde com valores e práticas voltados para a competitividade e o individualismo entre os trabalhadores, com a sua desvalorização enquanto profissionais, além de processos de trabalho rígidos e controlados. Isto fragmenta o cuidado ao paciente contrapondo os modelos de integralidade da atenção amplamente preconizados atualmente (CARVALHO *et al.*, 2013).

Reformas desses modelos tradicionais vêm sendo apontadas como necessárias para a melhoria das relações de trabalho dos profissionais e da própria assistência aos usuários. O que se preconiza é uma gestão que envolva gestão compartilhada, trabalho em equipe, valorização de necessidades individuais tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, humanização constante nas relações interpessoais, cuidado realizado de forma integral e multidisciplinar e a compreensão do recurso humano como ator importante dentro das ações em saúde (CARVALHO *et al.*, 2013). Aqui, a cultura organizacional tem um lugar bastante relevante. O gestor pode ter a sensibilidade de identificar fragilidades em processos de trabalho e de gestão e querer propor

mudanças, mas, antes, suas proposições precisam, de certa forma, ser aprovadas, formal ou informalmente, pela cultura organizacional que é estabelecida ao longo da história da instituição e por instâncias maiores e superiores. Sendo, assim, é imprescindível que se haja uma ligação direta e aberta dos gestores com os atores que estão na ponta dos serviços (GARCIA *et al.*, 2015).

Assim, para que essas reformas ocorram, é preciso a quebra de alguns paradigmas bem institucionalizados nos serviços e, para isto, faz-se necessário voltar o olhar para modificações nos valores compartilhados entre os indivíduos que formam as culturas de organização. Este processo deve partir inicialmente de gestores e coordenadores, porém, esses sujeitos devem permitir espaços de integração dos profissionais da ponta nos processos decisórios e trazer para a gestão do serviço as necessidades individuais e coletivas dos trabalhadores (CARVALHO *et al.*, 2013).

Mudanças dentro de um serviço de saúde podem ser importantes e o ideal é que sua implementação ocorra de forma efetiva, o mais rápido possível. No entanto, um dos maiores desafios para sua implementação são as atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos. Desta forma, é importante ter em mente o contexto destas mudanças e o comportamento organizacional dentro do serviço para que a reforma proposta não enfrente nenhuma intolerância por parte de quem está na ponta (LEONE; DUSSAULT; LAPÃO, 2014).

A gestão organizacional é um importante aliado no contexto do desempenho de organizações na saúde e vários autores buscam desenvolver ferramentas e modelos teóricos para tal, como o denominado *Competing Values Framework* (CVF), modelo teórico que categoriza as organizações segundo quatro categorias de culturas organizacionais (LEONE; DUSSAULT; LAPÃO, 2014):

1. Cultura de clá: apresenta semelhanças com uma organização familiar, estando presentes o foco interno, a flexibilidade das ações e as políticas gestoras. Busca-se criar um espaço onde haja trabalho em equipe, envolvimento de pessoal, compromisso com os trabalhadores envolvidos, com a manutenção de organizações coesas através de laços formados entre as pessoas e priorizando-se o trabalho em grupo e a formação de consensos.

2. Cultura hierárquica: apresenta os atributos clássicos da burocracia com a promoção de um espaço de trabalho formal e bem definido estruturalmente, com políticas e regras voltadas para a coesão da organização.

3. Cultura adocrática: seria uma organização voltada para a adocracia (o oposto da burocracia), com espaço para inovações, pouca formalização de processos e tendo-se as iniciativas pioneiras como importantes veículos para o sucesso.

4. Cultura de mercado: apresenta uma organização voltada para o ambiente externo – incluindo clientes, fornecedores, licenças e afins – em detrimento do interno. Tem como principal objetivo o alcance de resultados com lucros e boa competitividade, promovendo o desenvolvimento de um bom posicionamento externo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão em torno da gestão do cuidado na Atenção Primária de Saúde conduz a um debate oportuno a fim de subsidiar mudanças nas práticas dos trabalhadores de saúde tornando-as mais reconstrutoras de cidadanias e alterando a excessiva tecnicificação que o cuidado sofre no processo de trabalho em saúde.

Ressalta-se que as várias dimensões da gestão em saúde se interpenetram. As redes de cuidado que o gestor tem sob sua responsabilidade construir, por exemplo, dependem intimamente do modo com a gestão do cuidado e da clínica é feita em várias dimensões. Sabe-se que a eterna insuficiência ou a inesgotável demanda por serviços de média e alta complexidade em saúde, na atenção primária de saúde, depende de como a gestão do cuidado é feita pelo profissional e pela equipe. O cuidado ao usuário feito pelo profissional é altamente dependente do trabalho da equipe e de quanto o sistema pode ou não oferecer tecnologias para que o cuidado se finalize.

Por outro lado, esforços institucionais têm sido empreendidos na direção de uma pretendida qualificação do atendimento ou cuidado, como definida pelas direções/gerências dos serviços de saúde, baseando-se na criação de protocolos, de capacitações, de estabelecimentos de normas, regras, fluxos e rotinas visando modelar o comportamento dos trabalhadores, tendo como alvo a “dimensão profissional”. São estratégias que aspiram à visibilidade, a regulamentar, moldar, padronizar o encontro trabalhador-usuário, de maneira que critérios de eficácia e eficiência sejam alcançados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Proposta metodológica para o monitoramento e avaliação das regiões de saúde**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 13 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cartilhas da PNH**. 3. ed. Brasília: MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: MS, 2006. v. 3. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária nas Secretarias Estaduais de Saúde: um diagnóstico preliminar. **CONASS Documenta**, Brasília, v. 7, p. 22, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília: MS, 2004.

BRETAS-JÚNIOR, N.; SHIMIZU, H.E. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, p. 962-971, out./dez. 2015.

CAMPOS, S.W.G. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de um valor de uso e a democracia em instituições. **O método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, M. C. *et al.* Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 746-53, jul./set. 2013.

COCHRANE, D. Evidence-based medicine in practice. In: COCHRANE, D. (Ed.). **Managed care and modernization**. Buckingham: Open University Press, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. O estado e as Redes de Atenção à Saúde: 1ª Mostra Nacional de Experiências. **Conass Documenta**: Cadernos de informação técnica e memória do CONASS, Brasília, n. 25, p. 11-30, 2012. Disponível em: Acesso em: 06 de abril de 2015.

CROZATTI, J. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. **Caderno de Estudos**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 1-20, 1998.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

FERRAZ, C. A.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Rev Bras de Enferm**, v. 57, n. 4, p. 395-400, 2004.

FONTANA, A.; SCHEICHER, M. An analysis of euro area sovereign CDS and their relation with government bonds. **Working Paper Series**, European Central Bank, 1271, 2010.

FRANCO, S.C.; HERNAEZ, A.M. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1871-1880, 2013.

GARCIA, A.B.; MAZIERO, V.G.; ROCHA, F.L.R.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C.S. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **J. Rer.: Fundam. Care. Online**, v. 7, n. 2, p. 2615-2627.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formative das relações institucionais. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 423-440, 2012.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LEONE, C.; DUSSAULT, G.; LAPÃO, L.V. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 149-160, jan. 2014.

MCSHERRY, R.; PEARCE, P. **Clinicalgovernance**: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford: Blackwell Science, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, supl.4, p.3-11, 2008.

MENDES, E. V. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, R.; DONATO, A. F. Território: espaço social de construção de identidades e depolíticas. **Revista Sanare**, ano 4, n. 1, p. 39-42, jan./mar. 2003.

OLIVEIRA, S. C. Qualidade e acreditação em saúde. In: ANDRÉ, A. M. **Gestão Estratégica de Clínicas e Hospitais**. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap. 7, p. 247.

OLIVIERI, Laura. **A importância histórico-social das Redes**. Rede de Informações para o Terceiro Setor, jan./2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Sistemas integrados de servicios de salud. Documento de trabajo. VII Foro Regional — Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito: 2009.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: Conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 729-736, 2005.

ROBBINS, S. P. **Administração: mudanças e perspectivas**. Tradução Cid Knipel Moreiral. São Paulo: Saraiva, 2000.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SANTOS, A. R. *et al.* Gestão do conhecimento como modelo empresarial. In: _____. **Gestão do conhecimento**: uma experiência para o sucesso empresarial. Curitiba: Champagnat, 2001. Cap. 1, p. 11-48. Disponível em: <http://www1.serpro.gov.br/publicacoes/gco_site/m_capitulo01.htm>. Acesso em: 16 jun. 2014.

TACHIZAWA, T.; REZENDE, W. **Estratégia empresarial**: tendências e desafios. São Paulo: Makron Books, 2000.

CAPÍTULO 23

**O (DES)CUIDADO AOS USUÁRIOS DO SUS: A
MEDICALIZAÇÃO COMO FOCO DA ATENÇÃO E A
FAMÍLIA COMO PARCEIRA DO CUIDADO****Indara Cavalcante Bezerra****Maria Salete Bessa Jorge****Jamine Borges de Moraes****Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos****Milena Lima de Paula****INTRODUÇÃO**

A medicalização social refere um sistema sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que antes eram enfrentadas como experiência natural do ser humano no próprio ambiente familiar e comunitário. Assim, na modernidade, as individualidades não mais suportam estas demandas e buscam medicamentos, procedimentos profissionalizados, diagnósticos terapêuticos, dentre outros aparatos médicos, muitas vezes desnecessários, podendo até causar danos aos sujeitos. A prática medicalizante reduz a perspectiva terapêutica, desvaloriza a abordagem do modo de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (BEZERRA *et al.*, 2014;

ROSA, WINOGRAD, 2011; TESSER; POLI NETO; GAS-TÃO, 2010; TESSER 2010; SANTOS, 2009; AMARANTE, 2007; TESSER 2006).

Quando a prática medicalizante refere o consumo exacerbado de medicamentos como opção terapêutica central, ocorre a medicamentalização, que utiliza a prescrição e o uso de medicamentos como única terapêutica passível de responder às situações da vida cotidiana (BEZERRA *et al.*, 2014; ROSA; WINOGRAD, 2011; SANTOS, 2009; AMARANTE, 2007).

Os estudos que envolvem fármacos na atualidade transitam do foco da farmacologia clínica para a farmacologia social, definida como a ciência que se preocupa com as interações entre droga e meio ambiente. Neste sentido, vários autores concordam que a medicamentalização é um fenômeno cultural amplo que diz respeito às interseções entre droga, medicina e sociedade e inclui a demanda dos pacientes por este tipo de medicamento (BEZERRA *et al.*, 2014; ROSA; WINOGRAD, 2011; SANTOS, 2009; AMARANTE, 2007).

Assim, o medicamento enquanto tecnologia de saúde é sustentado pelo ideário popular hegemônico de seu (ab)uso para a sensação de alívio e sentimento de cura, tendo o significado de sua utilização remetido ao equilíbrio no processo saúde-doença, além de extrapolar para outras dimensões subjetivas. Na clínica, os medicamentos não são panaceias, mas um recurso de primeira ordem, algumas vezes complementares ao tratamento, porém, podem ser inúteis ou até prejudiciais em outros casos.

Segundo Ayres (2014), o Cuidado é designado a partir de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido

existencial da experiência do adoecimento físico ou mental e, por conseguinte, também, das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. Portanto, denomina-se “Cuidado” a esta conformação humanizada do ato assistencial que, no plano operativo das práticas de saúde, é possível designar por uma atitude terapêutica que busque ativamente seu sentido existencial.

O entendimento sobre as experiências de pessoas em busca de atenção à saúde pode contribuir para a compreensão sobre o comportamento em relação ao cuidado e à utilização de serviços de saúde. O propósito de conhecer a percepção e a vivência dos usuários e familiares em busca de cuidados pode subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso às redes em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto, o que pode promover a construção de ferramentas importantes para a qualificação da assistência.

A atenção primária à saúde (APS) enquanto estratégia para orientar a organização do sistema de saúde e responder às necessidades da população exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para subsidiá-la. Um dos traços fundamentais da APS, em qualquer de seus modelos de organização das ações, é a perspectiva da integralidade.

A integração da rede de serviços entende a constituição dos serviços de APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, como a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e serviços necessários para resolver problemas em graus crescentes de complexidade, através de mecanismos formalizados

de referência coordenados pela equipe de APS, garantindo o cuidado contínuo. Assim, integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que se expressam em vários âmbitos: sistema, atuação profissional e experiência do usuário (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Compondo a rede integrada e na perspectiva de seguir os passos da Reforma Psiquiátrica, existem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) os quais são definidos como serviços ambulatoriais de atenção diária que funcionam a partir da lógica do território e visam à integração do usuário à comunidade, assim como sua inserção familiar e social. (BRASIL, 2005).

A abordagem das práticas de integralidade na APS permite uma visão ampla sobre o itinerário terapêutico, uma vez que abrange as tecnologias de acesso, acolhimento, vínculo e enfoque familiar como dimensões constitutivas do cuidado integral, além de ações organizativas como: fluxo e coordenação, encaminhamentos e orientação comunitária. Entretanto, na percepção dos usuários, as atividades e ações envolvendo uma perspectiva de intervenção que considere o espaço coletivo e os determinantes da saúde, ou seja, aquelas que necessitam de reestruturação mais profunda na organização e na cultura dos serviços acabaram revelando resultados insatisfatórios na percepção dos usuários (SALA *et al.*, 2011).

O adoecimento humano está inserido em um complexo de problemas decorrentes do mundo globalizado. Os agravos de saúde absorvem as modificações urbanas, sociais e cotidianas e o enfrentamento do ser humano perante tal disfunção passa a fazer parte da vida do sujeito, atingindo a todos aqueles que convivem com ele (BEZERRA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, a família geralmente assume a responsabilização moral pelo cuidado aos seus entes, porém, nem sempre, o cuidado profissional tem sido eficaz e resolutivo em apoiá-la na produção e gerenciamento do cuidado familiar. A família se configura como cuidadora primária de seus membros, portanto, a integralidade deve se construir cotidianamente na medida a garantir o direito de lhe serem ofertadas práticas profissionais que a amparem nesta tarefa (CORRÊA *et al.*, 2011).

Por essa via, desdobram-se práticas clínicas na sociedade focalizadas em ações que priorizam o diagnóstico orgânico, as terapias medicalizantes e, principalmente, medicamentais, as quais perfazem caminhos unidirecionais em que, ao sujeito “diagnosticadamente adoecido”, não restam muitas escolhas além de adaptar-se ao processo de cuidado ofertado (BEZERRA *et al.*, 2014).

A abordagem farmacoterapêutica pressupõe resultados que utilizam os medicamentos como ferramentas importantes na resolução de problemas de saúde dos usuários. Os agravos que respondem a esta abordagem terapêutica tendem a diminuir ao longo de uma efetiva atuação de práticas regidas por tal lógica. De um modo geral, as doenças e as sintomatologias, em geral, acomodam certa absorção para com o uso de medicamentos no processo de cuidado (PASSOS, 2011).

No bojo dessas considerações, o presente capítulo buscou avaliar o cuidado ofertado aos sujeitos em adoecimento psíquico com foco na medicamentação e no papel desenvolvido pelas famílias.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo participativo pautado em uma perspectiva construtivista, considerando que, nesta abordagem, a compreensão do fenômeno envolve aspectos humanos, físicos, psicológicos, políticos, sociais, culturais e contextuais.

Acredita-se que o método escolhido permite, ainda, fornecer subsídios para mudanças e transformações a partir das informações geradas pela participação dos sujeitos envolvidos. Isto propicia, também, capacitar as pessoas envolvidas na avaliação, aumentando seu potencial de análise para se constituírem sujeitos do processo de mudança.

O presente estudo teve como campo empírico o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral vinculado à Secretaria Executiva Regional IV, do município de Fortaleza, Ceará, no Nordeste do Brasil. Esta regional de saúde foi escolhida por estar conveniada ao Sistema Municipal de Saúde Escola e ser vinculada à Universidade Estadual do Ceará. O período em campo, desde a aproximação, entrada em campo e apreensão das informações, ocorreu de janeiro a outubro de 2013.

Participaram do estudo 24 sujeitos, dentre eles: 5 trabalhadores de saúde mental do CAPS, 10 usuários e 9 familiares selecionados de acordo com os seguintes critérios: trabalhadores de saúde com, pelo menos, um ano de atuação na equipe de saúde da referida instituição; cuidadores e familiares que estivessem realizando acompanhamento sistemático aos serviços do CAPS há, pelo menos, seis meses; usuários do CAPS Geral com vinculação ao serviço de, no mínimo, seis meses.

As técnicas utilizadas para captar as informações foram:

A observação sistemática, realizada durante todo o estudo e registrada no diário de campo. Esta técnica tornou possível descrever a rotina e o cuidado evidenciados na relação trabalhador de saúde, usuário e familiar/cuidador possibilitando o confronto entre a prática operada nos serviços e as informações apreendidas nas falas dos participantes.

O grupo focal permitiu que a questão do uso do medicamento fosse debatida entre os cuidadores e familiares, permitindo não só a participação, mas, também, um compartilhamento de práticas em âmbito coletivo.

A entrevista semiestruturada que permitiu complementar e aprofundar as informações obtidas nas outras técnicas, além de possibilitar, ao sujeito, um espaço maior de contribuição.

A organização das informações seguiu três etapas: ordenação (organização do material empírico); classificação (leitura horizontal e exaustiva dos textos; leitura transversal); e análise final (síntese horizontal, síntese vertical e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares) (ASSIS *et al.*, 2010).

A análise do estudo se delineou através da articulação hermenêutica dialética fundamentada nos pressupostos de Minayo (2010) a qual possibilitou a reflexão sobre a experiência dos sujeitos no cuidado em saúde e deusignificados às experiências vivenciadas no cotidiano do serviço estudado.

O texto resulta de um recorte da dissertação intitulada “Uso de Psicofármacos na Atenção Psicossocial: sujeito, autonomia e corresponsabilização” (BEZERRA, 2013) que foi

submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE, através de parecer n° 387.111. O estudo está de acordo com a Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo aos preceitos éticos e legais e à norma de pesquisa que envolve seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O DESCONHECIMENTO DA MEDICAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA AUTONOMIA DO SUJEITO

Na atual conjuntura, como já exposto, considera-se que o adoecimento se amplia no espectro do processo saúde-doença e incorpora estilos, sintomas e variações múltiplos e intensos da vida comum. Dito isto, acredita-se que o objetivo maior do trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente, ampliação que se faz pelo reconhecimento da vontade e desejo de cura e oferta de recursos institucionais voltados para a melhoria das condições de vida ou sobrevida. Contudo, a fatídica alienação histórico-política-cultural da maioria da população usuária dos CAPS reforça o paradigma do cuidado biomédico e estabelece a influência que a indústria farmacêutica e outros segmentos mercadológicos do capitalismo moderno exercem:

[...] Só que agora ele decidiu parar de tomar os remédios que o médico passou sem informar pra família e tomar o Vital 500 que passa a propaganda na televisão e foi aí que no quarto dia já entrou em crise [...]. (Familiar 5 CAPS).

Se, por um lado, tem-se usuários dos serviços de saúde que superestimam o uso do medicamento associando sua melhora clínica, única e exclusivamente, como decorrente do uso do fármaco, por outro, tem-se aqueles que subestimam a prescrição médica e acabam por fazer uso do “medicamento da moda”, aquilo que é prescrito não pelo profissional de saúde, mas sim pela complexa e poderosa indústria farmacêutica. Dito isto, o que se pode afirmar é que a dita alienação histórico-político-cultural dos usuários e seus familiares não só favorece como reforça esta realidade.

Nesse contexto, apesar de os pacientes considerarem o medicamento a “máxima” do tratamento e, muitas vezes, reconhecem a cura como a não necessidade de medicação (MOS-TAZO; KIRSCHBAUM, 2003), estudos mostram a existência do déficit de conhecimento sobre os medicamentos, posologia e frequência de uso. (CRUZ *et al.*, 2011).

Cardoso *et al.* (2011) constatam essa afirmação em uma pesquisa realizada com usuários egressos de um Núcleo de Saúde Mental, em relação ao conhecimento destes quanto à medicação: a maioria não sabia, ou sabia parcialmente, o nome e a prescrição de todos os remédios em uso. Apenas 43,8% deles souberam dizer, corretamente, os nomes e dosagens dos medicamentos que estavam utilizando; 25% não souberam informar o nome de nenhum medicamento em uso.

Assim, a eficiência das ações terapêuticas está seriamente comprometida pelos baixos níveis de compreensão dos usuários e pela dificuldade de acesso a essas informações. Diante do questionamento sobre a indicação terapêutica dos psicofármacos dos quais faziam uso os usuários participantes do presente estudo, seguiram-se os discursos:

Pra me tranquilizar, pra ‘mim’ ter paz, pra não querer brigar, não querer agredir as pessoas, brigar, não, eu gosto mais é de amizade (Usuário 1 CAPS).

Pra dormir, o Amplictil é pra dormir, o Fenergam é pra não ficar alérgica e a Risperidona, acho que é pra acalmar. (Usuário 3 CAPS).

Um serve pra depressão (Olanzapina) e outro serve pra cabeça (Haloperidol). (Usuário 4 CAPS).

Pra depressão e transtorno bipolar, uma coisa assim. (Usuário 7 CAPS).

O Fenergam é antialérgico, o Haldol é pra dormir, né? A Carbamazepina também é pra dormir. (Usuário 8 CAPS).

É... pros nervo. (Usuário 9 CAPS).

Outros questionamentos contidos no roteiro de entrevistas acerca da medicação, seguiram a mesma direção de desinformação sobre a terapia medicamentosa. O desconhecimento do nome do medicamento e/ou da posologia e/ou da indicação foi quase unânime nos discursos dos usuários, mesmo para aqueles veteranos no serviço:

[...] Uso há 7 anos (os psicofármacos). “Carboliti”, “Amprectil” e Fenergam [...] Eles “serve” pra depressão [...] os três. (Usuário 6 CAPS).

[...] Tomo desde o ano passado [...].
Acho que é (o nome) 'Locratin' [...].
É... pros nervo". (Usuário 9 CAPS).

O desconhecimento leva ao não envolvimento do usuário, implicando na dificuldade de adesão, em erros na dosagem, na automedicação etc., além da anulação de sua autonomia diante do tratamento. Entretanto, mesmo sem saber informar o tratamento medicamentoso prescrito, observa-se que a percepção dos sujeitos quanto ao cuidado do transtorno mental se reflete, principalmente, na medicação e na dependência deste.

Desse modo, o êxito e a cura dependem dos fármacos prescritos e o tratamento está diante apenas de uma atuação química da medicação receitada cujo conhecimento é detido somente pelo profissional prescritor (BRASIL e col., 2008).

Com efeito, o lugar do usuário tem o privilégio de reportar a espaços de interações remetidos, muitas vezes, ao descuidado ou à desvalorização. O saber-fazer da ciência impõe delimitações que, tradicionalmente, enquadram a forma de intervenção terapêutica aos moldes assistenciais centrados na doença tomados como resolutivos e necessários. Diferentemente, a mudança do foco para o polo-usuário, reconhece, de imediato, uma subjetividade passível de múltiplas possibilidades no seu dia a dia.

O material empírico produzido permitiu perceber que nas inter-relações dos entrevistados, mesmo de forma tímida, é possível captar indícios de formação de autonomia ou de processos de negociação.

[...] Eu converso com o Dr. André, quando eu vou pra ele, eu converso com ele e ele tem ajustado minha medicação dependendo da minha conversa. (Usuário 5 CAPS).

[A senhora participa da escolha da sua medicação?]

[...] Dependendo da minha conversa com ela, ela muda. (Usuário 6 CAPS).

[...] Com certeza, e isso é mais que importante [a participação do usuário na escolha dos medicamentos], porque, assim, a medicação tem vários efeitos colaterais, alguns são raros, mas podem acontecer, então a gente tem que levar em consideração o que o paciente sente. (Psiquiatra 3 CAPS).

Sim, acho muito importante [a participação do usuário na escolha dos medicamentos], pois ele sabe até onde ele tolera, se tá fazendo bem. (Enfermeira 5 CAPS).

É direito do usuário, segundo o SUS, ele ter informações, acesso a informações sobre seu tratamento e também ter acesso a discutir seu tratamento. Nenhum projeto terapêutico aqui é imposto, ele é discutido, feito um acordo, um contrato com o usuário, da mesma forma a questão medicamentosa (Assistente Social CAPS).

A construção da autonomia se faz pela formação de múltiplas dependências, conexões e oportunidades. O usuário já percebe que pode conversar com o profissional para ajustar ou opinar sobre seu tratamento, ao mesmo tempo em que a equipe reconhece suas opiniões e respeita a posição do usuário quanto ao serviço que está sendo disponibilizado. Entretanto, muitas outras ações devem ser trabalhadas para a transformação deste usuário em um sujeito autônomo, conhecedor de seus direitos, cidadão e protagonista de sua vida.

PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO A USUÁRIOS COM ADOECIMENTO MENTAL: DE PARCEIRA NO CUIDADO A USUÁRIA DO SERVIÇO

Na análise das entrevistas e no grupo focal, foi bastante evidente a participação da família como componente essencial no processo de cuidado. Assim, percebe-se que a maioria dos familiares é corresponsável pelo acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, pela supervisão e/ou administração dos psicofármacos e pelo manejo terapêutico.

Eu sempre venho pegar a medicação dele, eu que acompanho ele pra tudo, mas assim, eu não moro com ele, quem mora é a minha mãe, aí ela dá sempre no horário (Familiar 1 CAPS – irmã).

É eu que dou [a medicação]. Quando ela entra em crise, eu ligo logo pra cá, pra agendar logo a consulta dela. (Familiar 2 CAPS – mãe).

Eu tenho duas pessoas na família, porque eles foram criados pela minha mãe. Minha mãe faleceu, então ficou na responsabilidade de uma outra irmã que também faleceu. Então, eles [os familiares com transtorno] já são casados. Ela mora com o esposo dela, como ele tem transtorno também, né, ele tem pânico, não sai de casa, então, eu me responsabilizo e levo ela pra médico, mas a medicação mesmo quem dá é ele. (Familiar 6 CAPS – tia).

Observou-se a divisão de tarefas e adaptação da dinâmica familiar para dar conta do cuidado ao ente familiar contando, até mesmo, com parentes que não compõem a família nuclear, na organização em torno do cuidado. Entretanto, existem famílias que não possuem muitos parentes ou estes moram distantes, resultando em sobrecarga de responsabilidades:

É eu que dou a medicação, os que não sabe tomar eu é que dou. A filha 1 sabe tomar, a filha 2 sabe tomar, só quem não sabe tomar é a filha 3 e o filho 4. Eu venho buscar os remédios deles tudim, só não venho da filha 5, porque ela vai sozinha, ela se dirige, ela tem a casa dela lá na Serrinha, ela se cuida, mas tem dia que ela tá muito aperreada, não pode ter preocupação; agora, os outros, quem cuida é eu. Agora esse [filho 4] é que me martiriza mais porque ele não quer obedecer, não quer, a gente pejeja, pejeja, mas ele disse que não e ainda

dão bebida pra ele, de vez em quando. (Familiar 8 – mãe).

Essa senhora foi convidada para a entrevista quando estava na fila da farmácia para receber medicamentos. Ela é idosa, viúva e tem cinco filhos adultos com transtorno mental.

Eu acho que eu é quem posso cuidar porque não tem quem cuide, não tem outra pessoa, sou viúva e moro só com eles. (Familiar 8 – mãe).

Nesse momento, surge a pergunta: que estratégias de cuidado são disponibilizadas para dar suporte a essa senhora e a seus filhos?

Os discursos analisados também ressaltaram a efetividade do tratamento quando a família está envolvida, corresponsabilizada, apontando a inclusão do familiar no projeto terapêutico e no território, como forte aliado em direção à resolutividade e aos princípios que preconiza a reforma psiquiátrica.

Eu conheço sujeitos daqui, usuários, que a gente começou a trabalhar com a família: ‘Quem é esse sujeito? Esse sujeito não é só adoecido, não é só a doença, ele é um sujeito. E olha o que ele é capaz de fazer, olha o que ele traz pra cá e olha a leitura que ele faz da família, né? de carinho, de amor, de gratidão, uma série de coisas’, e a família quando foi se empoderando disso e o percebendo [...] como um sujeito, não só aquele adoecido... Primeiro, que a relação melhorou muito, segundo,

que hoje a sensação que eu tenho é que os familiares estão mais sensíveis [...], a questão da percepção, depois, a questão da corresponsabilização o que a gente pode fazer?’, e a melhora do relacionamento familiar, a melhora não só do sujeito em si, mas a questão da melhora do coletivo! (Psicóloga CAPS).

Com certeza, a família precisa estar totalmente engajada no tratamento, eu sempre falo isso [...] Se tivesse o apoio da família o paciente já estaria muito melhor, uma melhora significativa. (Psiquiatra CAPS).

Na interface entre o serviço de saúde mental, o usuário e o território, a participação da família se torna essencial. No entanto, as respostas para o questionamento anterior ainda estão longe de serem resolvidas, pois são muitas as precariedades ainda encontradas nos serviços de saúde mental, tanto no atendimento e acompanhamento quanto nas dificuldades encontradas para a reinserção social dos usuários em sofrimento psíquico.

As famílias são as principais responsáveis pela procura de serviços, pelo atendimento das necessidades básicas de seus familiares e pela integração destes na comunidade. Gonçalves e Sena reafirmam que a reforma psiquiátrica não pode ser reduzida à devolução dos doentes mentais às famílias “como se estas fossem, indistintamente capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado” (2002, p. 51).

Portanto, devem ser reconhecidas as dificuldades com as quais a família se depara no convívio com o seu ente em sofrimento psíquico. Compreender tais dificuldades é fundamental para o estabelecimento de um trabalho colaborativo entre a equipe e os cuidadores. Este trabalho envolve compartilhamento de informações sobre a doença, a discussão conjunta de tarefas e objetivos do tratamento, o uso da medicação, atendimentos clínicos (SCAZUFCA, 2000), terapias em grupo, etc., ou seja, a integração da equipe e familiares no projeto terapêutico. Em seguida, relatos de alguns familiares sobre suas experiências em como lidar com o transtorno na família:

Pra mim, é um sofrimento muito grande, muito mesmo [...] É muito sofrimento vê ela doente, é muito ruim ver a filha desse jeito, aí tem gente que diz que ela faz é se fazer pra receber o auxílio e isso me dói muito porque ninguém queira estar na minha pele. Quando ela tá em crise ela se acorda 4h da manhã e varre um quarteirão inteiro e quando acaba fica batendo na porta do vizinho e dizendo 'levanta, que eu varri a frente da tua casa, tu é um seboso'. Mas ela não é agressiva, ela é carente. (Familiar 2 CAPS).

É difícil, mas tem que levar, né? (Familiar 3 CAPS).

Ele é assim desde que nasceu, aí ele ficou um certo tempo, assim, calmo, não tinha nenhuma reação, assim,

agressiva, aí depois com o tempo ele entrou na adolescência aí ele veio dá outras... Ficou agitado, aí ele teve outros, como se diz, outros momentos, né? ficou agressivo e eu tive que trazer pra acompanhamento aqui no CAPS, né? Antes ele tinha acompanhamento onde ele estudava, mas depois com essas dificuldades que ele começou a sentir em relação às pessoas, porque ele tem dificuldade de relacionamento, às vezes ele não se dá com uma pessoa, às vezes ele acha que a pessoa tá olhando diferente pra ele, aí ele fica com raiva, né? começa a ficar agressivo. Outro dia eu fui caminhar com ele e encontramos com duas pessoas, assim de idade, aí ele falou com a pessoa e parece que a pessoa não respondeu, aí ele ficou agressivo, sabe? E se eu não tivesse ali perto? Quer dizer, uma pessoa dessa não pode nem andar só! (Familiar 4 CAPS).

Bem, é [...] lamentável, né? eu digo assim que é lamentável porque a gente ter um familiar com problema psiquiátrico não é muito agradável, porque é uma coisa que exige muito da gente de se adequar àquele quadro dele e procurar melhoras pra ele [...], no caso do meu irmão, ele tem dificultado muito [...] a minha ajuda, por conta dos distúrbios psicológicos. (Familiar 5 CAPS).

[...] Com o tempo a gente adquire essa experiência, né? no começo a gente fica meio perdido, mas o tempo... (Familiar 6 CAPS).

Olha, eu já tenho um pouquinho de experiência por causa da família, certo? Eu sou de uma família em que as pessoas tinham muito problema de, de... A minha mãe sofria de síndrome do pânico, certo? Nós convivemos com isso quase a vida toda, ela passou a maior parte, da gente jovenzinho até a vida adulta, ela passou tomando remédio controlado (Familiar 7 CAPS).

Sempre [...] transmite um pouco, né? aquela angústia dele pra gente. A gente fica triste de ver assim aquela situação. (Familiar 9 CAPS).

‘A gente não vive e o outro não vive’, indicando uma alteração na rotina a partir do adoecimento do marido, pois ele não pode ficar só, e ela precisa trabalhar. (Registro Grupo Focal – Familiar CAPS).

Assim, pode-se perceber que o cotidiano da família transita pela sobrecarga de responsabilidades, podendo disparar sintomas adoecedores e desequilibrar ainda mais a dinâmica familiar. É notável, pois, a necessidade de se recorrer a uma diversidade de estratégias não restritas à consulta, de utilizar uma variedade de recursos, como atividades em grupo, estratégias de

educação em saúde, visitas domiciliares, dispositivos na comunidade, teatro, cinema, escola, praças, igrejas ou quaisquer outros espaços produtores de saúde, para agregar às ações clínicas assistenciais que se restringem à sintomatologia do biológico e não alcançam as dimensões psicossociais dos sujeitos. É preciso avançar para além das medicações no sentido de possibilitar o cuidado integral à saúde.

Tais evidências são utilizadas como catalisadores da discussão sobre a resolubilidade do cuidado em saúde mental, uma vez que a atenção psicossocial e os princípios e diretrizes do SUS ampliam o olhar sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais como determinantes das doenças e a organização dos serviços deve considerar tais aspectos garantindo o direito à saúde dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revela sujeitos em sofrimento psíquico que fazem uso de medicamentos, sendo estes, por vezes, desnecessários, e que o fazem como principal e, às vezes, único recurso terapêutico. A perda da autonomia sobre o cuidado de si, desde a tomada de decisão sobre o uso ou não de medicação até o desconhecimento sobre seus efeitos, assim como a relação profissional-usuário permeada por disputa de poder, com frequência, são fatores que não permitem decisões compartilhadas sobre a construção e andamento do projeto terapêutico.

Na busca pela melhoria da qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico, o serviço, os profissionais de saúde e familiares concordam que a presença da família na terapêutica é um fator importante no cuidado em saúde. Contudo, consi-

dera-se que o cuidado se concentra na família e a sobrecarrega gera angústia, o que pode resultar no adoecimento familiar. Dito isto, é preciso ressaltar que os CAPS devem oferecer apoio aos familiares dos usuários na busca pelo cuidado integral.

Considera-se indiscutível o fato de que o saber médico e o paradigma biológico se configuram como conhecimentos determinantes e fundamentais no universo da saúde, porém, no campo da saúde mental, especialmente, não são unicamente suficientes e absolutos para dar respostas a todas as questões da saúde mental. Entende-se que o universo da saúde mental é bastante complexo e que realmente não pode ser reduzido e/ou relacionado somente a um fator causal, tampouco é possível a um único saber oferecer todas as respostas suscitadas neste campo enigmático e fascinante.

Fomentando a discussão, ao prestar a assistência ao indivíduo, à família ou à comunidade há que se considerar *quem é* ou *quem são* os sujeitos, como se apresentam na situação de necessidade de saúde, seus direitos, deveres, valores e prerrogativas. E mais, precisa-se saber qual instrumento ou tecnologia de cuidado será utilizado para a efetivação da assistência, sem perder de vista que o ser humano é complexo e não há como abranger sua totalidade por uma única definição.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSIS, M. M. A. *et al.* (Org.). **Produção do cuidado no programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. <http://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>.

ASSIS, M. M. A. *et al.* **A Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família**. Salvador: EdUFBA, 2010. p. 13-38.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BEZERRA, I. C. Uso de psicofármacos na Atenção Psicossocial: sujeito, autonomia e corresponsabilização. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

BEZERRA, I. C. *et al.* “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

BRASIL, E. G. M.; JORGE, M. S. B.; COSTA, E. C. Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPS da SER-IV, de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 333-338, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: Documento apresentado à Confe-

rência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CARDOSO, L. *et al.* Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1146-1154, 2011.

CORRÊA, G. H. L. S. T. *et al.* Itinerário terapêutico de idosa em sofrimento psíquico e família. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 2, p. 274-283, abr./jun. 2011.

CRUZ, L. P. *et al.* Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. [09telas], 2011.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 786-791, 2003.

PASSOS, P. **Projeto de pesquisa; autonomia e direitos humanos: validação do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**. Rio de Janeiro, 2011. Encaminhado ao CNPq para financiamento

ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicol. Soc.**, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011.

SALA, A. *et al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 948-960, jan. 2011.

SANTOS, D. V.D. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

SCAZUFCA, M. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 50-52, 2000.

CAPÍTULO 24

AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA
DEMANDA ESPONTÂNEA

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, trataremos discussões, reflexões sobre o acolhimento na Atenção Primária à Saúde (APS). O acolhimento como um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização tem contribuído para o acesso universal da população nos serviços de saúde, em especial na APS, e quando implantado adequadamente proporciona espaço de diálogo, escuta, resolubilidade, vínculo entre usuários e trabalhadores, principalmente.

Para Benevides *et al.* (2010), o acolhimento desenvolvido pela equipe multidisciplinar se envolve com a escuta do sujeito, se empenha na resolução de seus problemas com a finalidade de qualificar a relação entre equipe e usuário, com vistas à integralidade do atendimento ao sujeito.

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida por Starfield como “nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada” no sistema, atendendo a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa. Ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as raras, e coordena os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. A APS aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação. “É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”(2002, p. 28).

Para a autora, a APS se diferencia dos outros níveis de atenção por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Destes, a longitudinalidade tem maior relevância por compreender o vínculo do usuário com o serviço de saúde e/ou com o profissional. A população deve reconhecer a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. Já o profissional deve conhecer e se responsabilizar pelo atendimento destes indivíduos.

Nesse sentido, a APS tem grande importância na implementação de políticas públicas, sendo referenciada como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, no Brasil, a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 1994. A expansão deste modelo ocorreu a partir de 1996, com a NOB SUS 01/1996, que deliberou a forma de financiamento da Atenção Básica em Saúde por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) componente fixo e componentes variáveis.

A Estratégia Saúde da Família consiste em uma estratégia de reorganização da Atenção Básica, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que articula os demais níveis de atenção, no intuito de garantir a integralidade das ações e a continuidade do cuidado. Trata-se portanto, de um modelo pautado no trabalho em equipe, com atuação em um território definido, tendo sob sua responsabilização o cuidado ao indivíduo e família no acolhimento, vínculo, desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde assim como no tratamento e reabilitação. Diante de todas estas atribuições, pode-se perceber a complexidade deste nível de atenção.

A ESF busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Desta forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potencial para a reconstrução das práticas. Refere, ainda, que, o cuidado deve considerar o princípio da integralidade e o usuário como protagonista (AYRES, 2005).

Corroborando com o autor, Merhy (1998) destaca que o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, precisa desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Neste sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais: exemplificando, o acolhimento e vínculo.

As tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo até o produto final. As tecnologias leves consistem nas relações, no afeto; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias; e as duras são as dos recursos materiais (MERHY, 2005).

Estudo realizado por Jorge *et al.*(2011) refere que, no cotidiano dos serviços de saúde, a tecnologia leve deve ser priorizada como meio para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Esta prática pode ser baseada no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização se caracterizam como tecnologias leve a APS consiste na atenção de alta complexidade. O acolhimento se insere na discussão de acesso aos serviços de saúde e é definido por Merhy (2002), Franco, Bueno e Merhy (2006), Teixeira (2003; 2005) como uma relação acolhedora, humanizada, que une trabalhadores, usuários e os serviços, para transformar a relação distante, fria em vínculos e laços acolhedores. É deste acolhimento que necessitamos nos serviços de saúde. Este dispositivo, tanto reflete a atenção que é dispensada ao usuário quanto a organização do serviço. Encontra-se na esfera da comunicação, da recepção, da escuta, da facilitação do atendimento das necessidades. É uma resposta à busca, o abrir as portas para o usuário de forma afetuosa, respeitosa, resolutiva e ampla com disposição de acolher, apoiar, diligenciar as respostas que ele precisa encontrar.

Diante da complexidade existente em cada território, inúmeros desafios são enfrentados pelos usuários, profissionais e gestores, no cotidiano das equipes da Estratégia Saúde da Família, dentre eles, garantir o acesso com qualidade, principalmente nos serviços de saúde que fortalecem uma atenção biologicista, medicamentosa e, muitas vezes, naperspectiva de queixa- conduta, não desenvolvendo a clínica de forma ampliada.

Verifica-se, ainda, que, apesar da ampliação das equipes da Estratégia Saúde da Família ter contribuído para melhor acessibilidade, em muitos municípios brasileiros, em especial no município de Fortaleza, existe uma desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda.

Diante dessa situação, deparamos-nos com uma atenção com deficiência na integralidade da atenção, na não continuidade da atenção, principalmente aos pacientes que acessam o serviço exclusivamente pelo acolhimento que, na realidade, no município de Fortaleza se configura mesmo como umatriagem. Percebe-se que é inviável fazer uma escuta qualificada, nas condições em que se tem trabalhado, em que, diariamente, o número de pacientes é excessivo, muito parecido com uma unidade de urgência e emergência.

A realidade é complexa em muitos territórios trabalhados pelas equipes: existem dificuldades no que se refere à responsabilização com todas as famílias de incumbência da equipe e outros, pois, embora o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), defina o número máximo de pessoas por equipe, isto não tem ocorrido em muitos municípios brasileiros, em especial, em Fortaleza onde as equipes, na sua grande maioria, tem como encargo um número de pessoas acima do que é preconizado, chegando ao dobro, independentemente de risco e vulnerabilidade, inviabilizando, assim, o desenvolvimento das ações de competência da Estratégia Saúde da Família.

De acordo com a PNAB/2012, cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para esta definição. Segundo o documento, é neces-

sário que seja considerado o número de pessoas de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias do território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Na Política, está clara a questão do risco e vulnerabilidade, e é importante esta ressalva, pois muitas equipes, nos grandes centros urbanos, estão presentes em áreas com estas características, com população exposta a problemas complexos que vão além do biológico, necessitando, portanto, um olhar ampliado das equipes, maior acompanhamento, com necessidade permanente de maior articulação entre as redes de atenção e desenvolvimento de ações intersetoriais, projetos terapêuticos e outros. Neste sentido, este número de pessoas por equipe não contribui para uma atenção integral, resolutive e fortalece o modelo biomédico e medicamentoso.

Ayres (2002) conceitua risco como chances probabilísticas de suscetibilidades atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitadas em função de agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico.

A vulnerabilidade de um indivíduo a um determinado agravo é determinada por uma série de circunstâncias que podem ser verificadas em três ordens de fatores: 1) aqueles fatores que dependem diretamente das ações individuais, configurando o comportamento do indivíduo, a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta; 2) aqueles que dizem respeito às ações comandadas pelo Poder Público, iniciativa privada e agências da sociedade civil, no sentido de reduzir as chances de ocorrência do agravo, e 3) um conjunto de fatores sociais, que dizem respeito à estrutura disponível de acesso a

informações, financiamentos, serviços, bens culturais, liberdade de expressão etc. (AYRES, 1997). Portanto, o conceito de vulnerabilidade vai além do caráter individual e probabilístico do que está presente no conceito clássico de “risco”, uma vez que abrangea coletividade, o contexto.

No ano de 2003, o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH), onde afirma a indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde para assegurar a inclusão de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde e impulsionar ações para disparar processos no plano das políticas públicas para transformar os modelos de atenção e da gestão da saúde (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Por humanização, compreende-se a valorização das diferentes pessoas envolvidas no processo de produção de saúde. Os destaques que orientam esta política são a autonomia e a valorização da importância dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva na realização de gestão, sendo inseparáveis a atenção e a gestão (BRASIL, 2004).

Portanto, a PNH traz a subjetividade do ser humano e o protagonismo de todos os segmentos envolvidos na produção de saúde, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários, no intuito de transformar e construir boas práticas de saúde, maior corresponsabilização e uma ressignificação dos sujeitos. Esta política é orientada a partir dos seguintes dispositivos: acolhimento com classificação de risco, equipe transdisciplinar de referência, ouvidoria, colegiado gestor, PFST, visita aberta e direito

a acompanhante, projetos cogерidos de ambiência e carta de direitos dos usuários.

Nesse sentido, acolhimento significa escuta qualificada dos problemas de saúde dos usuários, garantindo-lhes sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução de seu problema ou anseio, permitindo a acessibilidade e resolubilidade das necessidades que levaram o paciente ao serviço de saúde, estabelecida por meio do vínculo entre serviço e usuário (SOLLA, 2005).

Portanto, o acolhimento traz a reorganização do processo de trabalho em saúde, uma maior aproximação do usuário ao serviço de saúde, corresponsabilizando a todos na resolubilidade das necessidades de saúde apontadas pelo usuário de forma mais efetiva. Neste sentido, o acolhimento e o vínculo na atenção primária à saúde são eixos que norteiam a atenção integral.

O acolhimento surge como uma estratégia fundamental para a construção do novo modelo de APS, definido por critérios técnicos, éticos e humanos e no qual os profissionais devem receber a demanda e buscar formas de resolubilidade, embora não necessariamente possam ser resolvidos todos os problemas referidos pelo usuário. Portanto, o profissional deverá dispensar atenção ao usuário, por meio de escuta, da valorização da queixa e da identificação das necessidades individuais e coletivas (MITRE, 2012).

Acesso e acolhimento se articulam e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva do cuidado integral. Com a expansão e a estruturação da oferta de serviços durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em que os municípios têm assumido a

responsabilidade pela atenção à saúde de seus municípios, principalmente na rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a estas ações e serviços ganhou nuances qualitativas (SOUZA *et al.*, 2008).

Starfield (2002) discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Pesquisa realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), da cidade de Campinas, com profissionais da rede, referem a falta de recursos materiais, espaço físico deficiente, diferentes tipos de vínculo empregatício e o desconhecimento das atribuições do CAPS por parte de alguns profissionais figurando como obstáculos ao oferecimento do cuidado integral. Em contrapartida, a perspectiva do desenvolvimento de um trabalho voltado para o acolhimento, a construção de projetos terapêuticos singulares, o matriciamento, as supervisões e reuniões de equipe apontaram para transformações positivas nos processos de trabalho, evidenciando os diferentes contornos das vivências analisadas. Tais transformações funcionam como dispositivos e instrumentos que potencializam as ações terapêuticas, o trabalho coletivo e dialógico e se aproximam das diretrizes estabelecidas tanto pelo Sistema Único de Saúde como pela Política Nacional de Humanização, especialmente sobre o processo de constituição de uma rede articulada de cuidados em saúde (BALLARIN *et al.*, 2011).

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E DEMANDA ESPONTÂNEA

O acolhimento tem grande importância na Atenção Primária à Saúde e se configura como tecnologia para a qualificação do cuidado, não devendo se limitar apenas ao ato de receber; ele se compõe de uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho na relação com o usuário, dentro e fora da unidade (MATUMOTO, 1998).

Acolhimento significa ato ou efeito de acolher, acolhida; maneira de receber ou de ser recebido; recepção, consideração; abrigo gratuito, hospitalidade; local seguro; refúgio, abrigo e acolher significa oferecer ou obter refúgio; proteção ou conforto físico; dar ou receber hospitalidade; hospedar (HOUAISS; VILLAR, 2009). Portanto, o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Desta maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar (FAGUNDES, 2004). É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (ORTIZ, 2004).

O Ministério da Saúde estabelece um fluxo de acolhimento que, na realidade, em muitas cidades do nordeste brasileiro, não se adequa, por maior que seja a preocupação do Ministério da Saúde de não tornar o processo de acolhimento buro-

cratizado e de ter como base a ampliação, a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe como dispositivo de (re) organização do processo de trabalho das equipes, imprimindo sentidos e perspectivas que são fundamentais aos sujeitos em ação que pretendem constituir novos modos de receber e escutar os usuários na atenção básica (BRASIL, 2011).

Para o Ministério da Saúde, ainda, quando estamos falando do acolhimento à demanda espontânea, é fundamental traduzir tais sentidos e perspectivas em arranjos e práticas concretas, mesmo de forma provisória. Também é importante colocar essa tradução concreta em análise (identificando alcanços e limites, problemas e potencialidades) e fazer os ajustes necessários, pois isto faz parte do cotidiano do trabalho. Para a efetivação desse processo, torna-se necessária a utilização de diferentes modos de fazer, com participação de usuários, gestores e trabalhadores a partir de colaboração, negociações, diálogo, reflexões das situações limites existentes nos serviços de saúde, proporcionando superação de forma coletiva.

Nesse sentido, o acolhimento não pode ser exclusivamente para atendimento à demanda espontânea, mas também na apresentação de ofertas para atender às necessidades da população realizado por todos que atuam naquele serviço de saúde. Desta forma, não consistirá em uma atividade pontual, de um profissional, com foco exclusivamente na doença e nos procedimentos, desvalorizando o sujeito, sua singularidade e suas necessidades. Neste sentido, podemos fazer algumas reflexões: como fazer acolhimento sem escuta qualificada? como avaliar risco e vulnerabilidade sem essa escuta? como fortalecer vínculos em um acolhimento para tudo e para todos?

É necessário que sejam identificadas as situações limites e potencialidades relacionadas às diferentes questões que envolvem o acolhimento, dentre elas, o próprio território. Entende-se que o acolhimento traz reflexões e intervenção das equipes, como o modelo de gestão, a reorganização do processo de trabalho, o trabalho em equipe, responsabilização, motivação, implicação, educação permanente e tantos outros fatores para garantir maior resolutividade.

As diferentes formas de implantação do acolhimento devem ser discutidas com as equipes e a população, inicialmente, assim como se torna necessário ofertar educação permanente para todos os trabalhadores, com definições de fluxos e outras questões relevantes para uma melhor resolutividade, organização e adesão dos trabalhadores. Da forma como vem sendo implantada em alguns municípios, como é o caso de Fortaleza, onde uma das autoras atua como enfermeira da ESF, é comum encontrarmos sobrecarga de trabalho, insatisfação dos trabalhadores e usuários, adoecimento, absenteísmo, desmotivação e outros.

Ao longo dos anos, existia uma necessidade importante de conquistar o profissional médico para a ESF e, atualmente, a situação ainda está mais crítica, pois médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos precisam ser reencantados. Torna-se necessário o retorno de encontros ou rodas nas perspectivas terapêutica, administrativa e pedagógica, conforme Campos (2000).

Com a chamada da gestão municipal à população, em relação a atendimento médico de 7 da manhã às 19 horas, os pacientes entendem que todos irão para consulta médica independentemente de seu problema. Em muitas unidades de

saúde, o número de pacientes atendidos no acolhimento chega a 80 pacientes por um turno de 6 horas. Neste sentido, o enfermeiro responsável pelo atendimento do dia vivencia, no seu cotidiano, uma sobrecarga de trabalho, desmotivação, adoecimento, desvalorização de suas competências, pois, na realidade, o trabalho desenvolvido ainda mostra muitas deficiências e pouco entendimento do que seja realmente o acolhimento.

No estudo realizado por Leitão (2016), nas unidades de Saúde do município de Fortaleza, onde foi implementado o acolhimento à demanda espontânea, e na percepção dos gestores da Atenção Primária de Saúde, encontra-se o atendimento em momento de agudização de usuários acompanhados regularmente pelas ações programáticas. Ainda neste estudo, os coordenadores das Unidades de Saúde revelam que ainda não está bem claro o atendimento à demanda espontânea, tanto pelo profissional como pelo próprio usuário. Pouco se vem investindo em capacitação dos profissionais para um novo olhar nas ações de acolhimento, não sendo suficientes as ações normativas, burocráticas nem discursivas.

Nesse sentido, a implantação de acolhimento da demanda espontânea solicita e gera processos de mudanças na cultura organizacional das equipes, nas relações entre os trabalhadores e exige um novo olhar para os modos de cuidar, o que é relatado como uma rotina nas unidades de saúde. Conforme Santos *et al.*:

Acolher, em uma unidade de saúde, inicia-se com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si,

como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá (ou não) produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade. (SANTOS *et al.*, 2013, p. 3701).

Outra grande questão é em relação à demanda de algumas unidades de saúde, visto que extrapolam a capacidade da equipe da Estratégia Saúde da Família, pois, ao ter sob sua responsabilidade mais de 7.000 pessoas, é impossível conhecer seus pacientes, ter vínculo, salvo em alguns grupos prioritários. Percebe-se, assim, uma contradição no que se propõe à Estratégia Saúde da Família.

Percebe-se que, na grande maioria dos serviços, esse acolhimento consiste, principalmente, em distribuição de fichas para médicos e em muitas informações que são realizadas durante o acolhimento e que qualquer trabalhador da unidade poderia realizar. Portanto, com a compreensão equivocada do acolhimento, o processo de trabalho da equipe tem sido prejudicado, principalmente em relação às ações de promoção e prevenção.

Pode-se verificar essas questões levantadas a partir do estudo realizado por Leitão (2016), onde os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas da ESF entrevistados no município de Fortaleza relatam desmotivação, desvalorização e inversão do modelo proposto pelo Ministério da Saúde, onde a priorização é o atendimento de demanda espontânea. No início da implan-

tação do Modelo pautado em Condições Crônicas e Agudas, aparecem problemas que foram identificados nas entrevistas dos profissionais e gestores. O maior problema relatado diz respeito à agenda parametrizada e ao acolhimento da demanda espontânea. Há relatos, inclusive, de profissionais que pediram afastamento por não aceitar esta nova modalidade de trabalho e o tipo de cobrança de trabalho por metas que, segundo eles, descaracteriza todos os princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O acolhimento em Fortaleza é realizado, diariamente, por um enfermeiro e um médico, que nem sempre pertencem à mesma equipe, que atendem, independentemente da área do usuário. Este modelo prejudica o vínculo, a corresponsabilização, a resolubilidade e a integralidade da atenção.

É comum encontrarmos pacientes que acessam os serviços de saúde somente por meio do acolhimento e que não valorizam seu acompanhamento, principalmente pacientes hipertensos, diabéticos, de planejamento familiar, que desejam apenas o medicamento. Recentemente, se tem mudado o fluxo para esses pacientes, encaminhando-os para a sua equipe, evitando, assim, a priorização somente de tratamento medicamentoso.

Com esse número excessivo de pacientes e a falta de recursos materiais e humanos, é comum os enfermeiros vivenciarem a violência institucional, principalmente a violência psicológica. Podemos referir, também, a violência institucional vivenciada pelo usuário quando, de forma permanente, são violados seus direitos, seja pela deficiência de acesso aos serviços de saúde ou aos recursos materiais, como, por exemplo, medicamentos básicos no pré-natal, para hipertensão arterial e outros.

Pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2011). revelou que, entre as dificuldades encontradas por seus profissionais estão o desgaste, sentido por 66% da amostra, e a violência no local do trabalho, na maioria dos casos, a psicológica (66%).

Os profissionais de saúde, no momento que não estão no acolhimento, se deparam com uma agenda superlotada, o que não dá condição de resolver qualquer problema dos pacientes, articular ações intersetoriais, realizar projeto terapêutico e outros. Como as equipes poderão garantir as ofertas que a unidade deveria ter disponível, em um modelo onde a prioridade é a demanda espontânea? Como garanti-las no momento da necessidade do usuário?

Portanto, o acolhimento pode ser visto como um importante dispositivo que atende à exigência de acesso, de construção de vínculo entre equipe e população, trabalhadores e usuários, mas, para tanto, é necessário ser reorganizado o processo de trabalho, organizar rodas na unidade ou encontros permanentes com as equipes para avaliação, assim como educação permanente para todos os trabalhadores.

O acolhimento é um processo no qual a equipe de trabalhadores toma para si a responsabilidade de intervir em uma determinada realidade de seu território de atuação, tendo como parâmetro as necessidades de saúde para, assim, estabelecer uma relação acolhedora e humanizada, promovendo saúde nos níveis individuais e coletivos (MINAYO, 2007) e, neste sentido, o acolhimento consiste na qualificação da atenção e da gestão em saúde.

Em um estudo que avalia Centro de Atenção Psicossocial e atenção primária à saúde, os profissionais entrevistados se encontram em suas práticas distantes do que é recomendado para serviços de saúde, ou seja, acolhedores, responsáveis e integradores do cuidado dos usuários. Existe ausência de recursos humanos, materiais, dificuldades comunitárias, incoerências entre os profissionais ou unidades, entre outros (ARAÚJO; TANAKA, 2012).

Na Atenção Primária à Saúde o acolhimento deverá ocorrer a partir da avaliação do risco e vulnerabilidade e não por meio da classificação de risco com utilização de Manchester, utilizado nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e urgência hospitalar.

Para Murray e Berwick (2003), é necessário reorganizar o processo de trabalho a partir do acesso avançado, com agenda disponível para médicos e enfermeiros responsáveis por aquele usuário. Com a agenda lotada mensalmente, torna-se inviável o atendimento desse usuário no momento de sua necessidade, portanto, este será atendido por outro profissional que não possui nenhum vínculo e de forma não integral, como é o que ocorre no município de Fortaleza.

Torna-se, portanto, necessário repensar o acolhimento para que seja resolutivo e fortaleça o vínculo profissional/paciente a partir do acolhimento pelos profissionais de cada área de abrangência. Acreditamos que esse modelo de acesso, amenizaria, inclusive, a questão da violência institucional vivenciada pelos profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, já que estão mais expostos.

O acolhimento é estabelecido por meio de um atendimento de qualidade, de um tratamento baseado no respeito, no diá-

logo, na escuta qualificada, na criação de um elo de confiança e de amizade entre ambos (trabalhadores de saúde e usuários/família) (JORGE *et al.*, 2011). Nesse sentido, a reorganização do acolhimento é necessária a reflexão pelos profissionais da ESF, gestores e usuários para a sua efetivação de forma resolutiva e que realmente venha a contribuir para o acesso dos que necessitam, mas o que temos percebido no momento é uma estratégia frustrante, com pouca resposta e transformada em uma unidade de pronto atendimento, chamada por muito no município de Fortaleza de “Upinha”.

Outra questão agravante que com a priorização do modelo de gestão a demanda espontânea, já que das 32 horas que o profissional tem para o desenvolvimento das ações da ESF, algumas equipes ocupam 16 horas de sua carga horária no acolhimento, tornando, portanto, impossível desenvolver, de forma efetiva, as demais ações preconizadas para as equipes da ESF. Desta forma, a ESF tem funcionado com uma maior valorização da demanda espontânea, inexistência de vagas para agendamento, no momento do encaminhamento para as equipes de referência por ocasião do acolhimento, e deficiência ou inexistência de ações de promoção e prevenção no território.

Diante de todas as dificuldades enfrentadas pelas equipes da ESF no município de Fortaleza, torna-se necessário reconstituir o processo de trabalho e, principalmente, repensar o modelo de atenção proposto no município.

Portanto, o acolhimento, uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da PNH no Brasil, é definido, conforme documentos oficiais, como a recepção do usuário no serviço de saúde, compreendendo a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias e

a garantia de atenção integral, resolutiva e articulada com outros serviços para a continuidade do cuidado quando necessário (BRASIL, 2006).

Para isso, as equipes precisam ter espaço para reflexão, discussão do seu processo de trabalho, para o planejamento e a avaliação das ações, de forma permanente, em especial, em relação à resolubilidade do acolhimento assim como à educação permanente. Ao ser implantado/implementado o acolhimento nas unidades de saúde no município, na proposta da gestão atual, em nenhum momento foi ofertado algum processo de formação, em especial uma discussão da organização do serviço a partir do acolhimento ou, pelo menos, uma discussão a partir do caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde. Necessária, ainda, uma discussão da Portaria Municipal reeditada para os enfermeiros que atuam na ESE, com a lei do exercício profissional e os protocolos, entre eles, o do Ministério da Saúde sobre o acolhimento.

O Caderno nº 28/MS ressalta o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em unidade básicas de saúde, diferenciando-os do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, devido ao fato de que a Atenção Básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado e não somente um atendimento pontual (BRASIL, 2013). Ressalta-se que esta é a proposta do Ministério da Saúde, porém, nem sempre ocorre desta forma.

Percebe-se a inexistência de diálogo entre as equipes, que as rodas já não são mais prioridade e quando ocorrem é de forma pontual, não integrando a equipe, o que faz com que o diálogo seja prejudicado entre os profissionais, entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores. Esse último, é vivenciado no cotidiano, por alguns profissionais e em algumas unidades de saúde, com muitos conflitos, presença de assédio moral por alguns gestores locais trazendo desgaste, adoecimento e outras questões, situação esta já denunciada às entidades de classe, uma vez que, de forma arbitrária, gestores têm transgredido servidores.

O planejamento deve gerar, dessa forma, uma atitude de mudança no fazer o acolhimento em saúde que implique no protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Portanto, o acolhimento deve promover:

a) reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, com possibilidades de promover intervenção por toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário;

b) elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização, por linhas de cuidado;

c) mudanças na forma de gestão do serviço de saúde ampliando os espaços democráticos de discussão, escuta, trocas e decisões coletivas, pois a equipe, neste processo, pode garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;

d) postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; e

e) construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais (ABBÊS; MASSARO, 2006, p. 25).

No entanto, tais medidas não devem se fixar em um fluxo burocrático na porta de entrada da unidade. A dificuldade na compreensão do acolhimento pode se dar desde o usuário, trabalhador até o gestor. Ressaltamos, principalmente, o gestor, uma vez que, em muitos municípios, o acolhimento tem sido fortalecido em uma perspectiva de queixa/ conduta, com a supervalorização do modelo biomédico, como um espaço definido que consiste em uma porta de entrada para tudo e para todos, inviabilizando, desta forma, uma atenção às situações complexas em virtude da dificuldade de realização da escuta qualificada, a partir do risco e vulnerabilidade.

Alguns autores (GARUZI *et al.*, 2014; TAKEMOTO; SILVA, 2007) fazem considerações sobre a mudança do processo de trabalho da equipe de enfermagem na realização do acolhimento em que afirmam que a enfermagem ficou responsável pelos acolhimentos dos centros de saúde investigados, em sua pesquisa, no entanto, este processo se traduziu em triagem, refletiu uma lógica médico-centrada, marcada pela baixa resolubilidade e baixa autonomia da enfermagem.

Nesse capítulo, reforça-se a importância do acesso e do acolhimento como categorias potentes e estratégicas para o planejamento, reorganização do processo de trabalho, integração da equipe, fortalecimento de vínculos, maior resolubilidade e outros, porém, não na forma proposta, em virtude da demanda real existente no território e daquilo que a unidade de saúde tem capacidade como disponibilização de ofertas.

O acolhimento se encontra em construção nas Unidades de Saúde da Família de Fortaleza e os profissionais o reconhecem enquanto potência para o desenvolvimento de vínculos e a melhora da compreensão das necessidades dos usuários, entretanto, vivem um momento de reflexão em relação aos seus sentimentos, uma vez que não se sentem acolhidos, sem espaço de escuta para a construção coletiva e sofrem uma desvalorização do outro.

O que nos chama mais a atenção em relação aos dados encontrados no estudo de Leitão (2016), que diz respeito às fragilidades dos processos de trabalho, ajustando com a organização de processos internos, incluindo-se aqui o agenciamento de serviços especializados e a cultura organizacional de implementação do modelo novo, é a dificuldade encontrada no entendimento do que seja acolhimento à demanda espontânea, tanto pelos profissionais quanto pela própria comunidade, e na sua implantação. Fazem-se necessárias, portanto, a criação e organização dos fluxos dentro das Unidades ainda em construção; a desregulamentação da educação permanente pela dificuldade de implementar o planejamento, que tem como maior barreira a falta de comunicação, como relatado por todos os articuladores da educação permanente de todas as Coordenadorias de Saúde.

Por fim, o acesso e o acolhimento se constituem como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde. O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los, se necessário (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Percebe-se que são vários os fatores que podem interferir na prática do acolhimento, tais como a inadequação da área físi-

ca, a maior sobrecarga de trabalho, o pouco apoio institucional às experiências novas e a redução/inadequação das atividades de prevenção. Outras dificuldades são relevantes: a demanda excessiva de usuários; a falta de médicos nas instituições de saúde; a dificuldade de acesso dos usuários às consultas especializadas e odontológicas; a demanda reprimida de usuários; e a falta de medicamentos e materiais (BECK; MINUZI, 2008).

Teoricamente, acolher deixa de se resumir à porta de entrada ou à triagem e passa a envolver a escuta das necessidades do usuário e a responsabilização do serviço de saúde pelas demandas identificadas (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

A implantação do acolhimento no Brasil tem sido desenvolvida em todas as redes de atenção, para fortalecer a defesa do Sistema Único de Saúde enquanto política pública. Acredita-se que o entendimento do vínculo possa trazer, no âmbito do serviço, a concretização do princípio da integralidade, uma vez que permite aos usuários exercerem seu papel de cidadãos, conferindo maior autonomia em relação à sua saúde tendo garantidos os seus direitos de fala, argumentação e escolha, e permitindo ao profissional conhecer o usuário para que colabore na manutenção de sua saúde e na redução dos agravos. Portanto, o vínculo amplia a eficácia das ações em saúde e favorece a participação do usuário na prestação do serviço (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica enquanto um dos eixos estruturantes do SUS vive um momento especial, entre seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetivida-

de e resolutividade das suas práticas, à contratação, à adequação dos quadros de profissionais e ao vínculo nas unidades de saúde, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social.

O acolhimento nas unidades de Saúde da Atenção Primária é identificado pela sua presença no território das tecnologias leves, nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, em um certo posicionamento ético situacional que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. Além disto, o acolhimento pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas.

A implantação de acolhimento da demanda espontânea em unidade de saúde da Atenção Básica “necessita” de reflexão e provoca transformações nos modelos de organização das equipes, na cultura organizacional, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar.

Planejar o cotidiano do trabalho das Unidades Básicas de Saúde a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois todas as ofertas devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e o cumprimento dos princípios do SUS, deve-se investir em educação permanente

elevar em consideração a escuta dos profissionais, pois as ações normativas, burocráticas não são suficientes.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de avaliação permanente da implementação do acolhimento no intuito de garantir o acesso ao usuário de forma resolutiva e contribuir na reorganização do processo de trabalho das equipes, de forma tranquila, participativa e prazerosa. Nesse sentido, poderá trazer, de forma efetiva, a implicação de todos, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários.

REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. In: BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**: material de apoio. Brasília, 2006. p. 24-36. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2016.

ARAÚJO, A.K.; TANAKA, O. Y. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS E UBS em análise. **Rev Interface**, v.16, n. 43, p. 917-928, 2012.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A (Org.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 91-108.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e aids: para uma resposta social à epidemia. **Boletim Epidemiológico**, ano 15, n. 3, p. 2-4, dez. 1997.

BALLARIN, M. L. G. S. *et al.* Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. **Rev Psicologia em Estudo**, v.16, n. 4, p.603-611, 2011.

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**, Santa Maria, v. 34a, n. 1-2, p. 37-43, 2008.

BENEVIDES, D. S. *et al.* Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Rev Interface**, v.14, n.32, p.127-138, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva: **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS** — material de apoio. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Ed. 1. reimp. – Brasília:

Ministério da Saúde, 2013. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de um valor de uso e a democracia em instituições; o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- COFEN. Comissão de Business Intelligence. **Análise de dados das inscrições dos profissionais de Enfermagem existentes nos Conselhos Regionais no ano de 2011**. Acesso em 24 de março de 2016. Disponível em: <http://www.Portalcofen.Gov.br/atlas/>.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J. N. *et al.* (Org.). **Acolhimento em Porto Alegre**: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004. p. 11-12.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, 2014.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental; Tecnologias do Cuidado: vínculo acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jul. 2011.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

LEITÃO, I. M. T. A. **Adaptação transcultural e validação de instrumento de capital humano e o impacto da medição no contexto brasileiro**. 2016. 271p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Associação ampla- UECE-UFC-UNIFOR, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Súde Pública) –

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MITRE, 2012

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

MURRAY, M.; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **Rev. JAMA**, v. 289, n. 8, p. 1035-1040, 2003. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196024>>. Acesso em: 8 mar. 2016.

ORTIZ, J. N. *et al.* (Org.). **Acolhimento em Porto Alegre**: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. **Rev APS.**, v. 11, n. 4, p. 362-373, 2008.

SANTOS, S. A. S. *et al.* The domiciliary visit as a practice of reception in the medical program of Family/Niterói. **R. Pesq.: Cuid. Fundam** (online), Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3698-3705, 2013.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface Comun Saúde Educ.**, v. 13(Supl.1), p. 603-613, 2009.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online], Recife, v.5, n.4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na Atenção Básica: uma análise na percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. S100-S110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução Fidelity Translations. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

CAPITULO 25

CUIDADO E SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIANDO A EXPERIÊNCIA DO APOIO MATRICIAL

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Indara Cavalcante Bezerra

Milena Lima de Paula

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO/OBJETIVO E FOCO

Os progressos alcançados na assistência à saúde mental com as inovações oriundas da Reforma Psiquiátrica têm se expandido e possibilitado ações mais concretas de cuidado que evidenciam a ampliação do acesso e inserção social do usuário.

Desse modo, a Reforma despertou a consciência da importância de ampliar novas articulações da saúde mental, entre elas, como Atenção Primária à Saúde, especificamente no âmbito das Unidades de Saúde da Família, como meio de pôr fim aos moldes tradicionais de cuidado e gerar uma nova forma de intervir frente ao usuário com transtorno mental ou em sofrimento psíquico (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

A Estratégia de Saúdeda Família (ESF), inicialmente Programa de Saúde da Família, foi criada pelo Ministério da Saúde, em 1994, e tem entre seus objetivos básicos a assistência humanizada e acriação de vínculos que possibilitam aos profissionais intervir na comunidade por meio de ações específicas que produzem conhecimento sobre aprevenção e promoção da saúde (ALVES; AERTS, 2011).

De acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF busca reformular o modelo de atenção à saúde, enfatizando o cuidado às famílias nas áreas em que habitam e onde são construídas suas relações sociais. Assim, tendo por base o trabalho territorial de equipes multidisciplinares, torna-se possível ampliar a visão dos profissionais sobre o processo saúde-doença e criar projetos terapêuticos condizentes com a situação familiar e social de cada usuário, sendo um equipamento pujante no que diz respeito ao acompanhamento do paciente em sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, objetivou-se avaliar o cuidado em saúde-mental pela equipe de saúde da família na atenção primária a partir da prática do apoio matricial.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para o cuidado em saúde mental a finalidade em propor novas práticas está em proporcionar uma compreensão da loucura e do papel social do indivíduo em sofrimento psíquico que se diferencie da anunciada pelo modelo psiquiátrico hospitalocêntrico.

O Apoio Matricial (AM) surge nesse cenário como estratégia por meio da qual as equipes responsáveis pelo trabalho no âmbito da Atenção Primária são capacitadas para o atendimento e acompanhamento de usuários com transtorno mental, uma vez que o desconhecimento dos profissionais acerca deste resulta em prejuízos para a integralidade do cuidado.

Dada sua característica inovadora e sua potencialidade para aproximar o cuidado em saúde mental à realidade cotidiana dos serviços de atenção primária, o AM vem recebendo uma merecida atenção no campo das práticas em saúde, sendo apontado por diferentes autores como uma estratégia que potencializa a responsabilização dos casos de saúde mental na atenção primária e colabora com a efetivação do cuidado integral em saúde (TÓFOLI, FORTES, 2007; CAMPOS, DOMITTI, 2007; DIMENSTEIN *et al.*, 2009; DIMENSTEIN *et al.*, 2009; LUCCHESI *et al.*, 2009; CAVALCANTE *et al.*, 2011; SOUSA, 2011; PINTO *et al.*, 2012).

O trabalho no AM é fundamentado num apoio teórico pedagógico e assistencial às equipes integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF), descrita como equipe de referência. A partir disso, inicia-se um processo de responsabilização em que a equipe de referência passa a ser incumbida de conduzir e dar resolução à casos de transtornos mentais mais leves, isso é, um cuidado longitudinal, fortemente arraigado ao acolhimento e vínculo (TÓFOLI, FORTES; 2007).

A construção de uma rede de cuidado em que ESF e serviços substitutivos de saúde mental se articulem e pactuem planos terapêuticos e ferramentas de cuidado, é fundamental para superar de modo definitivo as antigas práticas institucio-

nalizantes e fundamentar a assistência à saúde mental através de um cuidado integral que emana de práticas psicossociais. Constrói-se desse modo, uma lógica de responsabilização que substituí a prática dos encaminhamentos indiscriminados para os centros de atenção psicossocial (CAPS) (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Assim, a realização do AM gera ainda subsídios para que os profissionais da atenção primária se tornem capazes de intervir e conduzir os casos mais simples de saúde mental de sua área adscrita, possibilitando o acesso aos serviços de saúde e a um plano terapêutico individualizado e resolutivo.

METODOLOGIA

Estudodenaturezacrítico-analíticocomenfoquequalitativo, que permite a compreensão e análise de fenômenos sociais e suas relações no campo da saúde mental da atenção básica. Este tipo de estudo facilita a compreensão das questões subjetivas inerentes às atitudes, às relações e às estruturas sociais (SOUSA, 2011).

O presente artigo faz parte de uma pesquisa mais ampla denominada Produção da atenção à saúde e suas articulações com as linhas de cuidado do SUS e da rede assistencial de saúde mental, financiada pelo Ministério da Saúde do Brasil e Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

A pesquisa foi realizada em duas Unidades de Saúde da Família, uma delas localizada na Secretaria Executiva Regional V (SER V) do município de Fortaleza e a outra na Área de Vigilância à Saúde V (AVISA V) em Maracanaú, ambos localizados no Es-

tado do Ceará. Os participantes foram profissionais de saúde de equipes da ESF e CAPS, usuários dos serviços e seus familiares.

No entanto, para análise apresentada neste artigo, utilizaram-se os discursos de 14 profissionais da ESF e sete familiares. O processo de amostragem foi finalizado pela saturação teórico-empírica. Este processo possui uso frequente nas pesquisas qualitativas em saúde, sendo o artifício usado para fechar o tamanho da amostra desse modo, encerrar a captação de novos dados. Acontece quando as informações coletadas passam a se repetir e a busca de novos sujeitos não é capaz de aprofundar a reflexão teórica suscitada pelos objetivos do estudo (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Antes da realização do trabalho de campo, o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), recebendo parecer favorável com nº. 08573214-1.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, com a utilização de um roteiro, previamente elaborado, composto por perguntas abertas sobre a temática “acesso e resolubilidade do cuidado em saúde mental na Atenção Primária”. Este permitiu aos entrevistados discorrerem livremente sobre o tema proposto, cabendo ao entrevistador intervir quando julgasse necessário, a fim de conduzir à discussão o tema de seu interesse. Os entrevistados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo explicados sobre os riscos e benefícios da pesquisa, participação voluntária, bem como a garantia do sigilo e anonimato. Os sujeitos consentiram a participação na investigação mediante a assinatura do consentimento informado.

Para organização das informações, seguiram-se três etapas estabelecidas por Minayo (2008) e retraduzidas por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, que inclui classificação das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares. A seguir, material empírico e referencial teórico são contextualizados. Ideias de sentido convergentes e divergentes são confrontadas bem como aquelas que se complementam, sendo a análise feita a partir das categorias emergidas.

Na análise do material empírico foi usado como base Minayo (2008) onde o objeto de análise é práxis social, e o sentido que se busca é a afirmação ética política do pensamento, sendo isoladas partes do texto para extrair trechos capazes de serem usados, permitindo o confronto com outros textos relacionados ao tema de estudo. Os achados foram classificados a partir das categorias que emergirem da leitura exaustiva dos textos e das questões norteadoras e dos objetivos propostos (ASSIS, 1998).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do exposto, apresentam-se as informações obtidas junto aos profissionais e familiares de usuários, categorizadas em aspectos observados na discussão de acesso ao cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Estes aspectos são descritos como: “Acesso e resolubilidade em saúde mental: diálogo entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial”, e “Acesso e o modo de produção do cuidado em saúde mental”.

ACESSO E RESOLUBILIDADE EM SAÚDE MENTAL: DIÁLOGO ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A questão do acesso e da resolubilidade em saúde mental emerge dos principais aspectos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que vieram contestar a institucionalização dos pacientes psiquiátricos e reorientar os saberes e práticas relacionados à assistência à pessoa com transtorno mental ou sofrimento psíquico. Como objetivo de formar uma rede assistencial que proporcione cuidado ao usuário em sua comunidade, tendo acesso à interdisciplinaridade e à intersetorialidade, veio trazer novas possibilidades para a resolubilidade nos tratamentos, como objetivo de proporcionar autonomia ao indivíduo e trazer um novo rumo à saúde mental. Os avanços proporcionados pela Reforma Psiquiátrica foram fundamentais para a reorientação da atenção à saúde mental, como descreve o discurso do profissional.

[...] então assim, antigamente qualquer caso que entrasse aqui se eu visse que era algum problema, eu não me sentia capacitada. [...] mas porque eu não posso uma vez por semana mandar ela vir 20 minutos, 10 minutos para conversar comigo? Ouvir, avaliar, ela já tá medicada, a medicação ajuda junto com essa escuta. (Enfermeira – ESF)

Nesse discurso, percebe-se uma ampliação do cuidado ao sujeito, na medida em que a profissional evidencia que a assistência reduzida a uma prática biologizante não é suficiente para suprir as demandas do indivíduo.

O cuidado sob um olhar ampliado torna os profissionais da ESF imprescindíveis na estruturação da rede de cuidado em saúde mental, na medida em que estão mais próximos do usuário e, por isso, conhecem sua situação social, econômica e familiar, ajudando na elaboração de projetos terapêuticos condizentes com as condições de vida de cada sujeito.

Outra ampliação a se destacar é a atuação da equipe multidisciplinar. Por meio do cuidado realizado pela equipe, a resolubilidade dos casos de saúde mental se torna mais fácil de ser alcançada uma vez que todos passam a compartilhar do mesmo objetivo, de contribuir como projeto terapêutico do usuário. Quando se chega a esse entendimento, a lógica de que somente os profissionais especialistas em saúde mental devem se responsabilizar com um indivíduo com transtorno mental ou sofrimento psíquico é questionada, e todos passam a ser coparticipantes do processo de reabilitação psicossocial:

[...] o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o AM um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento. (Enfermeira – ESF).

Nesse contexto, o apoio matricial em saúde mental revela-se como dispositivo importante na resolubilidade da atenção em saúde mental, na medida em que proporciona um diálogo efetivo entre os diferentes serviços que compõem a rede. Por seu caráter pedagógico-terapêutico, possibilita que os profissio-

nais da ESF tenham maior segurança na construção de projetos terapêuticos condizentes com as demandas de saúde mental que lhe são apresentadas.

Ficou evidente em grande parte dos discursos que o apoio matricial foi capaz de causar uma reestruturação de saberes. Tal situação favorece o acesso, uma vez que os usuários passam a ter uma nova possibilidade de realizar seu tratamento, inseridos em sua comunidade etendo uma equipe multidisciplinar a quem recorrer de acordo com suas demandas de saúde.

Quando questionados acerca da melhoria no acesso à saúde, os familiares de usuários com transtornos psíquicos relataram sentirem-se satisfeitos por poder contar com um serviço de saúde próximo às suas residências, no caso, as Unidades de Saúde da Família. Conviver como adoecimento mental de uma pessoa da família é um processo doloroso e que quase sempre sobre carrega alguém, o que todos os entrevistados deixaram evidenciar. Diante do sofrimento existente na família, o simples fato de saber que existe um serviço de saúde à disposição já alivia muitas tensões.

[...] cuidar dela não é nada fácil, por que dos filho seu sou a única que cuida, os outros não estão nem aí. É cansativo demais porque eu também tenho meus filhos pra cuidar, ainda bem que pelo menos eu sei que em alguma dificuldade de eu posso trazer ela pra cá [Unidade de Saúde da Família]. (Familiar).

A garantia do acesso ao serviço gerada pelo AM emerge, assim, como um apoio não só aos usuários, mas aos familiares

cuidadores, na medida em que lhe dão a segurança de não estarem sozinhos, na certeza da corresponsabilidade pelo cuidado ao sujeito com transtorno mental ou em sofrimento psíquico.

ACESSO E O MODO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A necessidade de cuidar de perto, acompanhando o sujeito e estabelecendo uma relação de corresponsabilização, fazendo uso da escuta qualificada, acolhendo e constituindo vínculos sólidos pautados no respeito e partilha são estratégias que potencializam a melhoria da qualidade do cuidado e consequentemente no acesso aos cuidados demandados, contribuindo para o empoderamento dos sujeitos.

Nesse sentido, o AM surge enquanto ferramenta de oposição a uma longa construção social em que os sujeitos em adoecimento psíquico eram tidos como seres perigosos e improdutivos, que perpetuavam práticas institucionalizantes, cronificando esses sujeitos (SOUSA, 2011). Questões como essa fortalecem a construção de uma lógica de corresponsabilização que substituiu a prática dos encaminhamentos indiscriminados para os CAPS (KANTORSKI *et al.*, 2009).

Essa corresponsabilização, pautada na lógica da interdisciplinaridade, embora tenha seu valor reconhecido, ainda se mostra frágil, necessitando ser trabalhada e ampliada a fim de que se possa ofertar um cuidado integral.

Eu, particularmente, acho que a dificuldade que eu tenho é que eu não sei dominar [...] Eu acompanho o doente mental, mas geralmente

agente vai como médico, é mais a questão mesmo da medicação. (Enfermeira ESF).

Comportamentos como esse acabam por ferir a proposta de cuidado integral alavancada pela Reforma Psiquiátrica uma vez que o atendimento ao sujeito fica vinculado a uma determinada classe profissional, o que acaba por privá-lo de uma assistência integral e transversalizada por um cuidado interdisciplinar.

Aproposta do apoio matricial colabora com a superação da lógica fragmentada de trabalho e, nesse sentido, ao contar com uma equipe multi profissional que trabalha na perspectiva da interdisciplinaridade, o usuário conta com uma articulação de saberes, que irá desse modo constituir um saber coletivo capaz de abordar e dar resolutividade às diversas demandas que o sujeito traz ao serviço. Sendo assim, diversos saberes se articulam na perspectiva de proporcionar acesso a um cuidado dito integral (BRASIL, 2004). Essa lógica de trabalho se sobrepõe à fragmentação do cuidado, favorecendo o acesso aos serviços e profissionais.

CONCLUSÕES

O apoio matricial é sem dúvida uma estratégia inovadora para expandir conhecimentos a cerca do cuidado em saúde mental e contribuir para que haja capacidade resolutiva na Atenção Primária, evidenciando a importância de uma responsabilização dos profissionais desse nível de atenção para o cuidado em saúde mental, através de uma capacitação que lhes permita compreender e colocar em prática ações que vão além de prescrições.

O acesso dos usuários através do apoio matricial, segundo o olhar de seus familiares, tem sido visto como algo positivo, pela facilitação que é gerada através da existência de uma unidade de saúde próxima às suas residências, porém os familiares tem sentido a falta de resolução dos problemas, além da sobre carga física e emocional que o cuidado lhes proporciona.

Assim, a estratégia de apoio matricial se mostra como um grande avanço no campo da saúde mental, haja vista sua potencialidade de produzir um cuidado pautado na corresponsabilização, onde o foco terapêutico é desviado da doença para o sujeito e suas questões.

Assim, o apoio matricial é uma importante estratégia de capacitação das equipes da atenção primária, fortalecendo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e proporcionando aos usuários maior acessibilidade aos serviços de saúde. No entanto, entende-se que há ainda um longo caminho a percorrer para que os profissionais se responsabilizem pelo cuidado, através da modificação do olhar sobre a saúde mental e do desejo de tornar-se coparticipante da implantação de uma efetiva rede de cuidados.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

ASSIS, M. M. A. **As formas de produção dos serviços de saúde: o público e o privado.** Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos em análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisa, métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010. p. 139-159.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o matriciamento na atenção básica. **Psicolciencprof**, v. 28, n. 3, p. 632-645, set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental e Atenção básica, o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.nº01/03. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília-DF. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza-SUS: Equipe de referência e matriciamento. Brasília(DF). 2004 [Acesso em 2015 jun 01]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAVALCANTE, C. M. *et al.* Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 102-108, abr./jun. 2011.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 1, p. 63-74, jan./mar. 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. A mostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1): 17-27, jan. 2008.

KANTORSKI, L.P. *et al.* A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p.594-601, dez. 2009.

LUCCHESE, R. *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, set. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PINTO, A. G. A. *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

SOUSA, F. S. P. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1579-1599, 2011.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral-CE: o relato de experiência. **Sanare**, Sobral, v. 6, n. 2, p. 34-42, 2007.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

CAPÍTULO 26

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Fernanda Paulina de Souza Alvarado Lima
Marcos Paulo Fonseca Corvino

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 35 milhões de pessoas morrem em todo o mundo, a cada ano, vítimas das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), gerando um elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (OMS, 2005).

No Brasil, como nos outros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho respiratório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (SCHMIDT *et al.*, 2011) e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.

Os principais fatores de risco para as DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA, 2011).

O consumo adequado de frutas, legumes e verduras reduz o risco de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e câncer colorretal. Estima-se que o excesso de peso e a obesidade causem 2,8 milhões de mortes a cada ano. (WHO, 2009). Os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento do peso (BAZZANO; SERDULA; LIU, 2003). O índice de massa corporal elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer (de mama, colorretal, de endométrio, rim esôfago, pâncreas) (RIBOLI; NORAT, 2003).

A epidemia de DCNT tem afetado, sobretudo, pessoas de baixa renda, mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso aos serviços de saúde. Além disto, a presença destas doenças cria um círculo vicioso, levando estas pessoas a um maior estado de pobreza (MALTA, 2011). No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal e a quebra de patentes através de medicamentos “genéricos”, o custo *per capita* de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos valores agregados.

O Programa Saúde da Família (PSF) emerge no cenário nacional, em meados da década de 1990, e, desde então, vem sendo assumido pelo Ministério da Saúde (MS) como a principal estratégia de organização não só da atenção básica à saúde no país como de todo o sistema sanitário. O PSF está

presente em 5.468 dos municípios brasileiros, cobrindo 63,4% (123.005.036) da população (BRASIL, 2015).

A difusão de equipes de saúde da família por todo o país resulta de experiências municipais exitosas, como no caso do Programa Médico de Família de Niterói (PMF), iniciado em 1992 (SENNA, 2002), e da forte indução pelo MS, seja por incentivos financeiros ou por intensa emulação e divulgação de normas, objetivos e resultados.

As recomendações que buscam a prevenção de determinadas doenças se baseiam em padrões alimentares semelhantes àqueles utilizados tradicionalmente em muitas regiões do mundo que possuem uma cultura alimentar consolidada e onde as pessoas não convivem com situações de insegurança alimentar e nutricional. Essas dietas são compostas de fibras alimentares, gorduras insaturadas, vitaminas, minerais e outros componentes bioativos que lhes atribuem uma característica funcional. As dietas referidas incluem baixos teores de gorduras saturadas, açúcares e sal, um padrão alimentar que deveria ser seguido desde a infância, a partir dos seis meses de vida (até esta fase só com o leite materno) até a fase adulta e a velhice (BRASIL, 2006a).

As dificuldades para se motivar os indivíduos a alterarem o seu consumo alimentar têm sido muito estudadas, devendo-se considerar a gama de fatores envolvidos neste comportamento. Uma das maiores barreiras para a prática de mudanças na dieta é a crença de que não há necessidade de alteração dos hábitos alimentares, decorrente, na maioria das vezes, de uma interpretação errada do próprio consumo, boa parte incentivada pela indústria alimentícia e pela mídia. Há uma tendência dos indivíduos, especialmente entre aqueles com dietas inadequadas,

serem muito otimistas quanto aos aspectos saudáveis de sua alimentação (BRUG *et al.*, 1996). Estudo realizado com 14.331 indivíduos a partir de 15 anos de idade, da União Europeia, mostrou que mais de 70% destes afirmaram não ser necessário alterar seu consumo alimentar, tendo em vista que julgavam sua alimentação como suficientemente saudável (KEARNEY *et al.*, 1997).

Contudo, restam dúvidas quanto aos reais meios que a população dispõe para avaliar sua própria dieta e se as supostas alterações dietéticas realizadas para a adoção de hábitos saudáveis correspondem às recomendações dos guias alimentares. Tal fato é sustentado também pelo aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis associadas à alimentação, quadro característico da transição nutricional que ocorre em quase todo o mundo (POPKIN, 2001), excetuando-se locais de miséria e fome.

Contrastes importantes, no que se refere ao acesso aos alimentos, por parte das populações têm sido observados, nas últimas décadas, fato que coloca a alimentação na pauta do debate público. Enquanto algumas populações experimentam novos produtos, sabores, excessos, prazeres, outras sentem, diariamente, o amargo gosto da fome, a dor do esquecimento e da humilhação. A falta de alimentos para muitos povos é a principal expressão da desigualdade social e tem sido conceituada como uma condição de insegurança alimentar (MENEZES, 1999).

Ao mesmo tempo em que declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos em um ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira. A projeção dos resultados de estudos efetuados nas últimas três décadas é indicativa de um comportamento cla-

ramente epidêmico do problema. Estabelece-se, dessa forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional no país (BATISTA, 2003).

Esses dados representam um desafio para os profissionais de saúde em relação à busca de intervenções de sucesso as quais sejam capazes de mobilizar os indivíduos para a adoção de práticas alimentares saudáveis. Um dos determinantes para que os indivíduos levem em consideração os comportamentos relacionados à saúde é a percepção e a convicção do indivíduo de que a ação recomendada reduziria a ameaça à sua saúde (ASSIS; NAHAS, 1999). Pode-se inferir, portanto, que reconhecer a necessidade de alteração dos hábitos alimentares é um requisito fundamental para iniciar-se uma mudança dietética.

Dessa forma neste texto, procura-se identificar a aceitabilidade de novos alimentos por parte dos usuários do PSF, reconhecendo que a mudança de hábitos alimentares é um fator determinante na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

METODOLOGIA

Para se entender como os usuários da Estratégia Saúde da Família em Niterói percebiam a importância, ou não, de uma alimentação saudável, realizou-se um estudo qualitativo no qual foi utilizada a técnica de grupo focal para a coleta de dados. Elegeu-se uma Unidade de Saúde da Família, em cada um de dois municípios da Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, Niterói e São Gonçalo, vizinhos, mas com diferentes perfis sociodemográficos, o primeiro, com maior renda

individual e familiar, nível de escolaridade, infraestrutura de serviços públicos, até por ter sido capital do estado (PNUD/IPEA/FUND. JOÃO PINHEIRO/IBGE, 2003; CPS/IBRE/FGV, 2003).

O Grupo Focal (GF) tem sido utilizado em pesquisas qualitativas com o objetivo de coletar dados através da interação grupal. Segundo Charlesworth e Rodwell (1997), o GF é, especialmente, utilizado em delineamento de pesquisas que consideram a visão dos participantes em relação a uma experiência ou a um evento em que se busca obter a compreensão de seus participantes em relação a algum tema, através de suas próprias palavras e comportamentos.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1996).

SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES E QUESTÕES NORTEADORAS

Como se trata de duas comunidades atendidas pelo Programa Saúde da Família, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) se encarregaram de fazer o convite aos usuários, com uma semana de antecedência, os quais foram devidamente esclarecidos sobre o tema e os objetivos da pesquisa.

Os dois grupos eram heterogêneos em suas composições, com predominância de mulheres em idade produtiva, algumas só “donas de casa”, mas também havia jovens e idosos.

Participaram do grupo focal realizado no município de Niterói (GF1), 9 pessoas, e no grupo de São Gonçalo (GF2), 11 pessoas, como recomendado por Krueger (apud CARLINI-COTRIM, 1996).

Em ambos os grupos, os debates ocorreram nas salas de reuniões das Unidades, sendo um local de fácil acesso para todos, confortável, claro, sem ruídos e afastado da interferência de terceiros.

Primeiramente, para estruturar o GF foi importante a definição prévia de que a mediadora seria a própria pesquisadora, de como seriam feitas as gravações e que as falas seriam livres a fim de gerar discussão, porém, seguindo um roteiro básico de questões, conforme abaixo:

- O que vocês entendem por saúde, em estar saudável e o que fazem para se manter saudáveis?
- Alimentação saudável custa caro?
- Se hoje vocês pudessem escolher entre mudança de hábitos alimentares ou tomar medicamento, o que vocês fariam?
- Se o médico passar um alimento que você não está acostumado a comer, contanto que não extrapole o seu orçamento, o que fariam?

Tomou-se o cuidado de preparar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que as falas pudessem ser gravadas, uma vez que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade.

A fim de que fosse criado um ambiente de cordialidade, antes do início da sessão, foi preparada uma mesa com alimentos funcionais para serem degustados pelos participantes e ainda foi feita uma rodada de apresentação de maneira informal.

Assim que todos estavam acomodados, a mediadora realizou uma breve introdução na qual apresentou a equipe presente, esclareceu os objetivos do estudo e do grupo focal e, ainda, consultou os participantes sobre a gravação das discussões, lembrando que as fitas não seriam divulgadas e serviriam apenas para facilitar a análise das informações com o conhecimento e a autorização dos participantes. Neste momento, foi lido o TCLE e todos os participantes assinaram. Concluída esta etapa introdutória, a mediadora colocou em pauta a primeira questão escolhida para dar início às discussões.

Esgotadas todas as questões e diretivas previstas, a mediadora pediu aos participantes que fizessem breves comentários sobre o que acharam da dinâmica e mencionassem possíveis pontos que não foram abordados, mas que julgavam importantes. Ultrapassada esta etapa, a discussão foi encerrada, agradecendo a participação de todos, enfatizando a importância de cada opinião.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o material transcrito, iniciou-se a análise dos dados. Foi realizada a análise de conteúdo segundo Bardin (1977) que, para esta autora, é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não)

que permitam a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção (variáveis inferidas destas mensagens).

Tomando como base a comunicação interpessoal e relacionando-a com a análise das falas do grupo focal, suscitou-se a questão de como se cotejariam os referenciais, consideradas as observações participantes, antes e após as intervenções nos grupos. Embora a palavra tenha sido o instrumento-chave para a coleta de dados e as informações que seriam produzidas, atentou-se para o fato de se poder ter, no processo de comunicação, elevado grau de expressões não-verbais ou indizíveis, nos “atos de fala”, segundo outras concepções (OESTREICH, 1999; HABERMAS, 1987).

Incluiu-se no estudo 20 participantes. Comparou-se os resultados obtidos quanto às respostas apresentadas pelos distintos grupos e analisou-se as opiniões sobre as facilidades e dificuldades para seguir as possíveis orientações do profissional de saúde.

Alguns conceitos foram discutidos durante os encontros, como o que pensavam ser alimentação saudável, funcional, procurando-se criar consenso segundo referenciais de documentos técnico-normativos e da literatura aqui citados.

Com isso, no processo de análise das falas do grupo focal organizou-se 4 categorias, em uma sequência lógica coincidente com as questões abordadas, considerando as contribuições de cada participante, da forma que se segue:

“EU NÃO SOU SAUDÁVEL”

Quando foram perguntados sobre o que entendem por estar saudável, o que foi mais citado pelos participantes foi o consumo de frutas e verduras, além de praticar atividade física.

Saladinha, franguinho grelhado. Final de semana, comer um peixinho, praticar esporte, porque eu parei um pouco [alisa a barriga com as mãos]. Mas é bom! Caminhada, bicicleta... (Participante 1).

Nessa questão, fica claro que eles têm um padrão do que pensam ser correto, padrão este passado, muitas vezes, pela mídia e, até mesmo, através das consultas com os profissionais de saúde. Todavia, a prática destas ações que levariam a uma melhor qualidade de vida pode estar cada vez mais distante. Um dos relatos que despertou a atenção foi dado pela Participante 2:

[...] alimentação saudável? Nenhuma! Aí surgiu a oportunidade de fazer a cirurgia do estômago. Como minha vida mudou depois da cirurgia! Tanto, que, quando operei e cheguei em casa a primeira coisa que fiz foi cheirar o pão. Cheirei tanto o pão, e chorava, chorava... porque eu tinha mania de abrir o pão e encher de caroço de feijão. [...] e agora eu 'tô vendo como é importante você ter uma alimentação saudável'. (P. 2).

Em ambos os grupos se evidenciaram as diferentes concepções de saúde, para além da mera ausência de doença, a ideia de co-responsabilização, sem culpabilizar o cidadão desprovido de condições materiais, concretas, de se manter “saudável”.

“ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL CUSTA CARO”

Em relação à alimentação saudável ter um alto custo, todos, sem exceção, responderam afirmativamente:

Por exemplo, a senhora vai comprar essa caixa de suco de soja... muitas e muitas vezes a gente quer comprar duas, mas só pode comprar uma, porque o dinheiro não dá. (P 4).

Embora o status socioeconômico não seja sistematicamente um preditor independente de adesão ao tratamento de um agravo pode, em populações de nível socioeconômico baixo, colocar os pacientes em posição de ter de escolher entre prioridades.

Alguns participantes chamaram a atenção para o fato de a família ser grande, o que seria um impedimento maior ainda:

[...] você ter esses alimentos todos os dias se torna um custo muito grande, entendeu? Eu gasto em média 50, 60 reais por semana, e isso só pra mim e minha neném, e somos só nós duas. Agora imagina uma alimentação saudável pra uma família com 5, 6 pessoas... fica puxado! (P 5).

É interessante notar que o governo tem elencado prioridades nesse setor, como é o caso do *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*, em implantação, e ainda muito no campo da previsão. Uma das estratégias é, justamente, a redução dos preços dos alimentos saudáveis, através de proposição e fomento à adoção de me-

didadas fiscais tais como redução de impostos, taxas e subsídios, objetivando reduzir os preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo (BRASIL, 2011).

Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento destas doenças, com destaque para a alimentação saudável, através do incentivo ao aleitamento materno ao lado do Guia de Alimentação Saudável (BRASIL, 2014), da rotulagem dos alimentos e dos acordos com as indústrias para a eliminação das gorduras *trans* e, recentemente, para a redução de sal nos alimentos.

Deve-se considerar, além da questão de uma “cesta básica” alimentar, os gastos diretos e indiretos com impostos, como luz, gás, água, entre outros, e deslocamentos, roupas, gêneros de primeira necessidade.

“PREFIRO MUDAR MEUS HÁBITOS ALIMENTARES”

Questionados sobre a relação com os medicamentos, participantes de ambos os grupos, de Niterói e São Gonçalo, responderam que preferiam mudar os hábitos alimentares a tomar medicamento. Apenas uma relatou uma realidade diferente dos demais:

[...] eu estava pesando 135 Kg, aí me passaram uma dieta junto com remédio e eu emagreci bem, e quando parei eu engordei tudo de novo. Agora eu fui na Nutricionista e ela me passou uma dieta e emagreci 37 kg de novo. E agora foi melhor por-

que não tomei remédio nenhum, só fechei a boca. (P 6).

[...] eu prefiro mudar meus hábitos alimentares, eu detesto tomar remédio, eu não gosto de nada que me cause dependência. [...] (P5).

O conceito de adesão e não-adesão à terapêutica remonta a Hipócrates, na Grécia Antiga, onde os pacientes eram vigiados por, frequentemente, mentirem sobre o regime terapêutico prescrito, havendo relatos sobre doentes que não seguiam as orientações sobre dieta, estilo de vida e tratamento medicamentoso (RAMALHINHO, 1994). No depoimento de uma participante, nós podemos perceber que ela foi contrária à opinião dos demais participantes, mostrando que a realidade é outra; no entanto, deu importância para a alimentação saudável:

Eu acho que nós brasileiros, seres humanos, a gente prefere o método mais rápido... Ah, se tem o remédio de graça, então eu vou tomar o remédio, mas se nós formos pensar no nosso dia a dia, no nosso amanhã, uma alimentação mais saudável é muito melhor [...] (P7).

“SE EU NÃO GOSTAR, NÃO COMO”

Considerada a questão proposta para responder a um dos objetivos do estudo, quando questionados se o profissional de saúde indicasse um alimento novo que não fizesse parte da sua mesa, mas que estivesse dentro do orçamento, as respostas mostraram que o sabor é imperativo ainda nas escolhas preferenciais:

Eu tentaria experimentar e ver se eu ia gostar e ver se eu podia comprar aquilo sempre, mas se eu não gostasse ia ficar um pouco difícil, né? (P8).

Um depoimento que merece destaque e fez retomar a questão anterior foi dado por uma participante que afirmou preferir mudar os hábitos ao invés de tomar medicamentos enquanto aqui ela se mostra a favor de remédio caso o novo alimento não seja palatável:

[...] se não gostar do sabor é fogo... quando é um comprimidinho, tomou, 'cabou', agora você ter que mastigar o alimento, sentir o gosto, aí tem uns que não dá pra descer. (P9).

Uma questão que mostra a importância de os profissionais conhecerem sobre os alimentos está descrita na fala de uma das participantes:

Eu acho que nós não estamos preparados pra saber quais são os alimentos que vai fazer bem à saúde... ter isso em casa, oh, é esse, é esse, é esse que você pode comer. [...] Nós temos que aprender a nos alimentar. (P10).

Pode-se dizer que nunca os benefícios dos alimentos e componentes alimentares para a saúde mereceram tanta ênfase. A diretriz de que os alimentos podem oferecer à saúde benefícios que vão além de seu valor nutricional tradicional deveria ser bastante conhecida entre os cientistas e profissionais de saúde (BIDLAK; WANG, 1999).

Dos 20 participantes do grupo focal, 7 responderam que comeriam mesmo que não gostassem, 9 responderam que o gosto poderia ser um impedimento e os outros 4 não quiseram responder. Este foi um trato feito com os participantes e seu correspondente comportamento de ter a franqueza, a liberdade de se omitir, evitando mentir ou seguir a opinião de outro participante.

Um dado relevante para avaliar essa questão, vem do Portal da Saúde que diz que aumentar o acesso à informação é uma importante medida para melhorar os hábitos alimentares do brasileiro. O VIGITEL 2014 revelou que os costumes dos brasileiros à mesa estão diretamente relacionados com sua escolaridade: quanto mais anos de estudo, mais saudável tende a ser a alimentação (BRASIL, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, o Grupo Focal mostrou ser uma técnica eficaz para a coleta de dados em pesquisas qualitativas. Proporcionou riqueza e variedade de dados pela troca de experiências, pela reflexão e pelo *insight* promovidos pela dinâmica e sinergia dos dois grupos. Não existem “receitas prontas” quando se trata de conduzir um grupo. No entanto, é fundamental que o moderador tenha experiência e preparo teórico suficientes para permitir que o grupo se desenvolva, cresça e reflita, sem perder a perspectiva do foco pesquisado. Além disto, é de extrema importância a realização de um planejamento bem elaborado e adequado à necessidade, o que facilita a tarefa de moderação do grupo, em parte representado no roteiro das perguntas. A utilização deste método possibilitou, também, à pesquisadora,

um maior aprendizado na observação participante e no entendimento da dinâmica de grupos.

Quanto ao objeto deste estudo, foi esclarecido que o sabor ainda é o fator determinante na escolha dos alimentos e que, para ser introduzido algo “novo” na dieta, este simplesmente não passaria pelo crivo dos participantes caso não fosse palatável.

Mostrou-se que a aceitabilidade de um novo alimento está diretamente ligada ao sabor que este alimento possui.

Foi possível perceber uma vontade de mudança, desde que esta seja acompanhada pelos profissionais da equipe de saúde.

Faz-se necessário mais estudos que explorem a aceitabilidade dos alimentos funcionais, tratados aqui nesse estudo como “novos alimentos”, para conhecermos de fato a adesão dos usuários a um novo hábito de vida saudável.

Apesar do elevado grau de conhecimento ou consciência do valor de uma alimentação saudável, reconheceu-se alguns fatores limitantes clássicos para esta prática, como em qualquer mudança de hábito, e a estreita relação com uma melhor qualidade de vida, ainda que parcialmente, posta a imperiosa necessidade de atendimento em outros setores, como educação, segurança, transporte.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. A. A.; NAHAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev Nutr**, v. 12, n. 1, p. 33-41, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a03.pdf>>.

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

BAZZANO, L. A.; SERDULA, M. K.; LIU, S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. **Current Atherosclerosis Report.**, v. 5, n. 6, p. 492-499, 2003.

BIDLACK, W. R.; WANG, W. Designing functional foods. In: SHILS, M. E. *et al.* (Ed.). **Modern Nutrition in Health and Disease**.?????, 1999.

BRASIL. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família 2015**. Brasília: DAB/Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022**. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf>.

BRASIL. **Construção do Sistema e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: a experiência brasileira**. Brasília: CONSEA, 2009. Disponível em: <https://www.fao.org.br/download/Seguranca_Alimentar_Portugues.pdf>.

BRASIL. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015**. Brasília: CAISAN, 2011. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/Plano_Caisan.pdf>.

BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>>.

BRASIL. VIGITEL Brasil 2014 **Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf>.

BRUG, J. *et al.* The impact of a computer: tailored nutrition intervention. **Prev Med**, n. 25, p. 236-242, 1996.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa: grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias. **Rev Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n3/5075.pdf>>.

CHARLESWORTH, L. W.; RODWELL, M. K. Focus group with children: a resource for sexual abuse prevention program evaluation. **Child Abuse & Neglect**, n. 21, p. 1205-1216, 1997.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987. Tomo I: Racionalidad de la acción y racionalización social; Tomo II: Crítica de la razón funcionalista.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>>.

KEARNEY, M. *et al.* Perceived need to alter eating habits among representative samples of adults from all member states of the European Union. **Eur J Clin Nutr**, v. 51(Suppl. 2), p. S30-S35, 1997.

LIMA, F. P. S. A. **Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde em relação aos alimentos funcionais**. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

MALTA, D. C. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MENEZES, F. O conceito de segurança alimentar. In: ACTIONAID BRASIL. **As faces da pobreza no Brasil**: programa de trabalho. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 1999. p. 59-112.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

MORGAN, D. L. Focus groups. **Annual Review of Sociology**. 22, pp.129-152, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

OESTREICH, H. Let's dump the 55%, 38%, 7% rule. **Transitions, National Transit Institute**, v. 7, n. 2, p. 11-14, 1999. Disponível em: <http://www.bdrp.nl/documenten/mehrabian_oestreich.pdf>.

PNUD/IPEA/FUND. JOÃO PINHEIRO/IBGE. **Novo Atlas do Desenvolvimento Humano, 2002**. Disponível em:<www.pnud.org.br>. Acesso em: set. 2009.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **J Nutr**, v. 131, n. 3, p. 871S-873S, 2001.

RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva**: contributo para o seu estudo. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

RIBOLI, E.; NORAT, T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 78 (Suppl. 3), p. S559-569, 2003.

ROCHA, S.; ALBUQUERQUE, R. C. **Geografia da pobreza extrema e vulnerabilidade à fome**. 2003 Paper apresentado no Seminário Especial Fome e Pobreza. Rio de Janeiro: INAE. Disponível em <<http://www.inae.org.br>>.

SENNÁ, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, 18 Suppl., p. 203-211, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13806.pdf>>.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam**, v. 120, n. 6, 1996. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v120n6p472.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: WHO, 2009.

CAPÍTULO 27

**GESTÃO DA AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO
DE PROGRAMAS E POLÍTICAS DA SAÚDE: UM
DESAFIO COMPARTILHADO****Silvia Helena Bastos de Paula****Maria Salete Bessa Jorge****INTRODUÇÃO**

Este capítulo discute a gestão das avaliações de políticas públicas de saúde com ênfase nos processos de avaliação de implementação, com a intenção de analisar métodos de gestão de avaliações de políticas públicas de saúde, como meio para se alcançar uma concepção mínima de Ética e Direitos Humanos e Constitucionais referentes à Saúde.

A pessoa sadia pode ser produtiva para a sociedade à qual pertence e seu “fazer” é útil, em certa medida, aos demais. Segundo Sigerist, o ser humano é ente social na essência e, mesmo o indivíduo mais desvalido, que não tem parentes nem amigos, “é um membro de um grupo, um membro da sociedade, dotado de deveres perante ela, e de direitos” (2011, p. 73).

Sociedades podem rejeitar seus doentes ou assumi-los e organizar mecanismos de regulação para controlar doenças,

evitar incapacidades e reduzir danos. As formas de organizar o cuidado com a saúde e a doença podem estar destinadas ao plano individual ou coletivo, caracterizadas por estratégias e ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação, oferecidas de modo episódico, regular ou em redes de cuidados. Esta atenção pode ser oferecida por meio de serviços públicos, privados e organizações solidárias da sociedade. Cada opção tem sua repercussão no grau de saúde e na capacidade de produzir riqueza e bem-estar social em cada sociedade.

Os serviços públicos de saúde em geral estão ligados a um modelo de organização do Estado e a determinada política social. De acordo com Bobbio (2002), política se refere à cidade, ao cidadão e é atividade humana ligada à obtenção e manutenção de recursos necessários para o exercício do poder. Lemieux, na década de 1990, se referiu às políticas públicas como tentativas de regular situações que se apresentam como problemas públicos e que afloram no interior de uma sociedade ou entre sociedades (VIANA, 1997).

As políticas de saúde nem sempre provocam as mudanças desejáveis ou atendem às expectativas e necessidades da população. Em um contexto de marcantes desigualdades sociais e escassez de recursos públicos para o financiamento do setor saúde, é indispensável a avaliação e um critério ético para estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população. Dentre os principais desafios para a implementação das políticas de saúde, destaca-se a expectativa de concretização da esperança projectual (MALDONADO, 1971) do acesso à saúde como direito constitucional e um dos princípios doutrinários do SUS no Brasil, por meio de maior equidade no financiamento e da garantia da oferta de

serviços de qualidade com cobertura e acesso a toda população nas diferentes camadas sociais.

Tendo em vista os investimentos feitos para a expansão e consolidação de programas e de estratégias– caso do Programa Saúde da Família, de ações de controle de tuberculose, hanseníase, DST-HIV/Aids e hepatites, nas epidemias de dengue, zika e chikungunha, entre outras–, é obrigatória a realização de pesquisas que avaliem em que medida elas estão associadas a mudanças na situação de saúde da população, da mesma forma que é necessário investir em estudos que contribuam para a melhoria da implementação de programas e políticas de saúde.

Baptista (2007) afirma que entre os estudiosos de políticas públicas há consenso quanto ao fato de que o processo de implementação constitui um elemento chave da política (MÉMY; THOENIG, 1992) e de que os governos têm sido muito melhores para fazer legislação do que para efetuar as mudanças desejadas, havendo “brechas de implementação” que merecem ser investigadas (HOGWOOD; GUNN, 1984). Estas “brechas de implementação” foram percebidas claramente ao longo de uma experiência de mais de 25 anos, desde o final da década de 1990, quando se experimentou vários processos de planejamento e avaliação de programas e formulações de políticas. Os focos destas experiências estiveram sempre voltados para Saúde da Mulher, Atenção Primária de Saúde/Atenção Básica, Saúde Reprodutiva, DST-HIV/Aids, HIV e Tuberculose.

Em todas essas oportunidades e experiências sempre surgiam desafios, no momento de se difundir os resultados e de compartilhá-los com os interessados bem como com aqueles não tão interessados assim em fazer diferença na implementação e, com isto, foi se tornando claro que a “Avaliação” em si

deve ter previsão no seu planejamento para a gestão do processo de melhoria na implementação e utilização/incorporação de seus resultados.

AValiação DE IMPLEMENTAÇÃO

A avaliação, em geral, envolve uma pergunta acerca do funcionamento de uma intervenção seja política, de programa ou de estratégia. Porém, nem sempre os estudos conseguem produzir as respostas desejadas e muitos são desprezados e subutilizados, representando perdas para a sociedade e para os beneficiários de determinada política. Garcia apresenta sua concepção a respeito de avaliações da ação de governo:

Evidencia-se, então, ser de fundamental importância dispor de clara e precisa visão da finalidade, do valor que se busca alcançar com uma determinada ação ou realização, para que se possa instituir critérios aceitáveis com os quais estas serão avaliadas. Mas ainda, é igualmente fundamental ter clareza do objetivo da avaliação, que aspectos do valor, da ação, da realização estarão sendo aferidos, pois as decisões que as validam ou as corrigem podem se dar em espaços distintos (legal, técnico, administrativo, político, etc.), e requerer informações e abordagens também distintas (2001, p.2).

Compreende-se, também, a avaliação, a partir do sentido mais convencional, como processo político e técnico composto

pelos etapas de produção de informações quanto à realidade investigada, pela comparação entre a realidade encontrada e padrões e parâmetros predefinidos ou desejáveis, e pela emissão de juízo de valor que permitam apoiar a tomada de decisão, mas discutindo a gestão da avaliação de implementação em um processo ampliado de discussão compartilhada com o emprego de abordagens qualitativas de pesquisa (CONTANDRIO-POULOS *et al.*, 1997; GUBA; LINCOLN, 1989).

Viana e Batista(2012) tratam dos cinco estádios de uma política (Quadro 1) e os apresentam de modo sugestivo no qual situa a sua implementação, destacando que, em cada uma das fases, existem processos distintos e redes próprias de agentes e diversas influências do contexto político em meio a um processo constante de tratativas. Destacam que um problema, para se tornar prioritário, necessita mobilizar grupos de interesse para gerar poder de pressão e oportunidade de ocupar a agenda social e de governo, podendo alçar à condição de nova política.

Quadro 1 – Cinco estádios do ciclo da política com sua aplicação do modelo de solução de problema.

Fases da aplicação do modelo de solução do problema	Fases do ciclo da política
Reconhecimento de um problema	Entrada na agenda
Propostas de soluções	Formulação da política específica
Escolha de solução	Tomada de decisão
Pôr uma solução em andamento	Implementação da política
Monitoramento dos resultados	Avaliação da política

Fonte: Howlewt e Ramesh, 1995

No Quadro 1, o ciclo da política sugere que a avaliação seja empreendida logo depois de sua implementação, porém, é preciso compreender e discernir os tipos de estudo de avaliação: a pesquisa avaliativa e a avaliação em si. No caso de avaliação após implementação, como na última fase do ciclo de políticas, seria a utilização da “pesquisa avaliativa”, em geral desenvolvida por instituições acadêmicas, por seu caráter de produção de conhecimento científico reconhecido pela comunidade às quais estão vinculadas. O enfoque prioritário diz respeito à identificação de repercussão, de relações de causalidade ou aos nexos entre uma ação e determinadas alterações observadas na realidade. Ao contrário, a avaliação para a decisão não envolve, necessariamente, a comunidade científica e apresenta como objeto primordial a intenção de que a avaliação se torne um elemento capaz de influir em processos de tomada de decisão. A avaliação para gestão produz informações ao longo do processo e não apenas no fim da intervenção e tem o intuito de contribuir para o aprimoramento do objeto avaliado e para melhoria de uma condição dada e envolve dimensões de estrutura, processos e repercussão, observando os critérios e padrões pré-definidos.

A respeito de realizar a avaliação durante o ciclo da política, CoheneFranco (2004) apresentam os passos que sugerem interação nas diversas etapas da implementação, que compreendem: a ideia, o diagnóstico, o projeto, a avaliação *ex ante*, a correção, a implementação-avaliação de processo, a correção, a conclusão do projeto e as avaliações *ex post* e de impacto.

A avaliação apontada no ciclo da política como fase específica tem sido utilizada nos modelos que adotam esta perspectiva como um instrumento voltado para subsidiar a tomada de decisões nos mais variados momentos que ocorrem nas di-

versas fases do ciclo. Desta forma, não se restringe à avaliação de resultados da política nem à etapa final do processo. Isto é relevante realçar e compreender algumas características de avaliações que definem sua classificação e implicam distintas abordagens avaliativas, com diferentes instrumentos, recursos e tempos de operação. Antes de classificar os tipos de avaliação, porém, convém estabelecer diferenças entre a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa.

Considera-se que a avaliação pode ser resultado direto da aplicação de critérios e normas bem definidos ou ser elaborada com base em procedimento científico, caracterizando-se como uma pesquisa. Neste último caso, para Contandriopoulos *et al.* (1997), são analisados, também, a pertinência, os fundamentos teóricos e as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que ela se situa. Neste sentido, Aguilar e Ander-Egg (1994) definem *avaliação* como forma de pesquisa social aplicada: sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e propiciar resultados, de maneira válida e confiável.

Por *implantação* se entende a medida pela qual determinada intervenção (política, programa, serviços ou ações) é realizada concretamente em dado contexto e os efeitos que produz. Para análise de implantação/implementação das intervenções, conforme a classificação proposta por Contandriopoulos (2006), exige-se que se estabeleça um julgamento de adequação e integridade do funcionamento de um programa obtido pelos indicadores de cobertura, da qualidade das estruturas e dos processos envolvidos.

A análise de implantação, de acordo com Champagne, Brousselle e Hartz (2011), se apresenta sob quatro tipos: avaliação com foco na transformação da intervenção; variações de in-

tegralidade da intervenção de caráter explicativo ou de impacto; e variações contextuais com foco na coprodução dos efeitos.

As investigações a respeito da implementação de políticas, segundo Peters (2012), são um tipo de estudo científico utilizado para avaliar iniciativas e fatores contextuais que afetam estes processos. Elas podem investigar a influência de fatores contextuais como pobreza, isolamento social e crenças tradicionais e, também, os processos de implementação em si mesmos, por exemplo, a distribuição gratuita de preservativos ou campanhas de vacinas em massa comparadas com o isolamento e a quarentena. Os estudos de implementação podem dirigir seu foco para a identificação de variáveis ou para barreiras e ameaças ao sucesso do programa ou política e dar-lhes rumo para as “estratégias de implementação”, com base nas variáveis de aceitabilidade, viabilidade, sustentabilidade, entre outras. Sua característica é a concomitância com sua execução, sendo útil para correções de rumos por meio de estreita relação entre financiadores, políticos, implementadores e usuários. Dirigem sua atenção ao escopo das atividades, população beneficiária, atividade-meio para execução do programa e superação de barreiras de implementação e, ainda, se é preservada a integridade teórica da intervenção. A integridade teórica se refere à análise dos procedimentos operacionais e sua coerência interna com os princípios estabelecidos pela política e pelo sistema no qual está inserido.

Investigar para melhorar a implementação implica compreender os aspectos de natureza técnica, ética de estrutura ou política relacionada com o êxito ou a aceitação, para analisar os “porquês” e o “como”, se as recomendações estão sendo adaptadas para a realidade local ou, ainda, como as inadequações de

normas geram resistências de pessoas ou de organizações, comprometendo o grau de efetividade de uma intervenção/estratégia ou programa que, no fim, são o braço operativo da política.

CONTEXTO NA AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO

No campo da saúde, os modelos são estruturados a partir de intervenções de profissionais de saúde e assemelhados, sob condições econômicas e políticas da sociedade e da ideologia de uma sociedade, em determinado tempo e lugar. Estes modelos são aceitos e adotados pela comunidade científica consoante a área do conhecimento ou prática, mas, com o tempo, apresentam mudanças em razão dos problemas da vida humana em sociedade. Assim, é também com os modelos de formação e de atenção em saúde que podem assumir diferentes referências teóricas, ideológicas e formas de organização e de formação profissional (BASTOS DE PAULA, 2015).

Os estudos de implementação de políticas ainda são pouco reconhecidos com respeito à sua potência e ao que oferecem em termos da melhor maneira de executar estratégias e programas de saúde e de elementos para compreender como uma proposta teórica e política funciona no mundo das “coisas reais”, entre aqueles que oferecem e os que se beneficiam (PETERS; TRAN; ADAM, 2013). Neste tipo de estudo, os investigadores devem “interatuar” com gestores de programas e os executores das atividades e demais interessados e usuários.

O processo de implementação de políticas de saúde tem implicações importantes na institucionalidade dos sistemas de saúde, reproduzindo operação ou modificando as regras que norteiam o sistema. A definição da função da produção aca-

dêmica e sua articulação com as políticas permitem caminhos para dar legitimidade e consolidar os processos institucionais dos sistemas de saúde (PABLO-BÁSCOLO, 2010).

Desde a década de 1970, houve iniciativas para se instituir a avaliação na saúde em diversos países, com o propósito de melhorar o desempenho do sistema de saúde e aumentar o grau de responsabilidade dos gestores, garantindo transparência na utilização de recursos, tendo em vista sua potência para promover o diálogo entre pesquisa, processo decisório e serviços de saúde.

Uma outra abordagem nas avaliações é a de qualidade nos serviços de saúde, criada por Donabedian (1980) que dá ênfase a estrutura, processo e resultados e que se diferencia da anterior pela ênfase que é colocada na posição dos avaliadores. Rojas (2004) discrimina dois tipos de avaliação tendo como critério a posição do avaliador: a “avaliação interna” (também denominada autoavaliação) e a “avaliação externa” (ou independente). A primeira seria executada pelos envolvidos e responsáveis pelos programas, enquanto a segunda seria realizada por um profissional ou grupo de profissionais externos ao programa que se encarrega(m) do delineamento e desenvolvimento do processo de avaliação.

Em contexto distinto, a posição dos avaliadores é focada propondo-se o envolvimento de todos os membros da equipe de saúde no processo avaliativo. Introduzida nos anos 1980, esta proposta se originou no ciclo de Walter Shewhart (AZEVEDO; KORYCAN, 1999) que estabelece as etapas do Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) que pode ser traduzido por planejar, experimentar/testar, avaliar e implementar com o propósito de promover a qualidade do serviço.

A instituição da avaliação é um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde, na atualidade. Segundo Hartz (2002):

institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas.

A avaliação, nesse sentido, pode contribuir decisivamente com o propósito de qualificar a atenção à saúde, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos coerentes com os princípios filosóficos e organizativos do SUS (FELISBERTO, 2004).

Com a Reforma Sanitária, o Brasil adotou o Sistema Único de Saúde (1990), que tem como princípios éticos e humanísticos a universalidade, a integralidade e a equidade para todos. Para garantir saúde com o direito de todos e dever do Estado, previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o Sistema deve oferecer serviços com acesso universal, cuidados com integralidade programática, organizacional e interdisciplinar. Entre os principais desafios para a implantação dos sistemas de saúde no país e na América Latina, destaca-se a perspectiva de operação do princípio da universalidade por meio de maior equidade no financiamento e da garantia da oferta de serviços de qualidade com cobertura e acesso a toda população, em seus diversos estratos sociais.

No Brasil, a avaliação em saúde emergiu, de modo sistemático, no fim dos anos 1990 e ganhou relevância na década seguinte, com o debate internacional em torno da metodologia de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (BODSTEIN *et al.*, 2006). Neste contexto, foi criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, do Departamento da Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, estruturada em torno de um conjunto de iniciativas para o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde e para a indução e gestão de estudos e pesquisas (FELISBERTO, 2006).

No contexto latino-americano, o foco das políticas de saúde tendeu a ser dirigido, na última década, para a universalidade e para modelos de atenção com base em Atenção Primária de Saúde (APS) íntegra, em razão de novos contextos políticos marcados pela chegada ao poder de partidos de esquerda. No entanto, a concretização da APS como estratégia estruturada dos sistemas de saúde nesses países se mostrou deficiente, como demonstrado por meio de estudo feito sob análise comparativa em quatro países: Brasil, Venezuela, Uruguai e Bolívia (PEREIRA *et al.*, 2012).

As limitações da APS e sua necessidade de renovação têm sido analisadas e discutidas em escala global (LABONTÉ *et al.*, 2009), sendo referenciadas em documentos internacionais oficiais (OPAS, 2005; WHO, 2008). Este movimento de renovação tem buscado resgatar os objetivos da concepção original de APS, postulada na Declaração de Alma Ata (OPAS, OMS, 1978) para, a partir deles, propor novas perspectivas visando à reorganização dos sistemas de saúde. (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2006).

No país, a importância conferida ao tema da coordenação do cuidado na APS correspondeu à expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo adotado no país para aprofundar os processos de territorialização e de responsabilidade sanitária das equipes de saúde, definindo-se esta questão como foco em recentes pesquisas de avaliação deste nível de atenção à saúde. O processo de implantação da ESF passou a ser, então, um dos principais aspectos estudados com a intenção de identificar fragilidades, potências e condições de contexto que favoreceriam ou dificultariam a sua expansão (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). Outros aspectos, como porta de entrada, coordenação, longitudinalidade e efetividade, também se tornaram tema de estudos avaliativos (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

GESTÃO DA AVALIAÇÃO

A utilização dos resultados das pesquisas nas políticas de saúde é um desafio dos sistemas de saúde. Na América Latina, as reformas dos sistemas de saúde têm implicações políticas institucionais relevantes. Grande variedade de modelos conceituais analisa esta problemática e propõe estratégias para melhorar a utilização de provas científicas nas decisões que integram a formulação e implementação das políticas de saúde.

Para Champagne, Brousselle e Hartz (2011), o processo de avaliação tem quatro funções: adaptação ao meio ambiente e mobilização dos recursos; manutenção dos valores, modelos de produção dos conhecimentos (ontológico, epistemológico, metodológico, teleológico); alcance de metas e objetos da avaliação e transferência de resultados; processo de produção e prática de avaliação. Todas estas funções permitem os arranjos

metodológicos, desde os normativos aos construtivistas, participativos, dimensões e categorias que, se investigadas, respondem ao que se perguntou sobre a implementação de uma política ou programa.

Os modelos que reconhecem os pesquisadores e tomadores de decisão como agentes (e não simplesmente como sujeitos passivos e neutros) demonstram utilidade para formular estratégias colaborativas e com influência no desenvolvimento de capacidades técnicas e políticas necessárias para garantir a efetividade e a sustentabilidade das políticas de reforma dos sistemas de saúde por meio da sensação de pertencimento e propriedade de processo avaliativo e sua utilização.

Para Schneider (2010), alguns princípios são importantes para a gestão das avaliações, quais sejam: que se destinem meios para a gestão dos resultados, com previsão de tempo, insumos e recursos administrativos e metodológicos para sua difusão e translação do conhecimento para todos os segmentos envolvidos; que o conteúdo político da avaliação esteja próximo do gestor e ou tomador de decisão; que o contexto seja considerado em seus aspectos a favor ou não, por ocasião de pactos para a realização do estudo, ainda que próximo do gestor; é necessário garantir certa autonomia para não interferir no crédito da avaliação, integrar sistemas de informações de gerência com os sistemas de pesquisa avaliativa e de avaliação; ciclo contínuo de avaliação e inserção dos achados nas sessões de tomada de decisão, como, por exemplo, em meios eletrônicos e reuniões de conselhos gestores em vários níveis; preservação ética de envolvidos no estudo; promover a capacidade de continuar a avaliação pelo processo de institucionalidade da avaliação integrada na gestão; e promover a capacidade de análise de dados por integrantes da equipe e por pesquisadores externos.

Heidemann e Salm (2010) apontam questões críticas sobre a avaliação de implementação que podem interferir no seu crédito e utilização: as informações fornecidas são pertinentes às necessidades dos tomadores de decisão? As informações respondem às indagações da avaliação? Os resultados serão úteis para a reformulação do programa ou da política? O resultado da avaliação contribui para a formulação de políticas melhores?

Algumas enfermidades que atingem ampla parcela da população ou segmentos com maior capacidade de decidir podem servir de “gatilho” para discussão acerca de novos modos de dialogar com as políticas e suas prioridades de investimento e formas de avaliação, como foi o caso da participação de segmentos afetados pela Aids. Nesse caso, manifestou-se a disposição dos agentes presentes em uma determinada situação ao dar prioridade à discussão e ao debate coletivo sobre a atribuição de valor (o que, como, onde, com que, se é necessário etc.) e para buscar concretizar uma prática de determinação múltipla ajustada na qual o poder é redistribuído e barreiras de exclusão e mecanismos de desigualdade são desmantelados (SPINK, 2006).

Profissionais de saúde, muitas vezes, têm a ideia de que pessoas comuns não possam estar envolvidas no delineamento de uma avaliação, por exemplo, na área da saúde, porque usuários, familiares ou conselheiros, agentes comunitários e até profissionais de áreas remotas ou, até mesmo, entre generalistas e especialistas, podem ser vistas como pessoas “com baixo de nível de informação ou pouca consciência”, “que não conhecem seus direitos” ou que acham que “um bom serviço de saúde é quando o médico vem”. É nestes momentos, nestes incidentes decisivos da vida diária que profissionais bem intencionados (e outros menos bem intencionados) produzem e reproduzem os

processos de exclusão, fechando portas e recusando o diálogo, ao colocar “a ciência” ou “a técnica” como juiz da ação profissional, ignorando o outro porque este não sabe o que é certo e, portanto, está sem condições de participar; e assim se cai na mesma armadilha dos tecnoburocratas de regimes de exclusão.

Patton (2002) frisa o desenvolvimento das capacidades dos utilizadores como uma dimensão de fundamento para abordar o uso de conhecimento produzido pelas pesquisas. Aponta recursos para a sua utilização, que podem ser divididos em técnicos e políticos, a contribuição da investigação sobre as capacidades técnicas dos tomadores de decisão envolvidos no processo de implementação da política que se reflete em melhorias nas habilidades de interpretação dos resultados e de sua aplicação em diferentes contextos e situações. Esta capacidade envolve o desenvolvimento do capital cultural do grupo de agentes principais do processo de implementação de políticas de saúde. Além disto, as capacidades políticas são reforçadas quando o uso da pesquisa contribui para a legitimidade das políticas de saúde e o uso de estratégias de “processo participativo” permite alargar os laços e parcerias de agentes que contribuem de forma colaborativa com os provedores de direitos na implementação de políticas.

A capacidade de transformar propostas técnicas e científicas em mudanças de políticas a serem executadas ou em curso (ou políticas de reforma) é um processo que envolve muito mais do que os agentes “vontade ou mesmo a qualidade” técnica da informação científica, recomendando tal mudança a questões ideológicas, fatores políticos e conjunturais que são decisivos para a formulação da proposta e das linhas de ação escolhidas para implementá-lo. Já a produção de conhecimento científico

avança precisamente ao se contestar anteriores “verdades científicas”, enquanto demanda realidades concretas diferentes das direções de qualquer política para a mudança ser permanentemente revista e reformulada. Alguns autores advertem que pode ser mais fácil medir a extensão das alterações produzidas nos modos de ver dos agentes estratégicos para com o uso que foi feito realmente dos resultados da investigação, que justificam as modificações. Eles também propõem que a categoria “utilização” deva ser substituída por “influência”, ou seja, a capacidade ou o poder dos agentes para produzir efeitos em determinadas áreas (ALMEIDA; BÁSCOLO, 2006).

CONCLUSÕES

Nas políticas públicas em que há definição prévia de finalidades e pacto de distintos agentes sociais, a avaliação é mais útil quando empregada para identificar opções para o processo de implementação que apontem a direção e a velocidade que seriam as mais pertinentes para se atingir estas finalidades. Para que esta proposta se concretize, será necessário que as avaliações se transformem em aproximações sucessivas deste objeto/processo complexo, levando em conta, claramente, os resultados obtidos na sua execução em campo com todas as suas peculiaridades.

É necessário notar que a produção de políticas do conhecimento e de saúde são limitadas a soluções técnicas e mudanças de organização como também conhecer os interesses e valores dos envolvidos na produção ou utilização do conhecimento para analisar o desempenho do campo acadêmico da produção e do funcionamento das instituições que definem e dão legitimidade às regras dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2006.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.

ALMEIDA, C.; BÁSCOLO, E. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, Sup: S7-S33, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22s0/02.pdf>>.

AZEVEDO, A.C.; KORYCAN, T. L. **Transformar las organizaciones de salud por la calidad**. Santiago: Parnassah, 1999.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 615-626, 2007.

BASTOS DE PAULA, S. H. **Memórias e história da Atenção Básica do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2015. (Temas em Saúde Coletiva, 17).

BOBBIO, N. Política. In: _____; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Tradução Carmen C. Varriale *et al.* 12. ed. Brasília: Editora da UNB, 2002. v. 2.

BODSTEIN, R. *et al.* Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciênc.Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p.725-731, set. 2006.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Pan-Canadian primary health indicators**, v. I. Ottawa: CIHI; 2006. (Report No. 1). Disponível em:<http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/PHC_Indicator_Report_1_Volume_1_Final_E.pdf>. Acesso em: 14 out. 2009.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z. *et al.* A análise de implantação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.p.217-238.

CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, TANON A. Utilizar a Avaliação.Em: BROUSSELLE A, CHAMPAGNE F, CONTANDRIOPOULOS AP, HARTZ Z, organizadores. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.p.2417-261.b

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p. 705-712, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. v. I, p. 77-125.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, set.2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>>.

FERNANDES, M; TAVARES, SMG; BASTOS DE PAULA SH; ROSA T E. Análise do processo de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e sua integração com os sistemas e serviços em Saúde Mental na atenção básica. Relatório de Pesquisa. São Paulo, Instituto de Saúde, 2011.

FHI. FACT- APROGE: auto-avaliação de processos gerenciais e da capacidade técnica de programas e organizações que atuam no controle, prevenção e assistência às DST e à Aids. FACT. Adaptação de Richard Steen e Silvia Bastos, APROGE de Claudinei do Santos. Brasília. FHI/ MSH, 2000.

GARCIA, R. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental**. Texto para Discussão nº 776, Brasília: IPEA, 2001.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Competing paradigms in qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Handbook of qualitative research 1994**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994. p. 105-117.

HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento**: bases epistemológicas e modelos de análise. 2. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2010.

HOGWOOD, B. W.; GUNN, L. A. **Policy analysis for the real world**. Oxford: Oxford University Press, 1984.

LABONTÉ, R. *et al.* Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 8, n. 16, p.14-29, 2009.

MALDONADO, T. **Meio ambiente e ideologia**. Lisboa: Giulio Einaudi, 1971.

MÉMY, Y.; THOENIG, J-C. **Las políticas públicas**. Barcelona: Ariel, 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Renovação da Atenção Primária nas Américas. Documento de posicionamento. Washington: Panamerican Health Organization, PAHO/WHO, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>.

PABLO-BÁSCOLO, E. La interacción entre investigación y los procesos de implementación de las Políticas de Salud en América Latina. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 9, n.19, p.12-19, dez.2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a02.pdf>>.

PATTON, M. Q. **Qualitative research & evaluation methods**. 2. ed. Thousand Oaks, Ca: Sage, 2002.

PEREIRA, A. M. M. *et al.* Primary health care in South America in comparative perspective: changes and trends. **Saúde debate**, v. 36, n. 94, p. 482-499, set. 2012.

PETERS, D. H.; TRAN, T. T.; ADAM, T. **Investigación sobre la implementación de Políticas de Salud: guía práctica**. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud; Organização Mundial da Saúde, OMS, 2013.

ROJAS, E.M. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. **San José: Población y salud en Mesoamérica**, Rev electrónica, v.1, n.2, ene./jun. 2004. Disponível em: <<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-6/1-2-6.pdf>>.

SCHNEIDER, A. L. Pesquisa avaliativa e melhoria da decisão política: evolução histórica. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. 2.ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2010.

SIGERIST, H. E. **Civilização e doença**. Tradução Marcos Fernandes da Silva Moreira e Jose Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec-Sobravime; Campinas-SP: Sind Med, 2011. (Coleção Saúde em Debate).

SPINK, P. **Avaliação democrática: propostas e práticas**. 2006. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20fundamentos%20avaliacao%20N3.pdf>.

VIANA, A. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas. In: CANESQUI, A. M. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. V. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 65-105.

WHOLEY, J. S. Evaluability assessment: developing program theory. In Bickman (ed.) Using program theory in evaluation. New Directions for Program Evaluation, n. 33. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Atenção primária à saúde: mais necessária que nunca. **The World Health Report**, 2008. Geneva: WHO, 2008.

POSFÁCIO

POLÍTICAS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PRÁTICAS, CUIDADOS E FLUXOS

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

Esta obra irá proporcionar um conhecimento em matéria de políticas e acesso aos serviços de saúde relacionando as práticas, os cuidados e os fluxos além de analisar e refletir profundamente o cotidiano da gestão e da assistência à saúde. É resultante de um esforço cearense e fluminense na produção do conhecimento. A produção de conhecimentos pela academia alcança a tão buscada e difícil articulação da pesquisa científica com a intervenção social na saúde coletiva. Os Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF), constituem fomento de seara neste panorama. A coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação de Amparo à Pesquisa (FUNCAP) são colaboradores na produção desta competência. Os temas tratados nesta obra apresentam, de forma clara, políticas e

acesso aos serviços de saúde. A leitura dos capítulos publicados neste livro permite identificar quatro eixos que compõem o universo do trabalho e da ação do SUS.

O primeiro eixo trata da história da política de saúde. Procura identificar o processo de construção de políticas, gestão do cuidado, atenção primária de saúde. O segundo eixo aborda itinerários terapêuticos e de autogestão no contexto da saúde. Trata-se de itinerários terapêuticos de famílias, desafios na formação de profissionais de saúde, desenvolvimento de objeto de ensino aprendizagem diante da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Concerne, ao estudante de saúde, aprender um universo novo, assimilar novas regras do trabalho diante da demanda atual de trabalho em saúde. O terceiro eixo alude a avaliação, desafios e pactos para a construção do SUS. Versa sobre os modelos de gestão em saúde no contexto da atenção pública à saúde e avalia o acolhimento relacionado à demanda espontânea. Por fim, o último eixo fundamenta a formação em saúde e a construção do conhecimento. Retrata os conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde, a percepção do farmacêutico sobre o ensino de farmácia hospitalar, as práticas de gestão em enfermagem para humanização do pré natal.

Esta obra foi elaborada para contribuir com a formação de profissionais de saúde, professores, pesquisadores, políticos, estudantes. Desfrutem de uma excelente leitura.

AUTORES/ORGANIZADORES

Maria Salete Bessa Jorge – Enfermeira. Pós-doc em Saúde coletiva pela Unicamp. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Atualmente, é professora titular da Universidade Estadual do Ceará, Pesquisador bolsista produtividade CNPq 1B. Coordenadora e docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará e coordenadora do Doutorado em Associação Ampla UECE,UFC, UNIFOR, Coordenadora e Docente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão – Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

Raimunda Magalhães da Silva – Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem. Pós-Doutorado em Saúde Coletiva. Docente da Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas na Promoção da Saúde.

Marcia Guimarães de Mello Alves

Graduada em Ciências Médicas. Mestre em Saúde Pública. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense do Departamento de Planejamento em Saúde (Instituto de Saúde Coletiva-ISC) edos cursos de Graduação de Medicina e na Pós Graduação em Saúde Coletiva onde é coordenadora. Pesquisadora do GEGES-ISC-UFF.

AUTORES COLABORADORES

Adriana Catarina de Souza Oliveira – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Prof. Adjunta da Universidade de San Antonio de Murcia – UCAM-Espanha.

Adriano Rodrigues de Souza – Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela UECE-UFC-UNIFOR. Prof. Adjunto da Universidade de Fortaleza.

Alney Queiroz Cruz – Psicólogo. Mestre em Saúde Coletiva pela UFF.

Aline Rodrigues Feitosa – Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Aluísio Gomes da Silva Júnior – Médico. Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Docente do Departamento de Planejamento em Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF) e do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ, FIOCRUZ, UERJ, UFF). Líder do GEGES-ISC-UFF e Pesquisador Associado do LAPPIS-IMS-UERJ.

Amanda Viana de Medeiros Costa – Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Ana Carolina Andrade de Oliveira – Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Membro

do Núcleo de Políticas e Práticas de Promoção em Saúde da Mulher (NUPEM). Monitora da Liga de Saúde da Mulher e Adolescente (LEMA).

Ana Larissa Gomes Machado – Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS/UECE).

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante – Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atualmente é Assessora Técnica da Secretaria do Estado da Saúde-Ceará e Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Ana Zaira da Silva – Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Urgência e Emergência pela Rota Assessoria Educacional.

Antonia Alizandra Gomes dos Santos – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Carliene Bezerra da Costa – Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Carlos Bruno Silveira – Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Christina Cesar Praça Brasil – Fonoaudióloga. Doutora em Saúde Coletiva – Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales – Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Clara Maria Moreira de Mesquita Castro – Enfermeira. Pós-graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro – Fisioterapeuta. Docente do Centro Universitário Estácio de Sá. Doutoranda em Saúde Coletiva da AA- UECE/UFC/UNIFOR.

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard – Farmacêutica. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Daniella Barbosa Campos ou **Daniela Barbosa Campos** – Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Darcy Mayra Furtado Gondim – Bióloga. Doutora em Bioquímica pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Assessora

Pedagógica do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Docente do Núcleo Comum do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Diego da Silva Medeiros – Sociólogo. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro participante da Pesquisa “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em Diferentes Modalidades à Luz do Processo de Implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”.

Ednaiane Priscila de Andrade Amorim – Acadêmica de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

Escolástica Rejane Ferreira Moura – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal do Ceará (UFC) do Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Evelyne Viana de Franca – Enfermeira. Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará-UECE

Fernanda Paulina de Souza Alvarado Lima – Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro.

Fernando Sérgio Pereira de Sousa – Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira – Fisioterapeuta. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

Francisco Anderson Carvalho de Lima – Psicólogo. Pós-graduando em Saúde Mental. Acadêmico de Medicina.

Francisco Herbert Lima Vasconcelos – Professor efetivo da Universidade Federal do Ceará (UFC), lotado no Instituto Universidade Virtual (Instituto UFC Virtual) na área de Sistemas Tecnológicos Aplicados à Educação, com formação em Telecomunicações (CEFET-CE), Graduação em Física (UFC), Mestrado em Ciência da Computação (UFC) e Doutorado em Engenharia de Teleinformática (UFC), desenvolvendo trabalhos de pesquisa em Educação a Distância, Produção de Material Didático Digital, Ambientes interativos de aprendizagem voltados a simulação computacional no ensino Física, Ciências e Matemática. Desenvolve também pesquisa em Informática Educativa, Modelagem aplicada ao Ensino de Física Assistido por Computador e Avaliação Educacional. Atualmente é Professor Pesquisador de Nível I do Programa Universidade Aberta do Brasil (UAB) atuando como Vice-Coordenador do curso de Licenciatura em Física (UAB/UFC), Coordenador Adjunto do Comitê Gestor Institucional de Formação Inicial e Continuada

de Profissionais da Educação Básica da Universidade Federal do Ceará (COMFOR/UFC), Coordenador de Cursos da Secretaria de Educação Básica (SEB) e da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI) na área de Formação Continuada de Programas do Ministério da Educação (MEC) pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Coordenador Geral do Pacto pelo Fortalecimento do Ensino Médio no Estado do Ceará, Diretor Geral do Centro de Educação a Distância do Estado do Ceará (CED) da Secretaria Estadual de Educação (SEDUC). É consultor ad hoc da Diretoria de Educação Básica (DEB) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e consultor do Ministério da Educação (MEC).

Flávio Lúcio Pontes Ibiapina – Médico. Doutorando em Saúde Coletiva pela Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza. Diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Gilmara de Melo Santana – Farmacêutica. Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Assessora Pedagógica do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Docente do curso de Farmácia e do Núcleo Comum do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Gracyelle Alves Remigio Moreira – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Ceará, Brasil.

Herla Maria Furtado Jorge – Mestra em Saúde Coletiva. Doutoranda em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Ilana Ferreira Cardoso Assunção – Enfermeira Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Indara Cavalcante Bezerra – Farmaceutica, Mestre em Saúde Pública e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/ UNIFOR. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

Ismênia de Carvalho Brasileiro – Fisioterapeuta, especialista neurofuncional. Pós-graduada em psicomotricidade. Mestre em Saúde da Criança e Adolescente (UECE). Doutora em Saúde Coletiva (UECE, UFC, UNIFOR). Professora do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estácio de Sá. Coordenadora e docente do Curso de especialização em Avaliação e Intervenção em Fisioterapia Neurofuncional da Universidade Estácio de Sá.

Jamine Borges de Moraes – Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

Jarbas Aryel Nunes Silveira – Graduado em engenharia elétrica (UFC-1995). Mestre em Engenharia de Teleinformática (UFC-2006). Possui Doutorado em Engenharia de Teleinformática pela UFC com Estágio Doutoral na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS 2015), atuando em pesquisa de MPSoCs tolerantes a falha. É certificado PMP (Project Management Professional) pelo PMI (Project Management Institute) desde 2005. Tem mais de 15 anos de experiência na execução e no gerenciamento de projetos na área de engenharia eletrônica, com ênfase no desenvolvimento de hardware para sistemas embarcados. É professor adjunto do Departamento de Engenharia de Teleinformática (DETI) da Universidade Federal do Ceará desde 2009. Entre 2010 e 2014 foi coordenador adjunto do PAGP – Programa Avançado em Gestão de Projetos, programa de cursos da UFC voltado para a formação e capacitação de gerentes de projeto.

Jarlideire Soares Freitas – Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Mestranda em Saúde Coletiva (UFC).

Julyana Almeida Maia – Fisioterapeuta. Doutora em Biotecnologia pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente da Graduação em Fisioterapia (UNIFOR).

Juliana da Fonseca Bezerra – Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Endereço: Rua Teresa Bonato Signori, 51, Barão Geraldo – Campinas-SP. São Paulo, Brasil.

Kamila Ferreira Lima – Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (PPENF/UFC).

Karla Maria Carneiro Rolim – Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade de Rouen/França (CHU-ROUEN). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Liana Maria Carvalho Braid – Professora de Educação Física. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Assessora Pedagógica do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Docente do Curso de Educação Física da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Lilian Koifman – Pedagoga. Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Docente do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da UFF; do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFF; e do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ, FIOCRUZ, UERJ, UFF).

Lívia de Andrade Marques – Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ludmila Fontenele Cavalcanti – Assistente Social. Professora Associada da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira da FIOCRUZ.

Luilma Albuquerque Gurgel – Fisioterapeuta. Mestre e Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR e do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE/UFC/UNIFOR. Pesquisadora CNPq – Nível 2.

Marcos Paulo Fonseca Corvino – Sanitarista. Doutor em Saúde Pública (USP). Professor do Departamento de Planejamento em Saúde (ISC/UFF).

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR). Professora Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Maria Raquel Rodrigues Carvalho – Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde Pública e Privada pelo Centro de Qualificação e Ensino Profissional. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Mariana Pompílio Gomes Cabral – Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Milena Lima de Paula – Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva (UECE). Doutoranda em Saúde Coletiva Associação Ampla (AA) UECE/UFC/UNIFOR, Bolsista CAPES. Prof. Substituta do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

Mirna Albuquerque Frota – Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade de Rouen/França (CHU-ROUEN). Pós-Doutora pela Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Docente da Graduação em Enfermagem; do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; e do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Paulo Felix de Almeida Pena – Farmacêutico. Professor da UNIFOR e UNICHRISTUS; doutorando em Saúde Coletiva da UNIFOR.

Rachel Bicalho de Lima – Farmacêutica da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Sarah Virginia Amaral Cardoso da Cunha – Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde Pública e Privada no CEQUALE.

Sayonara Oliveira Teixeira – Acadêmica Enfermagem (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq.

Sharmênia de Araújo Soares Nuto – Cirurgiã-Dentista. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Assessora Pedagógica do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Docente do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pesquisadora em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Silvia Helena Bastos de Paula – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora Científica PqC III do Instituto de Saúde SES-SP Bolsista PNPd. Pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Talita Leite Ladeira – Fisioterapeuta. Doutoranda e Mestre pelo Programa de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFRJ, FIOCRUZ, UERJ, UFF). Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora. Bolsista de doutorado pela CAPES.

Thereza Maria Magalhães Moreira – Enfermeira e Advogada. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1D. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: 1) Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; e 2) Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq. Consultora Ad hoc de vários periódicos.

Túlio Batista Franco – Professor Associado da Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutor em Saúde Coletiva, Pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha, Itália. Orientador em Programas de Mestrado e Doutorado (Saúde Coletiva, Bioética, Ética Aplicada à Saúde Coletiva). Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos do Trabalho e Subjetividade em Saúde (LETRASS)/CNPq-UFF. Filiado à rede Ibero-Americana de Pesquisa Qualitativa e à *Association Latine pour Analyse des Systemes de Santé* (ALASS), Barcelona-Espanha.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem; do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; e do Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).