

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro v.34 n.86 jul./set. 2010

CECÍLIA DONNANGELO



DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2009-2011)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2009-2011)

Presidente: Roberto Passos Nogueira
Primeiro Vice-Presidente: Luiz Antonio Neves
Diretora Administrativa: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretor de Política Editorial: Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
Guilherme Costa Delgado
Hugo Fernandes Junior
Lígia Giovanella
Nelson Rodrigues dos Santos
Diretores Ad-hoc: Alcides Miranda
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

CONSELHO FISCAL / FISCAL COUNCIL

Ary Carvalho de Miranda
Assis Mafort Ouverney
Lígia Bahia

CONSELHO CONSULTIVO / ADVISORY COUNCIL

Agleildes Aricheles Leal de Queiroz
Alcides Silva de Miranda
Alberto Durán González
Eleonor Minho Conill
Ana Ester Melo Moreira
Eymard Mourão Vasconcelos
Fabiola Aguiar Nunes
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Julia Barban Morelli
Jairnilson Silva Paim
Júlio Strubing Müller Neto
Mário Scheffer
Naomar de Almeida Filho
Silvio Fernandes da Silva
Volnei Garrafa

SECRETARIA / SECRETARIES

Secretaria Geral: Mariana Faria Teixeira
Pesquisadora: Suelen Carlos de Oliveira

A revista Saúde em Debate é uma publicação trimestral editada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO / SCIENTIFIC EDITOR
Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

CONSELHO EDITORIAL / PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner – UBA (Argentina)
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili (Espanha)
Carlos Botazzo – USP (SP/Brasil)
Catalina Eibenschutz – UAM-X (México)
Cornelis Johannes Van Stralen – UFMG (MG/Brasil)
Diana Mauri – Universidade de Milão (Itália)
Eduardo Maia Freese de Carvalho – CPqAM/FIOCRUZ (PE/Brasil)
Giovanni Berlinguer – Università La Sapienza (Itália)
Hugo Spinelli – UNLA (Argentina)
José Carlos Braga – UNICAMP (SP/Brasil)
José da Rocha Carvalheiro – FIOCRUZ (RJ/ Brasil)
Luiz Augusto Facchini – UFPel (RS/Brasil)
Maria Salete Bessa Jorge – UECE (CE/Brasil)
Paulo Marchiori Buss – FIOCRUZ (RJ/Brasil)
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – USP (SP/Brasil)
Sonia Maria Fleury Teixeira – FGV (RJ/Brasil)
Sulamis Dain – UERJ (RJ/Brasil)

EDITORA EXECUTIVA / EXECUTIVE EDITOR

Marília Fernanda de Souza Correia

SECRETARIA EDITORIAL / EDITORIAL SECRETARY

Debora do Nascimento

INDEXAÇÃO / INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA
Sistema Regional de Informaciónen Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141
Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br
www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br
revista@saudeemdebate.org.br

A Revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



Apoio



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro v.34 n.86 jul./set. 2010

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL / EDITORIAL

APRESENTAÇÃO / PRESENTATION

DEBATE / DEBATE

423 Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde

Inclusion as a method of support for the production of changes in health – the bet of Health Humanization Policy

Dário Frederico Pasche, Eduardo Passos

DEBATEDORES / DISCUSSANTS

433 Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista

Micropolicy of the interceptor/supporter-team interaction, the substrate to an intensive care action

Emerson Elias Merhy

436 Inclusão do direito de ter (interesses) e de ser (comum): inovação e desafio do método da Tríplice Inclusão para produção de mudanças na saúde, PNH

Inclusion of the right of having (interests) and being (common): innovation and challenges of the “Tríplice Inclusão” method aimed at changes in health, PNH

Roseni Pinheiro

RÉPLICA / REPLY

439 O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical

The place of the method in the National Humanization Policy: an effort into a radical democratic experimentation

Dário Frederico Pasche, Eduardo Passos

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

PESQUISA

448 A experiência da amamentação, de gestantes assistidas pela Estratégia de Saúde da Família, em um município do sul de Santa Catarina, na perspectiva da teoria transcultural de Leininger

Breastfeeding experience of pregnant women assisted at the family health strategy in a south town of Santa Catarina under the perspective of the transcultural theory of Leininger

Ioná Vieira Bez Birolo, Edileusa Mendes Rodrigues, Silvana Silveira Kempfer, Luciana Fabiane Sebold

PESQUISA

456 A abordagem de gênero no contexto do trabalho na ESF do município de João Pessoa (PB)

The approach for gender in the context of work in the ESF of João Pessoa (PB), Brazil

Kerle Dayana Tavares de Lucena, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva, Waglânia de Medonça Faustino e Freitas, Italla Maria Pinheiro Bezerra, Ana Karla Sousa Oliveira, Márcia Rique Carício

ENSAIO

467 Apoio matricial como tecnologia em saúde

Matrix support as technology in health

Cláudia Maria Filgueiras Penido, Marília Alves, Roseni Rosângela de Sena, Maria Imaculada de Fátima Freitas

PESQUISA

475 Atenção farmacêutica em meio rural: uma análise sobre o uso de fármacos na comunidade de Campos Elíseos no município de Montes Claros (MG)

Pharmaceutical care in rural areas: an analysis of the use of drugs in the community of Campos Elíseos, Montes Claros (MG)

Carla Patrícia Alves Xavier, Valmari Félix de Souza, Cristina Andrade Sampaio

- PESQUISA
- 486 **Concepções de saúde de Agentes Comunitários de Saúde: uma contribuição para reflexões acerca do saber/fazer em saúde no SUS**
Community Health Agents' health conceptions: a contribution for reflections about health knowledge/actions of SUS
Viviane Milan Pupin, Cármen Lúcia Cardoso
- PESQUISA
- 497 **Implantação de um serviço de regulação: uma experiência**
Implantation of a regulation service: an experience
Cybele Renata Trevisan e Silva, Ricardo Braga Amin, Valéria Helena Guazeli Amin
- ESTUDO DE CASO
- 504 **O processo de trabalho e as implicações na saúde dos profissionais de enfermagem em um hospital pediátrico de Vitória: relações e intercessões na produção cotidiana do cuidar**
The process of work and implication in the health of nursing professionals at a pediatric public hospital of Vitória: relations and intercessions in the daily care delivery
Mariana Rabello Laignier, Rita de Cássia Duarte Lima
- ESTUDO DE CASO
- 515 **Experiência de implantação da clínica ampliada em Nova Ramada (RS)**
The experience of the 'enlarged clinic' implementation in Nova Ramada (RS), Brazil
Andréa Quintana Langone Minuzzi
- PESQUISA
- 523 **Qualidade de vida de idosos usuários de Pronto Socorro**
Life quality of aged people who uses Emergency medical services
Mayne Patrício Malagutti, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
- PESQUISA
- 531 **Autonomia do paciente odontológico no Hospital Universitário**
Autonomy of dentistry patients in the University Hospital
Letícia Rocha Veloso, Monique Pyrrho, Ana Cláudia Almeida Machado, Evelise Ribeiro Gonçalves, Volnei Garrafa
- PESQUISA
- 542 **Percepções de cuidadores de crianças deficientes visuais sobre saúde bucal**
Visually impaired children caregivers's perceptions about oral health
Lucimar Aparecida Britto Codato, Natália de Cássia Assolini
- PESQUISA
- 549 **O cotidiano familiar de quem vivencia o transtorno mental**
The familial routine of those who experience mental disorder
Carolina Santos da Silva, Bernadete Dalmolin
- PESQUISA
- 559 **A integralidade em saúde e a formação em Psicologia: reflexões sobre a prática clínica do psicólogo no contexto do SUS**
The integrality in health and the formation in Psychology: reflections on the clinical practice of the psychologist in the context of SUS
Ana Vicentina Santiago de Souza, Ana Cleide Guedes Moreira, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
- PESQUISA
- 566 **Residência terapêutica: um espaço de inclusão social**
Therapeutic residence: a place for social inclusion
Francisca Bezerra de Oliveira, Maria Lucinete Fortunato, Rafaela Maciel Dantas

PESQUISA

- 576 **Os instrumentos terapêuticos utilizados pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial do Mato Grosso**
Therapeutic tools used by the teams of Psychosocial Care Centers of Mato Grosso, Brazil
Carla Gabriela Wunsch, Roselma Lucchese

MEMÓRIA / MEMORY

- 587 **Especial “In memoriam”**
Cecília Donnangelo

Para além da conjuntura eleitoral

Em tempos de disputas eleitorais, predominam propostas e programas governamentais orientados por conjunções discursivas mais genéricas, mas paradoxalmente configurados em propostas de intervenções mais pontuais ou específicas. As pautas e enredos denotam o empenho em sintonizar com o chamado ‘senso comum’ e com expectativas de curto prazo. As mensagens eleitorais tendem a enfatizar a vontade política e a aura de competência administrativa dos candidatos, muitas vezes consubstanciadas em projeções de panaceia resolutive. Nestas conjunturas específicas, são constantemente lembradas e enfatizadas as situações e problemas genoestruturais que, contudo, permanecem como paisagem e anteparo discursivo para proposições fenotípicas de maior apelo.

Passadas as eleições, os planos e projetos eleitorais, de governo e oposição, tendem a retornar ao limbo, subsumidos e subordinados a outras razões práticas e graduação de tempos. Emergem então, em tons mais pragmáticos, outros conteúdos propositivos, desta feita: circunscritos aos prazos administrativos, dependentes da disponibilidade de recursos e capacidade operativa, carentes de intermediações políticas, imbricados em composições e manobras de governabilidade.

Em tempos de gestão governamental cotidiana, prepondera a tensão por um determinado tipo de governabilidade, muitas vezes sob a égide do mercado político. Em tal premissa e perspectiva, importa estabilizar uma ‘maioria palaciana’, notadamente a partir de estratégias de intercâmbio, com premiação por adesão, de modo a permitir a melhor condução dos projetos interpostos e recompostos. Buscam-se, então, mediações entre interesses particulares e públicos, sob as regras do ‘jogo’ convencional de representação política.

Em tais circunstâncias, a luta por garantias de direitos sociais, as iniciativas de mudanças mais substanciais ou de consolidação para reformas de políticas públicas dependem muito mais da constituição de outro tipo de governabilidade, estabelecida na planície e com as praças. Confluência de outros cenários e atores sociais, poliarquia de seres políticos na esfera pública

proativos e implicados com a radicalidade democrática e com o tensionamento pela causa, interesses e direitos do povo. Mesmo sob a direção e condução de governos mais comprometidos com tais responsabilidades, o trato com *res publica* jamais pode prescindir de tal implicação e proatividade civis para além dos palácios, parlamentos e jogos convencionais da representação de interesses.

No caso brasileiro, postos em salvaguarda significativos avanços alcançados em políticas governamentais nos últimos anos, persistem dívidas de direitos sociais, evidencia-se a segmentação de políticas sociais e avolumam-se demandas para a consolidação de reformas estruturais em andamento. Além disso, proliferam insinuações, versões e iniciativas de transgressão constitucional, de rumo e de rota para políticas públicas universais, como as de Seguridade Social.

Mais especificamente no setor de Saúde, convém evidenciar a não-regulamentação de dispositivos constitucionais imprescindíveis para o financiamento, para a coordenação interfederativa, e para o amparo na jurisprudência acerca da mediação entre direitos individuais e coletivos no consumo de recursos e insumos. Denotar evidências de renúncia e transferência de responsabilidades e de prerrogativas de gestão pública, da parte de dirigentes governamentais, a partir da interposição de agenciamentos colaterais e de modalidades de privatizações gerenciais. Realçar a insuficiência de perspectiva estratégica e de antecipação logística em relação a fenômenos sociais em curso (transição demográfica, emergência de novos estratos de renda e consumo, distinção de perfis de desigualdade no acesso a bens e serviços públicos etc.) que requerem investimentos e alterações substanciais nos modelos de atenção à saúde, com ênfase nos preceitos de equidade e integralidade. Destacar a necessidade de maior vitalidade e criatividade da participação popular nas instâncias de controle social e outros espaços da esfera pública, no incremento de meios e modos de democracia participativa.

Convém, ainda, demonstrar os significativos impactos e benefícios econômicos decorrentes dos investimentos e do custeio tributário em políticas sociais, sob a gestão pública. Disputar o convencimento sobre a legitimidade e efetividade das políticas e sistemas públicos perante as ofensivas e alternativas de mercado.

Para o setor de Saúde, observa-se na agenda eleitoral o predomínio de propostas de investimentos e incremento na oferta de serviços assistenciais de consumo imediato, pronto atendimento. Assim como serviços muito úteis e

imprescindíveis para a população, que não podem estar descontextualizados da matriz de princípios e diretrizes do SUS, de seu elenco de prioridades.

Para além da conjuntura eleitoral, o desafio é retomar e ampliar a agenda e dinâmica da Reforma Sanitária brasileira; suplantando o seu acrisolamento de caráter subalterno, mais dependente de governabilidade palaciana e de integração sistêmica (auto)regulada pela economia de mercado. Isso não significa desprezar a importância das articulações, mobilizações e (dis)posições de âmbito governamental, deixar de tensionar e disputar os alinhamentos mais compatíveis e coerentes com projetos políticos catalisadores em termos de produção social de saúde, ampliação de direitos sociais, incremento da transparência e da democracia participativa.

Em sua vocação histórica, o CEBES advoga e reitera: democracia é saúde! O que implica em práxis permanente, recriação e pró-atividade pela Reforma Sanitária.

A DIRETORIA NACIONAL

Going beyond the electoral context

In times of electoral competitions, some proposals and governmental programs oriented by generic conjunctions, yet based on more specific proposals of intervention, are predominant. The agenda and schemes point out the efforts to synchronize with the common sense and with short-term expectations. The messages tend to affirm the political wills and the competence for management of the candidates, and are often made concrete by glimpses of a panacea. In these specific conjunctures, genostructural situations and problems are always remembered and emphasized, even though they remain as unchanged landscape and discursive hindrance for the more appealing phenotypic propositions.

After the electoral season, the plans and projects of the Government and the opposition tend to be forgotten, comprised by and submitted to other practical reasons and time gradation. In such wise, other proposals arise, but in a more pragmatic mode: circumscribed to management deadlines, dependent on the availability of resources and operating capacity, lacking political intervention, surrounded by governmental compositions and maneuvers.

In times of daily governmental management, the tension with regard to a certain type of governability is often preponderant under the aegis of the political market. Based on this perspective, it is important to stabilize a 'parliamentarian majority' notably based on interchange strategies, with rewards for adhesion, in order to allow the better conduction of the projects interposed and recomposed. Likewise, there is a search for mediations between private and public interests aligned with the rules of the conventional 'game' of political representation.

Under these circumstances, the efforts to assure social rights, the initiatives of substantial changes or the consolidation of public policies reform depend a lot more on the constitution of other types of governability established together with the people; confluence of other scenarios and social actors, polyarchy of politicians, on the public field, who are proactive and implicated in the democratic radicalism and in the tensions due to the cause, interests

and people rights. Even being conducted by governors who are committed to these responsibilities, the agreement with *res publica* must never do without such civil implication and proactiveness that go beyond State houses, parliaments and conventional 'games' of interest representation.

In Brazil, except for the significant advances achieved by governmental policies in the last years, some debts of social rights remain, the social policies' segmentation is more evident and the search for consolidation of ongoing structural reforms is palpable. Besides, insinuations, versions and initiatives of constitutional transgression, of universal public policies courses and route, such as those related to Social Security, proliferate.

In the health field, it is important to emphasize the non-regulation of constitutional mechanisms indispensable to the financing, to the interfederative coordination and to the jurisprudence support with regard to the mediation between individual and collective rights to the extent of resources and input. To show evidence of renouncement and transference of public management responsibilities and prerogatives from governmental managers, starting from the interposition of collateral negotiation and modalities of managing privatizations. To distress the insufficiency of strategic perspective and logistic anticipation concerning ongoing social phenomena (demographic transition, emergence of new income and consumerism strata, distinguishing profiles of inequalities of access to goods and public services etc.) that require investment and substantial alterations in the health care models, with special emphasis on the principles of equity and integrality. To stand out the need for vitality and creativity of the social participation in the fields of social control and other spaces of the public sphere, in the increment of means and modes of participatory democracy.

It is worth demonstrating the significant economic impacts and benefits resulting from the investments and tributary expenditure of social policies in the public management. To debate the conviction on legitimacy and effectiveness of the public policies and systems before the market offensives and alternatives.

As to the health sector, proposals of investment and increment of the delivery of immediate assistance services and emergency care are prevalent in the electoral agenda. As well as services that are useful and vital to the population that can not deviate from SUS' principles, guidelines and priority hall.

Beyond the electoral conjuncture, the challenge is to recover and increase the agenda and the dynamics of the Brazilian Sanitary Reform; to promote the improvement of its subaltern characteristics, which are more dependent on parliamentary governability and systemic integration (self)regulated by the market economy. It does not denote despising the importance of governmental articulation, mobilization and (dis)position, or ceasing the tension and dispute on the alignments that are compatible and coherent with catalyst political projects in terms of social health production, social rights and participative democracy increment.

With an historical vocation, CEBES asserts and reaffirms: democracy is health! And it implies permanent praxis, recreation and proactiveness as to the Sanitary Reform.

THE NATIONAL DIRECTORATE

Nossa revista está com muitas novidades. A qualidade gráfica talvez seja apenas a menos importante se comparada à nova metodologia editorial, que envolve a submissão do artigo via internet, assim como todo o processo de avaliação, totalmente informatizado, ágil e eficiente.

Isso tudo possibilita que os artigos sejam avaliados e publicados em muito menor tempo. Esse aspecto, somado ao da mudança na periodicidade, que passou de quadrimestral para trimestral, traduz-se em benefício para nossos associados, autores e leitores da nossa revista.

O debate deste número é dedicado a um tema instigante, o da humanização do Sistema Nacional de Saúde, e ninguém mais adequado para provocar a discussão que Dário Pasche, coordenador Nacional da Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS), em coautoria com Eduardo Passos. Os debatedores convidados, Emerson Elias Merhy e Roseni Pinheiro, autores da réplica do artigo de debate, são dois dos maiores estudiosos do tema, assim como da questão do cuidado em saúde.

A importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) na política de saúde vem se refletindo na expressiva qualidade e quantidade de artigos que são submetidos à avaliação da revista. Neste número publicamos o artigo de Ioná Vieira Bez Birolo *et al.* sobre a experiência da amamentação de gestantes assistidas pela ESF em Santa Catarina; a pesquisa de Kerle Dayana Tavares de Lucena *et al.* sobre a abordagem de gênero na saúde da família em João Pessoa (PB); o ensaio de Cláudia Maria Filgueiras Penido *et al.* com uma análise da tecnologia denominada apoio matricial no âmbito da humanização do SUS; Carla Patrícia Alves Xavier *et al.* realizaram pesquisa analisando o uso de plantas medicinais e a atenção farmacêutica em Campos Elíseos (MG) dentre os usuários da ESF; e o artigo de Viviane Milan Pupin e Carmen Lúcia Cardoso, resultado da pesquisa sobre as concepções dos agentes comunitários de saúde em Ribeirão Preto (SP).

Na sequência publicamos um conjunto variado de artigos oriundos de pesquisas, que refletem a amplitude que a revista vem assumindo, cada vez mais, o qual é resultado, sem dúvida alguma, da complexidade e pluralidade

de questões que hoje giram em torno do conceito de reforma sanitária. Cybele Renata Trevisan e Silva *et al.* divulgaram os resultados de uma pesquisa sobre a implantação de uma experiência de Sistema de Regulação em um Consórcio Intermunicipal de Saúde no Paraná; Mariana Rabello Laignier e Rita de Cássia Duarte Lima apresentam um estudo de caso sobre o processo de trabalho de profissionais de enfermagem em um hospital pediátrico de Vitória (ES); outro estudo de caso, de autoria de Andréa Quintana Langone Minuzzi, nos traz a experiência da implantação da clínica ampliada em Nova Ramada (RS); a qualidade de vida de idosos usuários de pronto socorro é objeto da pesquisa de Mayne Patrício Malagutti e Beatriz Aparecida, que também nos atenta para o aumento crescente da questão do tema da terceira idade nas políticas públicas de saúde e sociais.

Dois outros temas têm sido bastante frequentes, o da saúde bucal e o da saúde mental. Relacionados ao primeiro, estão os artigos de Letícia Rocha Veloso *et al.* sobre autonomia do paciente odontológico no hospital universitário, decorrente de pesquisa realizada em Brasília, e o de Lucimar Aparecida Britto Codato e Natália de Cássia Assolini, interessante pesquisa sobre cuidadores de crianças com deficiência visual sobre saúde bucal. O segundo tema, o da saúde mental, está representado pela pesquisa de Carolina Santos da Silva e Bernadete Dalmolin sobre o cotidiano familiar de quem vivencia o transtorno mental; a pesquisa de Ana Vicentina Santiago de Souza *et al.* sobre a prática clínica do psicólogo no SUS; a pesquisa de Francisca Bezerra de Oliveira Maria *et al.* sobre o perfil de possíveis moradores uma ‘residência terapêutica’ em Cajazeiras (PB); por fim, a pesquisa de Roselma Lucchese e Carla Gabriela Wunsch sobre os ‘instrumentos terapêuticos’ adotados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais nos provocam muitas e preocupantes reflexões.

Dando continuidade às homenagens aos precursores da reforma sanitária, esta Saúde em Debate homenageia Cecília Donnangelo, cuja obra é um clássico no estudo da assistência médica, não só por seu pioneirismo, mas também pela riqueza de conceitos, como explica o artigo da seção memória, que reproduz texto publicado na Revista Saúde em Debate (RSD), n. 17, de julho de 1985.

Até a próxima!

Paulo Amarante
Editor Científico

Our journal is filled with novelties. The graphic features may be the less important change in comparison to the new editorial methodology adopted, which involves manuscripts submission via the Internet, and the whole evaluation process, fully computerized and efficient.

It enables the evaluation and publication of articles in a shorter period of time. This aspect, added to the change in periodicity – which is now quarterly, constitutes a benefit to our new members, authors and readers.

This issue's debate broaches the instigating theme of humanization of the National Health System (SUS), and Dário Pasche, coordinator of the National Humanization Policy of SUS, is a rather competent leader for this discussion, in co-authorship with Eduardo Passos. Emerson Elias Merhy and Roseni Pinheiro, invited to reply the debate article, are some of the major researchers on the theme and on the matter of health care.

The importance of the Family Health Strategy in health policies has been reflected in the expressive number and good quality of the articles submitted to the journal's appreciation. This issue brings the paper by Ioná Vieira Bez Birolo *et al.* about breastfeeding experience of women assisted by the Family Health Strategy in Santa Catarina, Brazil; the paper by Kerle Dayana Tavares de Lucena *et al.* on the genre matter related to family health in João Pessoa (PB); the essay by Cláudia Maria Filgueiras Penido *et al.* brings an analysis of the technology of matrix support in the scope of humanization of SUS; Carla Patrícia Alves Xavier *et al.* conducted a research by evaluating the use of medicinal herbs and the pharmaceutical care in Campos Elíseos (MG) among patients assisted by Family Health Strategy; the article by Viviane Milan Pupin and Carmen Lúcia Cardoso resulted from a research that gathered the conceptions by community health agents in Ribeirão Preto (SP).

Following, we bring a group of varied articles resulting from researches that express the amplitude assumed by the journal in recent times, which is consequence of the complexity and plurality of the subjects surrounding the concept of sanitary reform. Cybele Renata Trevisan e Silva *et al.* disclose

the results of a study about the implementation of Regulation System in an Intermunicipal Health Consortia in Paraná; Mariana Rabello Laignier and Rita de Cássia Duarte Lima present a case study about the work process of nursing professionals in a pediatric hospital of Vitória (ES). Another case study, by Andréa Quintana Langone Minuzzi, shows the experience of implementing the amplified clinics in Nova Ramada (RS); the quality of life of the elderly assisted in emergency services is subject matter of the paper by Mayne Patrício Malagutti and Beatriz Aparecida, who also draw one's attention to the increase of the theme of elderly in public social and health policies.

The matters of oral and mental health have been frequent as well. Relating to the former, the journal brings the papers by Letícia Rocha Veloso *et al.* on the autonomy of the dentistry patient at a university hospital, resulting from a research conducted in Brasília, and by Lucimar Aparecida Britto Codato and Natália de Cássia Assolini, which is an interesting study about visually-impaired children relating to oral health care. The latter is herein represented by the article by Carolina Santos da Silva and Bernadete Dalmolin about the daily life of people who experience living with mentally disordered relatives; the research by Ana Vicentina Santiago de Souza *et al.* on the clinical practice of a psychologist at SUS services, the paper by Francisca Bezerra de Oliveira Maria *et al.* which establishes the profile of possible inhabitants of a "therapeutic residence" in Cajazeiras (PB), and the study by Roselma Lucchese and Carla Gabriela Wunsch on therapeutic tools adopted at Centers for Psychosocial Care (CAPS), all articles that provide us with many intriguing reflections.

As to continue the tributes paid to the precursors of the sanitary reform, this issue of *Saúde em Debate* praises Cecília Donnangelo, whose work is considered to be a classic to the field of health care not only due to its pioneer characteristic, but also to the bounty of concepts it broaches. It is explained in the article of the memory section, which reproduces the publication of *Saúde em Debate* issue 17, July 1985.

See you next issue!

Paulo Amarante
Scientific Editor

Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde

Inclusion as a method of support for the production of changes in health – the bet of Health Humanization Policy

Dário Frederico Pasche¹

Eduardo Passos²

¹ Enfermeiro; doutor em Saúde Coletiva pelo DMPS/UNICAMP; Coordenador Nacional da Política de Humanização do Ministério da Saúde; Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
dario.pasche@saude.gov.br

² Psicólogo; doutor em Psicologia pela UFRJ, Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF).
e.passos@superig.com.br

RESUMO *O texto objetivou discutir a Política Nacional de Humanização (PNH) considerando uma de suas principais contribuições para o Sistema Único de Saúde (SUS): constituir-se como um método para a produção de mudanças nos modos de gerir e de cuidar em saúde. A PNH emerge no SUS como política que tem por objetivo deflagrar movimentos de experimentação no campo das práticas de saúde. A função do apoiador institucional é apresentada como recurso que permite às equipes lidarem com suas produções subjetivas e com processos de organização do trabalho. O exercício prático do método da inclusão é apontado como a própria função do apoiador institucional, com o qual se busca produzir efeitos de contágio e a construção do apoiador como referência.*

PALAVRAS-CHAVE: *Humanização da assistência; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.*

ABSTRACT *The text aimed to discuss the National Humanization Policy (PNH, acronym in Portuguese) considering one of its main contributions for the Single Health System (SUS, acronym in Portuguese): it constitutes as a method for the production of changes in the ways of management and delivery of care. PNH is a policy whose objective is to incite movements of experimentation in the field of health practices. The institutional helper's function is presented as a resource that allows the teams to deal with their subjective productions and with processes of work organization. The practical exercise of the inclusion method is indicated as the real institutional helper's function, which produces the contact effects and the construction of the helper as a reference.*

KEYWORDS: *Humanization of assistance; Health policy; Single Health System*

INTRODUÇÃO

Este texto, ao analisar a Política Nacional de Humanização (PNH), toma por referência sua aposta no método da tríplice inclusão. Para tanto, discutiu-se as finalidades da PNH no Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando a humanização como um valor do cuidado e da gestão, a qual é incorporada nos serviços e práticas de saúde por meio do apoio institucional. A função do apoiador é apresentada como recurso para as equipes de saúde ampliarem sua capacidade de análise considerando a complexidade das situações de trabalho. Dispor-se a entrar na roda, favorecer o compartilhamento de análises para, a partir daí, tomar decisões coletivas, favorece a produção de mudanças nos modos de cuidar e na gestão.

A QUE VEIO A PNH NO SUS?

A PNH foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar um movimento ético, político e institucional para alterar os modos de gestão e de cuidado em saúde. Essas alterações, na prática, correspondem à construção de condições político-institucionais para o enfrentamento e superação de situações identificadas como incoerentes com a base discursiva do SUS, tal qual como prescreve sua normativa jurídico-legal, sobretudo o direito inalienável à saúde, que pode ser traduzido, entre outros, como garantia de acesso universal e equitativo a práticas e ações integrais de saúde.

A PNH nasceu como uma inflexão do SUS, em outras palavras, emergiu de análises de sua própria experimentação como política pública e prática social, o que já é um diferencial importante em sua formulação, pois combina, em um só movimento, tanto o reconhecimento dos avanços e acúmulos, quanto os desafios e

paradoxos que ainda se verificam no SUS. A superação dos problemas da política pública se impõe tanto por razões éticas, como por pretexto estratégico, uma vez que sua permanência reduz a eficácia das práticas de saúde, o que coloca em questão sua própria sustentação como política pública de saúde (PASCHE, 2009).

Assim, a tarefa posta para a PNH compõe uma dobra em que se distinguem, mas não se separam, dois grandes objetivos: (1) qualificar a política pública para que produza mais e melhor saúde (argumento de base ética), o que resultaria na (2) ampliação do valor de uso das práticas do SUS, condição *sine qua non* para que a sociedade o ratifique como a sua opção de política pública de saúde.

Superar as iniquidades no acesso e melhorar a qualidade das ações de saúde tomando por referência valores ético-humanitários que indicam aquilo que a sociedade construiu como desejável e aceitável no plano do cuidado em saúde tem sido, então, o desafio da PNH. Certamente, esse é um objetivo-desafio de outras políticas do SUS. Qual seria, então, a singularidade da PNH, a tal ponto que se torna defensável sua formulação, inscrição e permanência no SUS?

A HUMANIZAÇÃO COMO UM VALOR NO CUIDADO E NA GESTÃO EM SAÚDE

A emergência da PNH no SUS trouxe, sem dúvida, uma série de novos desafios ao próprio entendimento de humanização na saúde e àquilo que já vinha sendo experimentado nessa direção nos serviços de saúde (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2010).

Um desses desafios foi o de se constituir um novo 'sentido' para a humanização, haja vista sua imediata associação ao benévolo, ao positivo, à interação harmoniosa entre sujeitos. Nessa direção, tão somente, iniciativas

de humanização tendem a se transformar em estratégias de combate àquilo que se coloca como o contrário desse entendimento, o qual não é então percebido como integrante de uma realidade humana sempre paradoxal e antinômica. Humanizar, nesse entendimento reduzido, pode corresponder a uma ação de expurgo, de assepsia, de negação da diferença na constituição do humano. Define-se a humanização de modo negativo, fazendo da humanização das práticas de saúde uma ‘caça’ ao que é tomado como contrário à natureza humana.

Quando o SUS tomou pela PNH a direção de humanizar as práticas de gestão e de cuidado, não mobilizou estratégias para o combate do que poderia ser tomado como seu oposto – as práticas desumanas e desumanizadoras. Como já bem disseram Benevides e Passos (2005), tomar a humanização como recusa do desumano induz às formulações de natureza moral e moralizante e, muito provavelmente, se teria forjado movimentos de humanização na saúde sem necessariamente seus efeitos corresponderem à produção de novos sujeitos e novos modos de subjetivação; senão atores que passariam a adotar certos comportamentos e atitudes pelo constrangimento da regra, pela imposição externa, portanto dependentes de processos de controle, vigilância e correção normativa, que uma vez flexibilizados permitiriam o retorno a situações iniciais, avaliadas como indesejadas. Ou seja, muito possivelmente não se alterariam os elementos que participam de forma decisiva na organização das práticas de saúde, localizados em grande parte nos modos de gestão. Superar a realidade adjetivada como ‘desumanização da saúde’ acabaria por conduzir as práticas pretensamente inovadoras na direção do exercício do controle administrativo sobre os agentes das práticas, ratificando elementos centrais da racionalidade hegemônica gerencial de inspiração taylorista (CAMPOS, 2000).

A opção por se tomar a humanização como política pública no SUS foi para afirmá-la como um valor

do cuidado e da gestão em saúde. Valor substantivo, imanente à ação de sujeitos no campo da saúde, que orientam suas práticas e atitudes, para afirmação de uma nova ética no cuidar em saúde: a de colocar no primeiro plano os sujeitos com seus interesses, desejos e necessidades. Sujeitos que em relações mais democráticas, portanto considerados e legitimados a partir de suas diferenças, seriam capazes de compor planos comuns, sínteses singulares advindas de processos de negociação regidos pelo interesse público e coletivo.

Assim, toda dificuldade que o tema da humanização da saúde desde a PNH coloca no SUS está situada em uma questão de método, ou seja, do ‘como fazer’: como lidar e ultrapassar problemas de gestão e do cuidado considerando a humanização como um valor ético-político das práticas de saúde? Essa ‘entrada’ pelo método modifica uma perspectiva tradicional das políticas de saúde, que em geral partem e apostam no ‘como deve ser’, tomando por perspectiva resultados e metas previamente estabelecidos. Em geral, essa posição situa-se no horizonte da prescrição, da ação normativa que se impõe como força heterônoma sobre os sujeitos, serviços e âmbitos de gestão que devem percorrer determinados caminhos, os quais asseguram acesso a recursos públicos geridos, em geral, de forma centralizada. A lógica aqui predominante é da ação programática e normativa (TESTA, 1992), que tende a homogeneizar realidades e a desconsiderar singularidades dos territórios e capacidades criativas de seus sujeitos.

A partir dessa delimitação se estabelece a função e a tarefa da PNH: contribuir para a construção de modos de fazer para que o universo da rede SUS, seus usuários, trabalhadores e trabalhadores formalmente investidos da função de gestor, passassem a experimentar novas possibilidades de manejo das tensões e alegrias do trabalho em saúde, alterando modos de gerir e de cuidar e, por consequência, modificando a si próprios.

UM MÉTODO PARA TORNAR REALIDADE OS PRINCÍPIOS DO SUS

O SUS reclamava à época da emergência da humanização como componente da plataforma política da saúde – 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 (BRASIL, 2001) – por princípios metodológicos que indicassem, então, ‘certo modo de fazer’, haja vista, que o ‘deve ser’ já estava prescrito na base jurídico-legal do sistema de saúde: a saúde no Brasil deve ser para todos, com equidade no acesso a práticas integrais e com participação cidadã.

De onde, porém, se extrairia esse modo de fazer? Ele foi construído desde a cartografia e análise das próprias experimentações do SUS, naquilo que passou a ser denominado de o ‘SUS que dá certo!’ Em 2004, por ocasião do Prêmio David Capistrano (MORI; OLIVEIRA, 2009), constatou-se, na análise de um vasto contingente de candidaturas – foram inscritas 671 experiências, das quais 554 foram validadas como experiências inovadoras no SUS –, que modificações nos processos de gerir e de cuidar em saúde decorriam de um modelo de experimentação baseado na inclusão, portanto, que constituíram processos de mudança como ‘obras coletivas’.

Assim, de imediato se passou a compreender a humanização como método de inclusão, como modo de fazer inclusivo. Essa orientação, todavia, não emergiu apenas das práticas de mudança em curso, e se sustenta também na tradição e orientação do processo reformista brasileiro no campo da saúde, que se funda na luta contra quaisquer formas de autoritarismo, entre as quais, formas de governar as organizações de saúde sustentadas pela posição de mando centralizada em um ou poucos sujeitos, sendo, portanto, contra práticas de exclusão. A humanização como experimentação nas práticas de saúde passa a ser entendida como aposta ético-política

na criação coletiva desde a diversidade de necessidades e interesses dos sujeitos.

Inclusão, na perspectiva democrática, significa acolher e incluir as diferenças, colocando a diversidade lado a lado. Diversidade da manifestação do vivo, da heterogeneidade e das singularidades do humano. Incluir o outro, aquele que não sou eu, que de mim estranha, e que em mim produz estranhamento, provocando tanto o contentamento e a alegria, como mal-estar. A inclusão produz, portanto, a emergência de movimentos ambíguos e contraditórios, os quais devem ser sustentados por práticas de gestão que suportem o convívio da diferença e a partir dela sejam capazes de produzir o comum, que pode ser traduzido como projeto coletivo.

Incluir trabalhadores nos processos de decisão, na perspectiva da composição, para acessar e produzir um plano comum é sem dúvida desafiante, na medida em que se convoca o outro para que ele interfira sobre processos de gestão, até então restrito a alguns, a poucos. Provocar em ‘pacientes’ atitudes para uma maior autonomia no cuidado de si é trazer para a relação clínica a emergência de um sujeito não mais passivo, pois protagonista e corresponsável pelo cuidado. Exatamente esse efeito é o que se procura produzir com a inclusão dos sujeitos: certa perturbação nos papéis preestabelecidos, força-motor da produção de mudanças, pois tendem a desestabilizar o ‘estado de coisas’. Incluir é, pois, tomar a perturbação da inclusão, as tensões que aí se produzem como matéria prima para a construção de modos de gestão mais afinados com interesses coletivos e práticas clínicas mais aproximadas da vida dos sujeitos que se singularizam nessa relação. Incluir os sujeitos não como pares em oposição, mas como sujeitos em relação, em composição de consensos que permitam operar mesmo que provisoriamente sobre realidades concretas e sempre complexas. Incluir para ampliar a rede de sujeitos (usuários e trabalhadores) e serviços do SUS, potencializando essa dinâmica acêntrica própria dos sistemas reticulares, forçando os limites

de uma tradição que ainda insiste em manter sua lógica centripetista, portanto autoritária. Sim, porque todo autoritarismo é expressão de um centro de poder a que se outorga o 'direito' de determinar a ordem social. O SUS, como aposta de reforma sanitária, foi desde sempre um enfrentamento dos modelos centripetistas (hospitalocentrismo, medicocentrismo) de organização do campo da saúde, apontando o grande desafio da construção de práticas democráticas porque acêntricas e reticulares.

A inclusão do outro em sua alteridade para a produção do comum, necessita, todavia, ser orientada por premissas éticas, políticas e clínicas. Quais seriam essas premissas? Aquelas construídas no jogo político-social no processo de construção do SUS, entre as quais o direito à saúde, a universalidade do acesso aos bens de saúde, a equidade das ofertas desses bens, a integridade do sistema de cuidado e a participação cidadã; bem como aquilo que a humanidade ao longo da história tem definido como desejável no processo de interação humana, como a solidariedade, a cooperação, a justiça e a não-discriminação.

Incluir o outro, todavia, não é um exercício pacífico, requerendo análise crítica daquilo que se traz para o encontro, para a relação. Isso implica assumir que toda relação no campo das políticas públicas de saúde nos envolve em um jogo de tensão do qual não queremos nem podemos nos furtar. Tal jogo se funda no plano da agonística, que não se confunde, nem tampouco se resolve na formas de antagonismo do poder. Apostar na lateralidade dos sujeitos, em uma maior comunicação entre equipamentos sociais que compõem a rede de atenção à saúde (coletivos ou arranjos de trabalhadores, equipes transdisciplinares, mobilização de usuários, estratégias intersectoriais etc.), requer maior capacidade de lidar com um campo de forças em contínua tensão: interesses, projetos, valores, concepções, formações profissionais, compromissos de gestão colocados lado a lado não necessariamente em uma luta pela conquista da hegemonia. Apostar na dinâmica acêntrica das práticas de cuidado e de gestão nos

compromete com um modo de fazer que seja inclusivo porque, no lugar da disputa pela hegemonia entre os diferentes, mantém na roda a agonística da lateralidade. A tensão gerada pelas partes ao lado, no lugar de afastar polos antagônicos em luta, pode garantir a construção coletiva do que será tomado como compromisso e contratado como tarefa, portanto do que será aceito como legítimo, considerando determinados pressupostos éticos e diretrizes políticas. Assim, o método da inclusão não propõe aderência ingênua e acrítica àquilo que o outro traz, mas aposta em uma atitude generosa, de acolher essas manifestações para, imediatamente, confrontá-la com a multiplicidade dos interesses do outro, do coletivo, para possibilitar a composição de contratualidades considerando orientações éticas, no caso, aquilo que é tomado como desejável e aceitável no plano do cuidado em saúde; ou seja, a construção de processos de negociação de *ação-com-clinamen* (SANTOS, 2006).

A *vontade de agir com clinamen*, como nos diz Boaventura de Sousa Santos,

não se assenta numa ruptura dramática, antes num ligeiro desvio cujos efeitos cumulativos tornam possíveis as combinações complexas entre seres vivos e grupos sociais (SANTOS, 2006, p. 90)

das quais se esperariam como principal efeito a produção de deslocamentos subjetivos e não-identitários, sem os quais a produção do comum não se faz possível. Em outras palavras, ao invés de se propor rupturas que muitas vezes fazem emergir novas realidades institucionais, portanto novas práticas de gestão e práticas de saúde, sem que efetivamente os sujeitos concordem com elas e as incorporem em seu saber-fazer, agir *com clinamen* constitui uma perspectiva de ação sustentada em ininterruptos processos de diálogo e convencimento, os quais favorecem a produção de pactuações mais estáveis e duradouras e mais concordantes com as bases éticas e

técnicas, em nosso caso, do gerir e do cuidar processos de atenção em saúde.

Nesse sentido, a ação de humanização possibilita aos sujeitos das práticas a experimentação de outras perspectivas de construção da existência, mais em lateralidade, forjando em si e em outros novas atitudes, novas éticas. Ou seja, permitindo a construção de novas realidades sociais, políticas, institucionais e clínicas, coemergentes e codependentes da produção de novos sujeitos.

O movimento de inclusão para a produção do comum é o motor da produção da vida social. É movimento sem o qual a vida plasma sobre o sombrio contexto do dado, do definido, do constituído, onde tudo já está decidido. Tomar o dado como realidade estável e perene, sobretudo em contextos de injustiça social e de autoritarismo nas organizações – ainda fortes marcas em nosso país, é deixar sem contestação, sem constrangimento o mesquinho, a barbárie, a exploração, o tratamento do outro como objeto. No campo da saúde, isso permite a emergência e a sustentação de experimentações que atentam contra a vida, contra a dignidade e os direitos humanos.

Humanização é, assim, propositura para a criação, *poiesis de mundo e poiesis de si: autopoiesi* (EIRADO; PASSOS, 2004). Criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos protagonistas e corresponsáveis. Tarefa de tornar homens e mulheres mais capazes de lidar com a heterogeneidade do vivo, de reinventar a vida, criando as condições para a emergência do bem comum. Essa é a aposta ética da humanização da saúde.

APOIO COMO EXERCÍCIO DO MÉTODO

Afirmar a inseparabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade obriga-nos retomar

o problema metodológico, apontando sua operacionalidade. Experiências acumuladas no campo da saúde nos indicam a importância da inovação realizada por tecnologias relacionais ou, como prefere Merhy (2002), tecnologias leves. Tal inovação nas práticas de saúde pressupõe a capacidade de os sujeitos e organizações colocarem em questão as formas instituídas do trabalho em saúde: diante das instituições de saúde identificar, portanto, sua face instituída e apostar em suas forças instituintes, isto é, essas forças capazes de mobilizar ações de mudança nos processos de trabalho (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

O SUS não pode prescindir da ação do sujeito coletivo responsável pelo movimento instituinte que em 1988 culminou na formulação do direito constitucional à saúde. Esse sujeito que se expressa desde os anos 1970 como movimento coletivo de resistência ao autoritarismo e de reforma das práticas de saúde é a um só tempo a causa e o efeito das experiências de mudança dos modelos de atenção e de gestão. Ele é causa porque agente de mudança das práticas de produção de saúde, sendo paradoxalmente ele mesmo o produto emergente dessas experiências. Daí a importância para o SUS o fortalecimento dos coletivos. A inclusão é, portanto, a diretriz metodológica por excelência do ‘SUS que dá certo’. Essa diretriz, para se operacionalizar em práticas concretas, deve contar com o apoio institucional.

Campos (2000) propôs a função de apoio como ação de sujeitos que contribuem com coletivos de trabalho para qualificar suas ofertas clínicas, para fortalecer inovações da gestão dos processos de trabalho, para fortalecer a grupalidade. A função de apoio institucional tem sido implantada e experimentada em vários serviços de saúde do país, apresentando-se como uma das principais novidades na gestão do trabalho em saúde no Brasil.

A PNH, tendo por objetivo central qualificar a gestão e a atenção à saúde, é uma política que induz a produção de inovações gerenciais nas práticas de saúde,

que exigem nos coletivos/equipes superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

Falar da função do apoiador institucional como um ‘modo de fazer’ é tratar o apoio em sua relação com o método da PNH: um modo de incluir novos parceiros, multiplicando os agentes de contágio da política pública de saúde. Insistimos, então, na importância nos modos de fazer: mais importante do que uma política deve fazer ou fez, interessa o como ela faz. Nesse sentido, o fazer de modo inclusivo impõe a reversão do que está posto no uso ordinário, majoritário, da palavra método (*meta-hodos*). Reverter aqui significava trocar o primado da meta pelo do próprio caminhando (*hodos-meta*), afirmando a força da experiência concreta dos coletivos como guia para o percurso (PASSOS; BENEVIDES, 2009a). A construção negociada das metas a serem alcançadas faz com que o caminho (*hodos*) percorrido não seja predeterminado por objetivos planejados de antemão. A prática de cogestão no processo de trabalho em saúde modifica tanto as práticas gerenciais quanto as de atenção, afirmando a inseparabilidade entre clínica e política, entre atenção e gestão.

O tema do método nos conduz à afirmação do primado da transformação por relação ao conhecer. Toda ação da PNH é de intervenção, estando o apoiador da política imerso, incluído no plano em que faz a intervenção. Daí essa reversão paradoxal que, metodologicamente, faz o caminhar anteceder qualquer meta a ser alcançada. O apoiador acompanha o caminho em um processo de mudança dos modelos de atenção e gestão na saúde.

Mudança de modelos implica mudança de método e é preciso o rigor metodológico, quando estamos comprometidos com o plano das políticas públicas, em que devemos ser muitos e para tal nos abrir para o coletivo. Eis, então, o desafio da PNH, multiplicar-se para se realizar não só como política de governo, mas como po-

lítica coletiva ou pública. Como se constrói uma política pública? Como fazer da política um dispositivo que opere no público, pelo público e por meio do público?

Para falar do modo de fazer do apoio na PNH temos que considerar: 1) seu modo intensivista; 2) seu modo de contágio; 3) seu modo de referência.

Primeiro ponto: todo apoio é uma ação intensivista. No apoio institucional somos levados pelo desafio de realizar um processo que metodologicamente pressupõe a reversão da prática extensiva da ação ministerial em intervenções intensivas.

Sabemos que a máquina do Estado, pelo seu gigantismo, é frequentemente um foco propagador de ações cuja medida e o método são da extensividade, isto é, das ações nacionais, macrorregionais, programáticas e de campanhas. A máquina estatal caracteriza-se por sua capacidade de estender seus ‘braços’ por toda a nação embora, paradoxalmente, essa extensão não necessariamente inclua o povo. Como fazer, contudo, a inclusão do povo? Como incluir o que na experiência concreta do ‘SUS que dá certo’ foge aos padrões idealizados, à figura abstrata do homem médio brasileiro? A rede que se tece em ações puramente extensivas tem uma ‘malha’ aberta demais, de modo a não poder incluir o que frequentemente está distante do usuário ideal, do cidadão padrão (no Seminário Nacional da PNH em 2004, ouvimos uma representante do movimento dos transexuais que dizia que o SUS precisava acolher os diferentes gêneros, os ‘n’ sexos, o serviço de saúde estar preparado para receber esse João que se apresenta com corpo de mulher, pois esse João é um cidadão concreto e não ideal).

Alcançar a experiência concreta no que ela tem de singular exige, portanto, uma ação guiada por uma metodologia não mais extensivista, mas intensivista (PASSOS; BENEVIDES, 2009b) que atualize o método da tríplice inclusão: inclusão dos sujeitos com suas histórias, seus interesses e saberes (lateralização); inclusão dos conflitos ou pontos de tensão que resultam da primeira inclusão e

que devem ser entendidos como analisadores institucionais; inclusão, por fim, do coletivo que se consolida no exercício inclusivo. Incluir nessa amplitude da ação requer o método do apoio-intensivo em dada realidade institucional. O apoiador institucional age localmente, acionando processos de mudança que pelo poder de contágio podem assumir proporções extensivas. Assim, no lugar de abrir mão da extensividade, tomá-la como efeito e não como ponto de partida ou causa de ações programáticas.

Segundo ponto acerca do modo de fazermos o apoio institucional: no lugar de propor a mudança, propagá-la; no lugar de decretá-la, dar condições para ampliação do que é só germe potencial. Nesse sentido, o caráter intensivista do apoio da PNH decorre da ação de contágio. Tomemos um exemplo de prática de produção de saúde com a qual a PNH desde cedo se sintonizou. Trata-se da prevenção do HIV-Aids e aí deparamo-nos com a mesma questão. Como enfrentar um problema de Saúde Pública com dimensões alarmantes a partir da década de 1980? Num cenário com tal dramaticidade, é preciso apostar numa ação que reverta o vetor do contágio no sentido da vida, isto é, tomar o problema da contaminação do vírus HIV como uma situação paradoxalmente de aquecimento das redes de solidariedade, corresponsabilidade, protagonismo e autonomia, fazendo a reversão do vetor do contágio da morte para a vida.

O que implica essa reversão? Que operações constituem essa reversão da extensividade para a intensividade? Como não negligenciar o tamanho do problema? Como reverter o vetor de contágio buscando exatamente neste ponto de incidência mais mortífero da Aids, por exemplo, o lugar potencialmente de maior resistência aos processos de mortificação? Como incluir o que geralmente fica fora ou à margem no *socius*, distante do metro-padrão social? A experiência acumulada pelo Programa Nacional (PN) de DST-Aids do Ministério da Saúde (MS) indica-nos uma direção quando deslocaram e incluíram sujeitos estigmatizados pela condição de

integrantes dos ditos ‘grupos de risco’ (homossexuais, drogados, transexuais, profissionais do sexo), assumindo-os como agentes de saúde capacitados para a prática da redução de danos junto à população com maior grau de vulnerabilidade. Aqueles que estavam marcados pelo sinal negativo do vetor de contágio tornaram-se doravante agentes de um contágio pela vida, permitindo assim os resultados importantes alcançados pelo PN.

Agora, o terceiro sentido do modo de fazer o apoio na PNH: apoiar é criar referência no campo das práticas de saúde (KASTRUP; BARROS, 2009). Se o método nos dá o modo de fazer e a direção, são os dispositivos da PNH que propõem arranjos de coletivos concretos para a realização da aposta metodológica. O apoio institucional é um dispositivo com o qual temos apostado; como dispositivo, ele tem uma função de referência, isto é, o apoiador põe a funcionar determinado processo junto ao coletivo, aciona um movimento de mudança das práticas de saúde e acompanha o caminho nesse processo de mudança dos modelos de atenção e gestão na saúde. Sua função de referência garante um mínimo de regularidade em meio ao processo de mudança, sendo um índice dos vínculos que mantém unido certo coletivo.

FECHANDO A CONVERSA

Os efeitos da humanização – produção de melhorias no atendimento e democratização das relações de trabalho – tomando os pressupostos e modo de fazer da PNH, se espera que decorram do enfrentamento de relações desiguais que têm sido estabelecidas nos processos de cuidado e na gestão; portanto, deveriam incidir diretamente na construção de outras relações entre usuário e sua rede social com os trabalhadores e equipe de saúde, e também modificar as relações entre trabalhadores e gestores, em geral coerentes com a arquitetura e cultu-

ra organizacional hierárquica. Assim, a humanização busca construir novas realidades político-institucionais que tenham entre seus efeitos o reposicionamento dos sujeitos nas relações clínicas e de trabalho.

Esse reposicionamento – tarefa sempre inconclusa – depende menos de atos normativos e mais do acionamento da vontade e capacidade dos serviços de saúde e seus coletivos enfrentarem suas culturas organizacionais, o que pressupõe a construção e substantivação de espaços coletivos que permitam pôr em contato a diferença, abrindo caminhos para se pôr em questão os modos de gerir e de cuidar. Essa é uma direção importante para o enfrentamento de determinadas características da gestão dos serviços de saúde, em que se localizam boa parte daquilo que vem sendo apontado como necessário e desejável de ser mudado nas práticas de saúde.

As mudanças necessárias nas práticas de gestão e de cuidado, na perspectiva da PNH, deveriam se apresentar como novas práticas institucionais desde processos permanentes e ininterruptos de diálogo, negociação e pactuação, os quais são sempre complexos e, portanto, exigentes de algum processo de suporte e acompanhamento, que na PNH se tomou como função do apoiador institucional. Apoiar é, antes de tudo, uma ética que se apresenta como modo de lidar com relações que os sujeitos constroem entre si e com seus objetos de trabalho. Essa entrada pelas relações visa construir múltiplos reposicionamentos, cuja direção deve ser afirmativa de grupalidades mais solidárias e mais capazes de propor e realizar práticas de gestão e de cuidado em consonância com aquilo que do ponto de vista social e político tem sido tomado como justo, ético e tecnicamente adequado.

Essa opção pelo método, todavia, não é um caminho que assegura de antemão resultados – que não podem ser, então, anunciados anteriormente à experiência – senão se apresenta como uma aposta que sujeitos em relação de maior lateralidade e guiados por pressupostos éticos da

política pública, são mais capazes de produzir ações de saúde em consonância com os primados do SUS. Assim, o processo inesgotável de reposicionamento dos sujeitos nas relações e situações de trabalho se apresenta como espaço vívido da própria dinâmica da constituição da vida social: a singularização dos sujeitos e coletivos guarda, sempre, como síntese, elementos dos planos particular (interesses imediatos dos sujeitos) e universal (necessidades de saúde), os quais se resolvem por eixos de transversalização, que são históricos. Ou seja, o movimento é a única repetição e, portanto, tudo se move infinitamente. O acionamento e a ampliação desse movimento é a própria força-motor do apoio, que propicia aos coletivos sua experimentação como força de vida.

R E F E R Ê N C I A S

BARROS, R.B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n.17, p. 389-394, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

EIRADO, A.; PASSOS, E. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004.

KASTRUP, V.; BARROS, R.B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 76-91.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.13, suppl.1, p. 627-640, 2009.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010 (no prelo).

PASCHE, D.F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.13, suppl.1, p. 701-708, 2009.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p. 17-31, 2009a.

_____. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.) *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, p. 151-172, 2009b.

SANTOS, B.S. A queda do *Angelus Novus*: o fim da equação moderna entre raízes e opções. In: _____. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 51-92.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Orgs.) *Trabalhador da saúde, muito prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

TESTA M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Micropolítica do encontro intercessor apoiador-equipe, substrato para um agir intensivista

*Micropolicy of the interceptor/supporter-team interaction,
the substrate to an intensive care action*

Emerson Elias Merhy ¹

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1990). Professor aposentado da Universidade Estadual de Campinas, professor colaborador da Universidade Federal Fluminense na pós graduação em Saúde Coletiva e da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na pós graduação em Clínica Médica, um dos coordenadores da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.
emerson.merhy@gmail.com

Muitas são as apostas que nessas décadas vêm implementando a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) apoiado nas práticas de cuidado que toma a vida dos usuários e da população como seu eixo estruturante. Sejam aquelas que apontam a construção de redes de cuidado puxadas pela integralidade, sejam as que se debruçam ali no fazer cotidiano do cuidado, no qual há o encontro trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário da saúde.

No meu olhar, todas têm trazido, para a cena mais visível desse processo, contribuições interessantes quando o que está em foco é o esforço efetivo de mudar o modo de se produzir saúde, na sociedade como um todo, e nas redes de cuidado em particular, tomando como seu motivo a superação das práticas predominantes, realizadas na maioria das redes públicas e privadas de saúde, em todas as formas de serviços existentes, que não se focam de maneira aberta para o mundo das necessidades daquele que dá sentido para qualquer uma dessas práticas: o usuário individual e coletivo e seus modos de existências.

Vejo que a melhor maneira de perceber a busca dessas perspectivas no conjunto daquelas apostas é poder olhar para o esforço de construção de um campo de práticas que se constituem a partir da construção de novos objetos e modos de agir no campo da saúde, que subsumam, dando-lhes novos sentidos, às práticas que hoje são imperativas centradas nas diversas maneiras profissionais de agir, para um novo lugar de conformação da produção do cuidado, que amplia fortemente a objetividade que deve invadir o mundo do trabalho na saúde.

Assim, procurar realizar esses processos substitutivos, no meu entender, é apostar no sentido de realizar na ação do trabalho em saúde a construção de um novo objeto para o agir e, ao mesmo tempo, a também construção de novas formas de práticas de cuidado, que considera necessário criar formas de

produzir os coletivos de trabalho como vital e estratégico, para que todos os envolvidos nele – como elementos constitutivos ativos do processo de trabalho e de seu sentido último – possam operar suas contribuições de uma maneira forte para que esse processo de deslocamento de um campo centrado nos procedimentos profissionais se realize em direção ao campo da objetividade dos modos de existir dos usuários e dos trabalhadores de saúde, tão singulares no mundo das repetições.

A oferta feita pelos autores do texto *Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da Política de Humanização da Saúde*, de Dario e Eduardo, não me cria nenhuma dúvida quanto a esse tipo de perspectiva e construção. Formulam de uma maneira rica de que modo suas ideias podem estar de mão dada com todas as outras, que também operam nesse mesmo campo de intenções mudancistas. Com eles comungo esse reconhecimento, o que não me isenta de apontar certas dúvidas ou preocupações que me invadem, quando leio o material que nos oferecem, já reconhecendo de imediato que neste texto não vou tratar de todas elas. Algumas só pontuarei, outras irei aprofundar um pouco mais, em particular a que se refere à importância e presença do apoiador como fundamental “recurso” para construir e operar a política da humanização, que indicam; ou seja, a sua centralidade na construção do como fazê-la.

Antes, entretanto, gostaria de pontuar algumas das dúvidas que só indicarei como questões que também me interessam e que poderão ser pauta para novas discussões. Por exemplo:

- soa-me estranho, no material, a noção de que é sempre no campo da clínica que se coloca o mundo do cuidado, na medida em que vejo esse mundo como algo que vai para além da clínica, o que não a apequena como muitos possam pensar, mas não partilho da noção de que todo agir em saúde é clínica, acredito que esse

ponto merece mais interrogações nas apostas que trazem fortemente esse componente para pensar as alternativas de mudanças das práticas;

- não tenho restrição ao uso do termo humanização da maneira que o texto traz, mas apontaria que é pouco o que ele oferece para colocar em análise a maneira senso comum como é concebido por parte significativa dos construtores das práticas de saúde, em particular o próprio coletivo de apoiadores, voltarei a essa dimensão; e por último,

- da mesma maneira me soa estranho a necessidade de utilizar a figura do método, como forte construção simbólica dessa proposta que procura se abrir para a diferença, como elemento constitutivo dos regimes de autoridade que operam nos encontros múltiplos, que entendem ocorrer ali na vida real da gestão e do cuidado, e com isso toda a força que esse elemento simbólico já tem no imaginário contemporâneo, não com muita dificuldade, passaria à imagem que essa proposta é ‘O’ método de produzir novas práticas, quase de modo único e verdadeiro, o que seria um contrassenso em relação às próprias declarações dos autores.

De fato, não são poucas as questões levantadas como preocupações que me invadem na leitura de um material como esse, e nem esperaria que nas réplicas todas fossem tratadas a fundo, mas que pelo menos criasse uma pauta entre nossos modos distintos de olhar, para o que é proposto.

Gostaria de me focar mais intensamente naquilo que pode trazer em si todos esses elementos que aponte até agora: a conversa sobre o apoiador como recurso do método.

Talvez eu dissesse de uma melhor maneira, que me parece enriquecedor da noção do método como um caminhando: o apoiador como o próprio método. Pois,

há passagens no texto onde claramente ele não é mais tratado como recurso, mas sim como dispositivo, algo que dispara e agencia novos processos de subjetivações a partir de seu encontro com e no outro, agindo de um modo intercessor. Operando, micropoliticamente, no encontro, nas relações de poder que podem interrogar os regimes instituídos e subjetivados de implicações, de todos que estão ali naquele encontro, abrindo-se para novas formas de subjetivações, permitindo que modos assujeitados se abram para novos processos instituintes e agenciadores.

Esse é o modo pelo qual posso ler o apoiador como dispositivo, e ao lê-lo assim uma interrogação me surge: ele como tal também não sofre o efeito desse encontro com os outros nas diferenças e, nesse efeito, também não deveria ser colocado em linha de fuga de si mesmo, enquanto recurso de um método e de uma proposta a priori – como um provocar a humanização em ato como inclusão da diferença – e se ver na sua diferença como elemento constitutivo do coletivo em produção, no qual está incluído e não só como elemento de fora.

Um apoiador que não se posicione, a partir desse lugar de dispositivo, é de fato recurso de um projeto moralmente já posicionado, o qual tem tantos projetos a priori que acaba traindo as suas próprias intenções discursivas de acolher a diferença, que poderá ser reduzida e ser vista só como a do outro para consigo, e como tal o único lugar da identidade a sofrer intervenção, inclusive como externalidade sobre.

Imagino que aí está a força e a fragilidade de uma aposta como essa, pois aí está a dobradura: o ponto de fuga da identidade é a partir do território identitário, vazando-o, de todos que ali se encontram. Assim, o apoiador não poderá ser a repetição de um tecnopolítico que algumas propostas formulam no campo da saúde, nem de uma correia de transmissão de um projeto em busca de hegemonia. Terá que ser sim um dispositivo micropolítico de encontros e nos encontros, e como

tal portar uma caixa de ferramentas da ação que não seja desenhada ética e politicamente a priori, mas no forjamento da inclusão da diferença de si e do outro, em ato.

Talvez eu ainda admita que poderá haver sim um território ético e político que habita o campo da produção do cuidado, mas esse não é com certeza aquele que os trabalhadores e gestores portam, pois para mim esse é o lugar da objetividade construída pelos usuários pelos seus modos de existências que fundam os sentidos a se produzirem no campo de práticas da saúde, e como tal não é externalidade mas transversalidade. Território identitário fundante e, portanto, como tal, também interrogável em ato nos encontros entre o mundo do trabalho em saúde e o mundo das existências dos usuários, pois aí de modo intercessor e muito para além da própria clínica o que se abre é o campo de construir no detalhe o mais singular de cada viver, apostando que isso só se fará ao apostar na produção de ‘uma’ saúde.

Nesse caminho, coloco o meu debate com os autores, imaginando que pontuam muito do que apontei, mas não de um modo tão explícito e necessário sobre o apoiador, como considero relevante tal o seu lugar fundamental.

Vamos à réplica e um grande abraço.

Inclusão do direito de ter (interesses) e de ser (comum): inovação e desafio do método da Tríplice Inclusão para produção de mudanças na saúde, PNH

Inclusion of the right of having (interests) and being (common): innovation and challenges of the “Tríplice Inclusão” method aimed at changes in health, PNH

Roseni Pinheiro¹

¹Professora Adjunto do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); Líder do Grupo de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (CNPq/LAPPIS); Bolsista de Produtividade do CNPq 2. rosenisaude@uol.com.br

Artigo de Pasche e Passos traz uma proposta metodológica arrojada e inovadora para a efetivação da política de humanização da saúde, que nos desafia a alargar nossas mentalidades acerca dos saberes e práticas que sustentam o agir em saúde em um contexto de direitos, no caso do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). Como qualquer texto instigante, não foram poucas as indagações suscitadas, de modo que buscarei deter-me em alguns aspectos pelos quais me senti mais provocada, pois desejo contribuir com o debate. Vejamos:

Numa primeira leitura do artigo, poder-se-ia dizer que não há novidade nessa ideia do método tríplice inclusão, pois, no arcabouço jurídico-institucional do SUS, já estão inscritos os atores, as instâncias e os modos de funcionamento para a operacionalização da política de saúde. Além disso, é possível identificar facilmente alguns dispositivos institucionais de participação que poderiam ser entendidos como formas de inclusão de diferentes sujeitos nos modos de gerir e produzir cuidado na saúde. Poderíamos citar, por exemplo, o conselho de saúde como uma instância política capaz de configurar um tipo de tríplice inclusão que, ao reunir usuários, trabalhadores e gestores, também poderia promover mudanças na saúde. No caso dos conselhos, como parte de um método que poderíamos chamar de inclusivo, pois a ele compete a elaboração, implementação e avaliação da política de saúde, seja em âmbito, local, estadual ou nacional. Mais do que isso, os métodos recomendados para seu funcionamento, que já vêm sendo amplamente estudados, destacam os mecanismos técnico-políticos de atuação e interação dos sujeitos na saúde, que seriam: representação, negociação e decisão.

Não obstante a essa leitura, os autores inovam quando qualificam o termo inclusão como ‘método-ação’, ofertando-nos a figura do apoiador institucional,

como a forma concreta e humana de sua materialização no espaço molecular dos modos de gerir e de cuidado a fim de tornar realidade os princípios do SUS. Como promotor do método tríplice inclusão, o apoiador teria no escopo de suas ações a configuração de ao menos três modos de atuação/interação, que são: o modo intensivista, o modo de contágio e o modo de referência. Trata-se de modos de agir, uma maneira peculiar de manejar e reduzir a possível clivagem entre prática e teoria, possibilitando interferir nas dinâmicas entre trabalhadores, equipes e usuários e suas redes sociofamiliares no sentido de problematizar e construir soluções resolutivas para as demandas e necessidades dos sujeitos.

Além disso, identifica-se nos argumentos dos autores o firme propósito de que este método possa influenciar incessantemente os padrões de comunicação entre os diferentes, e daí estimular uma maior lateralização para a ‘produção do comum’ em conformidade com os preceitos éticos e técnicos. Diante deste desafio, os autores propõem um enfrentamento à Política Nacional de Humanização (PNH), como uma política capaz de deflagrar movimentos de experimentação no campo das práticas de saúde no sentido de afirmar os princípios éticos humanitários como valores fundadores desta política. E acrescentam que esses movimentos de experimentação possibilitariam a adoção de práticas de gestão e de cuidado considerando tanto as exigências técnicas como os interesses e necessidades dos sujeitos que se relacionam no processo de produção em saúde.

Parecem-me evidentes as potencialidades deste método de não somente tornar realidade os princípios do SUS, mas também qualificar o modo de incluir os sujeitos na produção do cuidado em saúde, ampliando a dimensão da técnica em uma perspectiva não somente ética, mas estética e afetiva. Entendo que se trata de uma inovação epistemológica que assume a inclusão como constructo de uma ação política capaz de inverter a ideia do “deve ser” para o “como fazer”, em que o ob-

jecto não se reduz ao dado (à doença, ao ciclo de vida) e nem desaparece na prescrição dos procedimentos, pois, como tal, o método de inclusão reclama o seu objeto que consiste em produzir o comum.

Daí que identifico ao menos uma inflexão para sua aplicação prática de influenciar os modos de gerir e de cuidado em saúde: como produzir o comum considerando os interesses e necessidades dos sujeitos?

O comum, no sentido do filósofo francês François Jullien, define-se como o político. Ou seja, o comum trata daquilo que se compartilha, não daquilo que é semelhante. Abriga a ideia de pertença que configura comunidade, ‘e pode se legitimar em progressão, por extensão gradual, como que delineando níveis sucessivos de comunidade ao qual um indivíduo ou grupo pode ser integrado.’ Por sua vez, observa-se uma tendência histórico-filosófica do comum que se caracteriza mais fortemente no sentido de se descerrar do que de se fechar. O autor acrescenta que o comum evolui de um espaço de inclusão e convergência para um local onde as particularidades se diluem, onde os interesses privados e específicos brandem suas contradições em igualdade de condições com transparência, possibilitando a emergência do diálogo e da política.

Diante dessa definição, e convido os autores a refletirem sobre a pertinência da ideia de se considerarem os interesses dos sujeitos para produzir o comum por extensão a saúde como bem comum, pois entendo que se trata de um paradoxo que tem raízes nas crenças e valores que funda a própria concepção de política na esfera pública, cuja negação do outro se dá se da pelos exercício do direito de ter poder sobre a vida de todos em detrimento do direito de ser diferente, mas lutando pela inclusão de todos os implicados. Isto porque, como nos ensina Jullien, conhecer o outro é humanizar e ampliar a moral, restabelecendo a possibilidade de sua refundação e permitindo buscar uma moral que admita a crítica da suspeita.

Nessa perspectiva, parece-me evidente que vivenciamos, nos processos de trabalho em saúde, sob a perspectiva da PNH, uma tentativa frustrada de conciliar o interesse e a produção do bem, pois se aproxima muito mais da concepção medieval do que humanística de agir em coletividade, sendo que, na primeira, as corporações profissionais têm o bem comum, não se liga à política, mas apenas à reciprocidade de interesses materiais e espirituais entre vários indivíduos. Essa compreensão é consubstanciada pela afirmação de Hannah Arendt de que a promoção do social, e por extensão a saúde, teve como fator fundamental a progressiva subordinação da esfera pública aos interesses privados dos indivíduos, sendo que os meios de reiteração desse processo se deram desde o desenvolvimento das atividades artísticas privadas (o romance, a música e a poesia) até a ‘standardização’ dos comportamentos de conformismo da sociedade, como as convenções sociais dos salões, a burocracia, a economia, o cientificismo, a estatística etc. São meios que influenciam, até os dias de hoje, as diferentes dimensões da vida, das quais o social, por extensão à saúde, não escapa.

De outro lado, para esta autora, o comum é o próprio fundamento do que é público, e por que não político, e da política de humanização, que se centra nas ideias de acessibilidade, visibilidade, e por que não de responsabilidade, pois é no modo de gerir e cuidar que buscamos a liberdade no agir, um agir que não mais enfatizaria a liberdade como um atributo individual, mas relacional. Daí advém minha última indagação sobre a possibilidade de o apoiador institucional poder agir “desinteressadamente”; longe de ser neutro, teria como desdobramento do seu método a promoção de efeitos universais dos princípios dos SUS. Talvez, dessa forma, o apoiador pudesse interferir no modo como os indivíduos têm usado, cada vez mais, a liberdade do espaço público – processo de trabalho – para se esquivarem a esse mesmo espaço, o que não prejudicaria o indivíduo,

mas afetaria a dimensão desse espaço público, como um coletivo de sujeitos que lutam para tornar o direito à saúde algo universalizável.

Nesse sentido, a produção do comum acaba por requerer a inclusão de uma noção de comunidade como um conceito operativo, no qual o apoiador institucional consideraria as redes sociofamiliares como vetores dessa tríplice inclusão, potencializando os modos oferecidos na prática do método proposto. Penso que, desse modo, o apoio poderia propiciar práticas eficazes de lateralizações de experiências de vida como ação primeira de ampliação da força de se afirmar a própria vida, não somente agora, mas para as gerações futuras.

O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical

The place of the method in the National Humanization Policy: an effort into a radical democratic experimentation

Dário Frederico Pasche ¹

Eduardo Passos ²

¹ Enfermeiro; Doutor em Saúde Coletiva pelo DMPS/UNICAMP; Coordenador Nacional da Política de Humanização do Ministério da Saúde; Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
dario.pasche@saude.gov.br

² Psicólogo; Doutor em Psicologia pela UFRJ; Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF).
e.passos@superig.com.br

Nos comentários de Emerson Merhy e de Roseni Pinheiro ao nosso texto temos o afinamento da discussão, indicando as questões importantes, esquivando-se dos falsos problemas. Emerson focaliza o tema central do debate (o método do apoio) sem deixar de pautar três pistas relevantes para a continuidade de nossa discussão, pistas que não deixam de dialogar também com as indagações propostas por Roseni. Por isso, recomeçamos de uma das pistas de Emerson: o sentido da humanização frente à ‘maneira senso comum como é concebido’.

A humanização é um valor do cuidado em saúde, e o apoio institucional é uma das formas para sua inclusão e reforço nas práticas de saúde, que são sempre práticas de gestão e de cuidado. A Política Nacional de Humanização (PNH) reposiciona o tema da humanização da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), pois não a coloca de imediato como anteposição àquilo que se anuncia como ‘desumanização na saúde’. Entende que essa produção é também humana e que sua superação exige reflexões e interferências sobre o mundo do trabalho na perspectiva da construção de reposicionamentos de trabalhadores e usuários para que se afirmem como novos sujeitos em novos modos de fazer saúde. Do ‘conceito-sintoma’ ao ‘conceito-experiência’ (BARROS; PASSOS, 2005b; CAMPOS, 2005), foi assim que designamos o desafio de ressignificação dessa antiga agenda das práticas de saúde, forçando os limites do conceito nessa direção que não pode deixar de soar paradoxal de uma ‘humanismo anti-humanista’ (BARROS; PASSOS, 2005a).

A problemática que essa inflexão conceitual e metodológica coloca, reafirmamos, é a do ‘como fazer’. Como fazer para que esse movimento de criação de novos sujeitos resulte ‘na’ e ‘da’ criação de novas práticas de saúde, as quais passam a não derivar, então, apenas de constrangimentos impostos, passando a corresponder também a mudanças nos próprios sujeitos?

A PNH propõe um método, um modo de ação para realizar o desafio da efetiva participação, o que não se pode fazer sem a tripla inclusão no plano da atenção e da gestão em saúde: das pessoas, dos analisadores sociais e coletivos. Nessa direção, Emerson nos propõe a segunda indagação que nos serve de pista: com essa convicção não se corre o risco de propor ‘o’ método, ou seja, uma nova centralidade a qual, então, coloca a PNH em contradição com sua própria intenção acêntrica? Essa questão é bastante oportuna e não nos soa nada estranha, embora entendamos que aqui é preciso marcar a distância frente aos discursos disciplinadores que no campo da produção de conhecimento fazem do método a arma ou armadilha para constranger os que se afastam dos procedimentos instituídos, os que não comungam com o que é posição simbólica dominante no ‘imaginário contemporâneo’. Se devemos estranhar esse uso dominante do método, por outro lado, devemos revalorizar o estranhamento no exercício do método que propõe a inclusão e, portanto, o encontro na diferença (e uma réplica tem este sentido ético). A aposta metodológica da PNH – que não pode ser outra coisa senão o reencantamento do concreto no SUS – quer disparar movimentos de grupalização (profissionais em situação de protagonismo distribuído nas práticas de trabalho; usuários na corresponsabilização do cuidado), e tem entre suas forças e ação o estranhamento provocado pela posição anunciada pelo outro, que motiva vontade nos demais de argumentar desde si; o que, por sua vez, acionará novas entradas na roda, ativando processos de comunicação, que literalmente quer dizer ato de produção do com(um), não nesse sentido do ‘como o Um’, como o que se totaliza, mas do que é de ‘qualquer um’, do que comunica porque conjuga qualquer um.

Os comentários de Roseni nos ajudam a avançar nesta discussão metodológica ao colocar a questão: ‘como produzir o comum considerando os interesses e necessidades dos sujeitos?’. Certamente afirmamos a

direção do método da tríplice inclusão sem poder deixar de considerar o sentido paradoxal dessa aposta. Como em todo paradoxo, somos obrigados menos a resolver a tensão gerada pela coexistência de sentidos distintos, do que aprender a habitar – tal como no fio da navalha – esse lugar instável do limite: entre o que comuna e o que difere; entre o que conecta os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e o que nessa conexão tensiona. A referência ao belo ensaio filosófico de François Jullien (2008) nos ajuda a precisar nossa aposta quando distingue, sem separar, os conceitos de universal e comum. O primeiro tem sentido lógico do que ‘se edita’ (sobre o modo do ‘é preciso’, como uma lei necessária saída da razão), ou melhor ‘se prediz’, à montante de toda experiência; o comum, por sua vez, se reconhece ou bem se escolhe, se enraíza ao contrário na experiência’ (JULLIEN, 2008, p. 41). Eis, então, que o conceito de comum ganha sua consistência experiencial e concreta, indicando certo procedimento que vai à jusante da experiência, acompanhando as práticas efetivas, criando comunidade pelo efeito da partilha e do pertencimento. É comum o que está instanciado na experiência a partir do pertencimento de cada um ao coletivo. Trata-se de conceito político por excelência já que comum é a experiência de ‘decisão concertada’ a que somos convocados e forçados a fazer na partilha do coletivo. Entre o lógico e o político se define, portanto, uma diferença de direção na experiência – à montante e à jusante nela – o que nos permite pensar uma interessante complementaridade entre o universal e o comum, sem que esses conceitos possam se recobrir completamente. Tal como no SUS que como política de Estado se afirma, desde 1988, como enunciado legal (a saúde é direito de todos e dever do Estado), como forma do universal, mas cuja realização efetiva no cotidiano das práticas de saúde não pode se dar sem o seu instanciamento ou corporificação na experiência concreta. A distância entre o que é de direito e o que se efetiva na

experiência concreta exige-nos o esforço de ligar o universal e o comum, o que é da racionalidade da proposta legal do SUS e a efetividade das práticas de produção de saúde; em outras palavras, ligar a dimensão do 'que deve ser feito' (os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade) com a dimensão do 'modo de fazer' (os princípios metodológicos de efetivação de uma Política Pública, como se quer a PNH). É na experiência concreta de produção do comum entre sujeitos e posições diferentes – pois o comum não é sinônimo de semelhante – que o SUS se realiza como política pública encarnada na prática concreta.

O método da PNH funda-se em um pressuposto ético e em uma percepção política sobre o funcionamento das organizações de saúde tomando como referência os princípios do SUS. Um dos fundamentos civilizatórios das sociedades modernas é a democracia, compreendida como valor que aciona modos de gestão (das cidades, das organizações...), os quais, então, se distinguem. A composição dos espaços de gestão não se fundamenta em qualquer meritocracia, pois o que é 'meritório' é o simples fato de ser cidadão (em nosso caso ser trabalhador da saúde, ser usuário). A democracia não é uma meritocracia porque sua ação política não deriva da ocupação de posições hierárquicas, nem de *status* econômico e, tampouco, se resolve por se pertencer a uma corporação ou coletividade específica. Ao contrário, a democracia exige superar essa condição de representação sem negá-la, mas colocando novos contornos, pois tem como imperativo ético e condição *sine qua non* a inclusão da diferença. Essa inclusão tem um sentido muito claro: promover apropriações múltiplas daquilo que está em jogo, então não mais pertencente a um, mas também aos demais. Democracia é um exercício ativo de apropriação coletiva de valores e das resultantes das práticas sociais.

A PNH quando propõe a inclusão como método toma, então, o espírito da democracia como fundante

de um modo de fazer (um caminhando) que se quer radical para a construção social e política. Incluir é, então, uma posição que radica, que vai à raiz e não haveria uma só instituição que se autodenominasse democrática que não se dedicasse ativamente à inclusão não-manipulativa das pessoas nos processos de reflexão/tomada de decisão, ou seja, ao exercício de criação de sentido coletivo, plural para as suas produções simbólicas e práticas. Esse movimento toma, então, as feições de uma produção acêntrica.

Dessa forma, parece-nos que o exercício democrático, entendido como prática inclusiva, está atrelado à perspectiva de construção de redes acêntricas. Propor a radicalidade da inclusão obriga à reversão metodológica – e aí sim há um primado, um princípio ordenador: no lugar da *meta-hodos*, um *hodos-meta* (PASSOS *et al.*, 2008; HECKERT; PASSOS, 2009), isto é, um primado do caminhar por relação às metas a serem alcançadas, de tal maneira que a definição dos modos de gerir e de cuidar só se faça coletivamente pela inclusão das diferenças em sua lateralidade (diferentes sujeitos lado a lado, corresponsabilidade e protagonismo distribuído). Assim, a democracia é um valor substantivo das práticas renovadas de saúde e de gestão do trabalho e das organizações de saúde que só se faz mediante uma macropolítica de governo e como uma micropolítica do encontro da diferença, como atestam Emerson e Roseni.

Esse é o pressuposto ético sobre o qual o método guarda profunda coerência, o qual, no campo da saúde, corresponde à necessária inclusão do usuário na clínica e do trabalhador na gestão e vice-versa. Assim o método – modo de fazer – não pode ser identificado como 'o', mas como 'um' modo de realização de mudanças no campo da saúde pautado no reconhecimento da democracia inclusiva como valor substantivo da sociedade brasileira.

Um democrata radical à frente de uma organização de saúde, nessa perspectiva, deveria não só dar passagem,

mas também produzir alguma contenção aos outros (sujeitos, interesses, desejos...), à pluralidade, à heterogeneidade que conforma aquele 'lugar de produção'. Isso porque o exercício prático do 'valor democracia' exige compreender que o povo na decisão corresponde a mais pessoas se apropriando daquilo que está em jogo, em nosso caso, na definição dos modos de gerir e modos de cuidar, o que, de fato, tem um caráter axiomático.

É claro que nesse jogo da inclusão não significa que tudo valha, pois se trata de um espaço de ação em que os sujeitos estão sempre em um regime de coprodução de si em relação a outros (CAMPOS, 2000). Isso significa que seus interesses particulares estão cotejados por necessidades sociais, por regras técnicas, por diretrizes de gestão, as quais informam necessidades e interesses mais amplos, sociais e coletivos. O exercício do método da inclusão, como afirmamos, não ocorre por passividade, mas por posição crítica àquilo que o outro traz como verdade, vontade e desejo, o que se resolve por processos de argumentação, arguição, compromisso e produção de contrato.

Não nos parece, então, que a aposta nesse método poderia trazer constrangimento ao argumento de que a PNH se propõe a regimes mais reticulares, não-arborescentes e acêntricos. O lugar que o método toma é o da afirmação do valor democrático macro e miropoliticamente, sem o qual as situações se resolvem por acúmulo de poder instituído, que reafirmado não produz inovações, mas reprodução. Situação, então, que se resolve sempre pelo uso da violência.

De outra parte, o método advém de uma percepção política sobre o funcionamento das organizações de saúde. Aqui importa dizer que as formas de gestão tradicionais das organizações de saúde produzem estratégias ativas de exclusão de usuários e dos trabalhadores das decisões clínicas e sobre os processos de trabalho.

Entre outros, o efeito disso se reverte em perdas do sentido terapêutico das práticas, que tendem a ser

colonizadas pela lógica institucional e/ou corporativa. Esse processo de institucionalização corresponde ao fechamento das organizações de saúde à pluralidade dos interesses (PASCHÉ, 2010), o que significa estratégia de privatização (interesses coletivos são privados de interferir). Reconhecendo isso, o método da PNH toma essa situação como desafio político, e os efeitos esperados de um processo de humanização passam também a corresponder à produção de outras dinâmicas de gestão, então mais participativas (inclusivas) e democráticas. Tal construção mais que se apresentar como 'o' método, se afirma em uma opção radical na direção da produção coletiva, sem o qual se corre o risco de privatismo, de ataque e negação da missão das organizações e o sentido ético-político da produção de autonomia com o outro se perde, reduzindo a potência da ação dos trabalhadores e usuários na produção de saúde.

O método, portanto, diz respeito à aposta em 'um' modo de fazer que, em sua formulação geral, programática, deve sempre guardar uma franja de indeterminação, uma dose de inespecificidade a fim de que sejamos forçados a precisá-lo a cada encontro.

Deflagrar e sustentar movimentos nesta direção, todavia, não é exercício que se resolve facilmente, pois exige a produção de novos modos de funcionamento dos coletivos e das organizações (de saúde), que por sua vez impactam sobre os sujeitos, que necessariamente precisam se repositonar, recriando modos de sentir e de experimentar os encontros no campo da produção das práticas de saúde. Eis, então, a terceira pista proposta por Emerson para a ampliação da discussão: será que todo agir em saúde é clínica? Para tal questão precisaremos discutir o que se entende por clínica no sentido ampliado do termo, o que pretendemos fazer considerando a situação especial do trabalho do apoiador em saúde. Tem-se, aqui, a ponte que articula as questões preliminares com o tema prioritário da discussão: a função apoio.

Inicialmente, precisamos tomar o sentido de clínica intrínseco ao trabalho em saúde. Emerson se pergunta se ‘é sempre no campo da clínica que se coloca o mundo do cuidado, na medida em que vejo esse mundo como algo que vai para além da clínica, o que não a apequena como muitos possam pensar, mas não partilho da noção de que todo agir em saúde é clínica’. Concordamos que o cuidado em saúde não se restringe ao trabalho nos equipamentos de saúde nem tampouco aos recursos de que os trabalhadores de saúde lançam mão frente às demandas de tratamento. Emerson é muito sensível ao perigo de um monopólio do cuidado pelos trabalhadores de saúde, o que nos ajuda a entender a amplitude do tema do cuidado. Denuncia, em seus textos, um tecnicismo hegemônico que degrada as práticas de saúde reduzindo-as à sua face instrumental, comprometendo, assim, sua dimensão cuidadora. Por outro lado, é preciso forçar os limites do conceito de clínica, ampliando-o, de maneira a assegurar-lhe não só o sentido de assistência e acolhimento instrumental que a origem etimológica da palavra impõe (*klino* = inclinar; *kline* = leito; *klinikós* = inclinar-se sobre o leito do acamado), mas também compreender aí esse outro movimento da inclinação, por meio do qual a clínica se faz como reposicionamento, desvio, *clinamen* (PASSOS; BARROS, 2001). Nesse sentido, pensar o trabalho em saúde frente aos desafios colocados pelas políticas públicas nos leva a afirmar a mudança dos modelos de atenção e de gestão e a prática efetiva da inclusão, exigindo-nos esse movimento sempre renovado do desvio de si, de reposicionamento que confere à clínica seu sentido ampliado, o que a função do apoio exemplifica em sua prática concreta.

Apoio é recurso do método, é dispositivo. A ‘condição dispositivo’ exige, em coerência ao método, movimento crítico de experimentação-reflexão, ou seja: a) análise das implicações que ligam os deferentes sujeitos no campo da intervenção (trabalhadores, gestores, usuário e o próprio apoiador a quem se encomenda uma

‘intervenção institucional’); b) análise da demanda de apoio por meio da cartografia dos movimentos que produziram a encomenda de apoio (quando o apoio chega é porque já havia movimento naquele lugar, lembra-nos Rosana Onocko (CAMPOS, 2003); c) análise dos efeitos e repercussões daquilo que se produz nos processos de agenciamento coletivo disparados pela função de apoio (o apoio é demandado por movimentos já presentes na instituição e sua ação se agencia a esses movimentos, disparando outros).

Dispositivo é sempre efêmero, transitório (que faz transitar), pois sua função é de disparo, que não pode, então, ficar preso em si mesmo, apontando a sua própria dissolução como recurso de método para aquele coletivo singular. Aferrar-se no dispositivo é propor a morte da continuidade dos movimentos instituintes que criaram as condições político-institucionais para a experimentação do apoio.

Essa questão apontada por Emerson – o apoiador ‘em linha de fuga de si mesmo’ – é então uma importante condição da função apoio que Roseni destaca como ‘forma concreta e humana de sua materialização (do método da inclusão) no espaço molecular dos modos de gerir e de cuidado’. Não se deixar confundir com os sujeitos com os quais interage; não tomar o lugar do outro (lembramos a história de um amigo em comum que, compondo um dos primeiros grupos brasileiros de ajuda humanitária à revolução nicaraguense, deixa de ser médico para pegar as armas e, nessa nova condição, é convidado pelos revolucionários a deixar o país. Aquele papel não lhe cabia: sobreimplicou-se); não fazer pelo outro; não fazer do outro o portador dos valores e percepções do apoiador e, sobretudo, não aferrar-se à sua própria condição de ferramenta de mudança, sendo, assim, obrigado a mudar de posição ele mesmo, a acompanhar os processos de mudança sem colocar-se na posição de super-visão, de sobrevôo da realidade se confundindo com um ponto de vista privilegiado (PASSOS; EIRADO,

2009). Interferir nas produções coletivas, ajudar a fazer: fazer com; compartilhar valores e experimentações; mas também modificar-se com. Bem podemos ver que essa função anda no ‘fio na navalha’, e os riscos da produção de confusão da função apoio com a figura (significante) do apoiador estão sempre presentes.

Assim – como apontamos no texto – a ação do apoiador reveste-se de uma delicadeza e exige o exercício rigoroso do método. Apoio é fazer com, é interferir, mas não é fazer ‘pelo’ outro; é mudar o curso de um grupo, sem que isso signifique confundir-se com o grupo, quando então se perde a função crítica trazida por sua condição de ‘terceiro’. O apoiador como função é uma alteridade no grupo e uma alteridade do grupo, isto é, seu trabalho é o de disparar processos de mudança no grupo que possam alterar o significado que o grupo tem de si. Dessa maneira, sua atitude é a do ‘reposicionamento de si’ do/no grupo. A coerência ao método exige atitude reflexiva ininterrupta de análises das implicações. Quando apoiador e grupo se confundem na forma instituída da identidade do grupo talvez esteja se anunciando a dissolução da função apoio. Nesse sentido, a questão posta por Emerson é fundamental: sem se pôr em questão, sem reposicionamentos, o apoiador deixa de ser dispositivo, instituindo-se, cristalizando-se na condição de figura necessária ao funcionamento do grupo, criando dependência identitária (o grupo preso à sua própria identidade) e perda de autonomia. Assim, a função apoio dá lugar à ação de um agente tecnopolítico que entra no grupo como ‘uma correia de transmissão de um projeto de busca de hegemonia’, como bem nos diz Emerson. Pôr em questão sua ação e efeitos produzidos no grupo corresponde, então, a uma ética do apoio. E como se faz isso? Uma forma mais convencional é o apoio contar com outro apoio, atribuindo-lhe outro sentido para a supervisão: sujeito ou grupo com quem compartilha e se reposiciona. Apostamos na possibilidade do grupo apoiado assumir esse lugar e posição de

apoiador, dobrando sobre si a função de apoio, trazendo para si a condição de sujeito dotado de ‘olhar avaliativo’ (PASSOS *et al.*, 2008). Rompendo com a lógica simbólica do apoiador como um supervisor ou analista do grupo; portanto, como alguém que parece intencionalmente ser o lugar do suposto saber sobre o funcionamento do grupo, ele passa imediatamente a se compreender também como uma produção daquele grupo, em que, então, produz vetores e é vetorizado; produz afecção e é afetado. Essa compreensão longe de embaralhar papéis permite pôr em questão as produções identitárias, que se tornam, assim, mais móveis e cambiáveis.

Nesse ponto, a indagação de Roseni se faz pertinente: “Daí advém minha última indagação sobre a possibilidade do apoiador institucional poder agir ‘desinteressadamente’, que longe de ser neutro, teria como desdobramento do seu método a promoção de efeitos universais dos princípios dos SUS”. O apoiador institucional, é bem verdade, não se engaja de modo neutro na prática de intervenção a que é convocado, assim como os trabalhadores, gestores e usuários não se colocam lado a lado porque neutralizam suas diferenças. O comum que pode se estabelecer na conexão entre esses sujeitos diferentes pressupõe, no entanto, uma atitude de interesse, no sentido etimológico do termo: *inter-essere*. Ter interesse ou estar interessado diz respeito à experiência que se faz entre posições, em meio à diferença, quando a diferença no lugar de impedir atrai ou nos inclina na direção do outro para o exercício da negociação, da disputa de sentido ou da partilha de um bem comum. Estar interessado não pode, portanto, ser um demérito para as práticas democráticas, pois do contrário correríamos o risco de fazer nosso esforço na direção do comum se perder na produção homogeneizante de grupos semelhantes, de agrupamentos organizados pela força da unidade, da totalidade. O apoiador, nesse sentido, realiza sua função imbuído de seus interesses, na condição de poder colocá-los em análise assim como

qualquer outro interesse que componha a instituição. Mergulhado na realidade em que faz a intervenção, o apoiador é diferente e provoca diferenças no ambiente e em si. Longe de ser indiferente ou desinteressado, ele conta com a diferença que ele porta para afirmar a direção do comum, da comunidade que inclui as diferenças, logo os múltiplos interesses. Mais do que um somatório ou agrupamento por justaposição de interesses não-coincidentes, o comum, como afirma Jullien, se faz pela ‘decisão concertada’, isto é, pelo acorde no sentido musical do termo que produz uma sonoridade singular a partir da multiplicidade dos sons. Trata-se de uma ‘decisão’, por outro lado, porque o acordo não está dado nem é previsível, pois requer um reposicionamento dos diferentes interesses. O comum nunca está dado, mas é politicamente construído em função da disponibilidade de cada um abrir-se no sentido da comunicação ou da ação no projeto comum. Somente assim universal e comum podem coexistir como duas direções da experiência: a concreta, no singular da prática dos diferentes sujeitos, e a abstrata na formulação dos princípios universais do SUS.

Outra questão que emerge no texto de Emerson diz respeito à centralidade dos interesses e necessidades dos usuários nos processos de mudança nas práticas de saúde. Emerson advoga que o campo do cuidado contém uma produção ética prévia, mas que não é aquela que os trabalhadores e gestores portam: o sentido ético-político para o cuidado se assenta nos modos de existência dos usuários, legítimos inspiradores, então, dos sentidos para as práticas de saúde. Em outras palavras: são os usuários que portam determinados projetos de futuro para o bem cuidar, para a produção de saúde pautada na dignidade e eficácia ampliada das práticas de saúde. Os demais sentidos estariam colonizados por interesses com os quais não é possível compor.

Embora, como afirmamos acima, o afastamento dos usuários da gestão das políticas, organizações e

práticas de saúde imponha perda de sentido no agir em saúde, parece-nos que a própria história de construção do SUS não confirma a tese da centralidade do sistema seja na posição do usuário, seja na do trabalhador. Para a inscrição do SUS no plano legal, formou-se uma aliança estratégica no campo ético entre trabalhadores da saúde e usuários, o que resultou em uma potente ação política. E longe de se imaginar que isso correspondeu a um bloco histórico homogêneo, ao contrário, foi múltiplo e plural. Assim, pelo menos nesse momento histórico, trabalhadores e usuários uniram-se para compor um plano ético-político de luta e ação, comungando de valores que fizeram emergir no Brasil um sistema de saúde pautado em ideais humanitários e democráticos.

De outra parte, afirmar que o sistema de saúde e suas práticas só se sustentam do ponto de vista ético, se corresponder à expressão ‘única’ ou central dos usuários pode ser interpretado como uma suspeita de que os trabalhadores da saúde – em alguma medida – não são ‘confiáveis’. Eles seriam primordialmente guiados por valores os quais imporiam às práticas um senso utilitarista que nortearia suas ações por interesses e necessidades particulares, mercantis e corporativos.

Não é de hoje – nem imaginamos que esta seja a tese defendida por Emerson – que no SUS se apresenta a inversão de polaridades para a resolução de situações conflitivas que são, a nosso ver, tensões constitutivas das relações sociais no campo da saúde. Dizemos polarização, pois essa tese remete a ação para o polo oposto, perspectivando a construção de uma nova hegemonia, que redunde, a bem da verdade, na manutenção de um jogo de polaridades: se até agora foram gestores e trabalhadores que disciplinaram, por seus interesses, o sistema de saúde, o que produziu iniquidades e utilitarismo; é necessário, então, reverter o polo de mando, indicando seu lado oposto. Os usuários, nesse sentido, teriam o potencial para ‘descolonizar’ a produção de saúde, trazendo à tona a vida concreta e as dramáticas das relações sociais e

econômicas, essas sim as genuínas forças que deveriam ordenar a produção das práticas de saúde.

A PNH, por seu método, não se propõe a isso. Não propõe reversão da polaridade, tampouco a luta pela construção de nova hegemonia, que colocaria em cena a disputa pelo poder: como seria possível construir *settings* clínicos, cuja relação se sustenta na confiança mútua, se o tom é o da disputa pelo poder? Usuário empoderado para disputar o cuidado? Disputar ou compor planos de corresponsabilização? Longe de parecer ingenuidade (sempre possível de ser denunciada), essa posição não é atitude de Poliana: é radicalidade política.

A PNH se propõe a colocar lado a lado os sujeitos, considerando suas diferenças. Essa ampliação da lateralidade não é para que disputem a hegemonia, mas para que possam diferir: produzir o comum na diferença. Assim, a PNH não é uma estratégia de construção de uma (nova) hegemonia, mas movimento de ampliação da potência dos encontros na constituição de um sistema acêntrico. Encontro entendido como relação tensa, que exige posição não passiva: 'requer maior capacidade de lidar com um campo de forças em contínua tensão: interesses, projetos, valores, concepções, formações profissionais, compromissos de gestão colocados lado a lado', dissemos no artigo de debate, fazendo com que a humanização se transforme em uma propositura para a criação, *poiesis* de mundo e *poiesis* de si: *autopoiesis*.

Isso nos faz reconhecer que os encontros conformam campos de forças (entre a tradição, a ciência e a experiência prática dos sujeitos desde suas vidas concretas). A humanização como método se apresenta reconhecendo que esse campo de forças se estabeleceu desigualmente, com grande capacidade de ação dos trabalhadores da saúde. Isso, entre outros efeitos, resultou em estratégia ativa de silenciamento e mudez dos usuários. Sustentamos, todavia, que a recomposição ética do campo das práticas passa necessariamente pelos trabalhadores da saúde ao assumirem que a produção

de saúde corresponde à produção de autonomia com o outro. Com isso se torna forçosa a produção de novos encontros que, então, exigem também dos usuários novas atitudes, de menor submissão e de maior corresponsabilização. Assim, o reposicionamento não é apenas dos trabalhadores, mas também dos usuários, em muitas situações infantilizados, no cuidado de si.

Eis, então, que a discussão continua pela ampliação do campo problemático, o que não se pode fazer sem essa forma de tensão colaborativa que o debate garante.

R E F E R Ê N C I A S

BARROS, R.B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005b.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 398-400, 2005.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos* – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, R.C. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

JULLIEN, F. *De l'universel, de l'uniforme, du commun et du dialogue entre les cultures*. Paris: Fayard, 2008.

HECKERT, A.; PASSOS, E. Pesquisa-intervenção como método, a formação como intervenção. In: CARVALHO, S.R.; FERIGATO, S.; BARROS, M.E. (Orgs.). *Conexões*. Saúde coletiva e políticas de subjetividade. Campinas: Hucitec, 2009. p. 376-393.

PASCHE, D.F. A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.C. (Orgs.). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa*, PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

PASSOS, E. *et al.* A dimensão instituinte da avaliação In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental*. Desenho participativo e efeitos da narratividade. Campinas: Hucitec, 2008. p. 209-228.

PASSOS, E. *et al.* As oficinas como espaço do protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação In: CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental*. Desenho participativo e efeitos da narratividade. Campinas: Hucitec, 2008. p. 300-320.

PASSOS, E.; EIRADO, A. A cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p 109-130.

A experiência da amamentação, de gestantes assistidas pela Estratégia de Saúde da Família, em um município do sul de Santa Catarina, na perspectiva da teoria transcultural de Leininger

Breastfeeding experience of pregnant women assisted at the family health strategy in a south town of Santa Catarina under the perspective of the transcultural theory of Leininger

Ioná Vieira Bez Birolo ¹

Edileusa Mendes Rodrigues ²

Silvana Silveira Kempfer ³

Luciara Fabiane Sebold ⁴

¹ Enfermeira; Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC); Especialista em Planejamento e Gerência de serviços de Saúde e em Saúde Coletiva; Membro do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC); Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C).
ionavieira71@hotmail.com

² Acadêmica de Enfermagem da UNESC.
edirodrigues2006@hotmail.com

³ Enfermeira; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Mestre em Assistência de Enfermagem; Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC; Membro do Grupo de Pesquisa C&C.
silvanakempfer@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da UFSC; Bolsista do CNPq; Mestre em Enfermagem pela UFSC; Professora substituta do Departamento de Enfermagem da UFSC na disciplina de Fundamentos para o Cuidado Profissional; Membro do Grupo de Pesquisa C&C.
fabisebold@gmail.com

RESUMO *Profissionais da saúde têm por desafio incentivar a amamentação efetiva. O objetivo deste artigo foi identificar como se deu a experiência de amamentação com gestantes assistidas pela Estratégia de Saúde da Família de um município do sul de Santa Catarina. Foi realizada uma pesquisa qualitativa fundamentada na teoria transcultural de Leininger em duas unidades de Estratégia de Saúde da Família. Participaram do estudo oito mulheres. Constatou-se que as mulheres apresentavam vontade de amamentar, porém, sentiam-se desamparadas nos serviços de saúde e, quando se deparavam com dificuldades no processo de amamentação, nem sempre conseguiam superá-las, culminando muitas vezes no desmame precoce.*

PALAVRAS-CHAVE: *Aleitamento materno; Enfermagem; Cuidado*

ABSTRACT *Health professionals challenge is to encourage breastfeeding effectively. The aim of this paper was to identify how the experience of breastfeeding happened with pregnant women assisted by the Family Health Strategy in a south town of Santa Catarina. A qualitative research was carried out, based on the transcultural theory Leininger, in two units of the Family Health Strategy. A total of eight women participated in the study. It was observed that women were willing to breastfeed their babies, but they felt helpless in the health services and whenever they experienced difficulties in the process it was not always overcome, often resulting in early weaning.*

KEYWORDS: *Breast feeding; Nursing; Care*

INTRODUÇÃO

O processo de aleitamento constitui-se, em parte, com o conhecimento das mulheres sobre a importância da amamentação e, por outra parte, com as ações desenvolvidas pela equipe de saúde que cuida da amamentação do período pré-natal até o puerpério. Ante a magnitude da temática, despertou-se o interesse em pesquisar sobre o preparo das mães para o aleitamento, buscando compreender os motivos que levam a mulher ao desmame precoce. O sucesso do aleitamento materno pode estar relacionado à segurança, apoio e orientação que a mãe recebe da família e da equipe de saúde. Estas atitudes devem cercá-la mesmo antes do nascimento do bebê, desde os primeiros contatos no pré-natal (LAVINSKI, 2002).

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por suas ações de educação e promoção em saúde, visam a dar mais tranquilidade nessa época de significativa transição. É neste período que o profissional da saúde faz a diferença, seja no apoio e veiculação de informações necessárias para uma amamentação eficaz, seja orientando sobre a importância do leite materno e os benefícios que ele traz para a mãe e o bebê. Pesquisas de campo, em diversos países, detectaram taxas de mortalidade e morbidade mais elevadas entre crianças desmamadas precocemente (OLIVEIRA; MONTICELLI; BRUGGEMANN, 2002). Surge, desta forma, a necessidade de pesquisar os fatores determinantes que levam a mulher ao desmame precoce.

O presente estudo objetivou identificar como se deu a experiência de amamentação em gestantes multiparas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família em um município do sul de Santa Catarina.

Nesta pesquisa, utilizou-se a teoria de enfermagem transcultural de Madeleine Leininger como subsídio para observação desta realidade, por considerar esta fase da gestação vinculada a sentimentos, crenças, valores e

diferenças que cada gestante possui levando em conta a sua estrutura cultural.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de característica descritiva. O estudo desenvolveu-se em duas unidades de ESF, de um município do sul de Santa Catarina. Os bairros selecionados para este estudo foram escolhidos por trabalharem com ESF e terem atendimento às gestantes.

Por entender que as entrevistas oriundas do ESF não seriam suficientes para saturação dos dados, buscou-se entrevistar mais três participantes em uma unidade hospitalar de médio porte com atendimento a gestantes, também da região. Estas se encontravam internadas no hospital devido a intercorrências na gravidez.

Foram então selecionadas, ao final, 8 gestantes maiores de 18 anos residentes no município da pesquisa, com idade gestacional (IG) igual ou superior a 38 semanas, data provável do parto (DPP) até maio de 2008, dentro do tempo disponível para o estudo.

O percurso metodológico foi organizado da seguinte forma:

1º momento: encaminhou-se o projeto de pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Recebeu-se o parecer favorável nº19/2008 para iniciar a coleta de dados. Solicitou-se formalmente, por meio de ofício, autorização da Secretaria de Saúde do município para realizar a pesquisa nas unidades ESF em questão.

2º momento: recebeu-se o parecer favorável da Secretaria de Saúde do Município para iniciar a coleta de dados.

3º momento: realizaram-se visita às unidades do estudo para apresentação do projeto ao enfermeiro responsável pela ESF, explicando o projeto e a forma de agendando das entrevistas com as gestantes.

4º momento: visitas às gestantes, explicação do projeto e, após aceitação para participar do estudo, solicitação da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A ética é imprescindível em todos os tipos de pesquisa para garantir o respeito, a privacidade, o anonimato e a dignidade de cada indivíduo. Neste sentido, cada gestante escolheu seu pseudônimo. Ao final da entrevista, solicitou-se a permissão para anotar seu número de telefone e para retornar, quando em suas casas após os partos, com objetivo de aplicar a entrevista no puerpério.

A coleta dos dados se deu através de entrevista semiestruturada, conforme instrumento de pesquisa acerca de dados de identificação, questões relacionadas com a amamentação anterior e futura, e orientações recebidas pela equipe de saúde. Os dados foram organizados em diário de campo, o qual auxiliou nos apontamentos das observações, informações e questionamentos que surgiram no decorrer da investigação.

Os dados foram apreciados seguindo a técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo (2008), pois diz que “cronologicamente, a análise de conteúdos pode abranger as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação” (MINAYO, 2008, p. 75). Portanto, os dados foram transcritos na íntegra, procedeu-se à leitura exaustiva das informações, aproximação das ideias afins e organização em temas e categorias, com fundamentação bibliográfica à luz do referencial teórico. Apresentaram-se os dados de acordo com as categorias que emergiram.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Perfil das gestantes

Quanto ao perfil das gestantes entrevistadas, constatou-se que estão entre as idades de 19 e 36 anos;

idade gestacional acima de 38 semanas; realizaram em média de 4 a 10 consultas de pré-natal. Com relação à ocupação, tinham como atividade afazeres no lar e, além disso, possuem outras atividades como trabalhar na agricultura, em uma fábrica e como doméstica. O estado civil de duas delas era solteira e as demais eram casadas. Cinco das entrevistadas eram múltíparas e três primíparas; dentre as múltíparas uma apenas não amamentou, e todas referiram o desejo de amamentar seus filhos. Quatro das entrevistadas receberam orientação acerca da amamentação e quatro não receberam. Em relação à participação em grupos de gestantes, apenas uma das entrevistadas participou, e as demais não, sendo que uma destas não sabia que existiam grupos de gestante e a outra não podia porque trabalhava no mesmo horário.

Este perfil das gestantes traz à tona algumas discussões, como: a participação da mulher no mercado de trabalho, assumindo uma tripla jornada: a de mãe, dona-de-casa e trabalhadora, e sabe-se que a gestação não é incapacitante, mas pode se tornar “um empecilho para continuar trabalhando, estudando e sustentando o lar”. (ZAMPIERI, 2005, p. 453).

O estado civil das mulheres, neste momento peculiar, pode gerar sentimentos diversos dependendo do contexto em que ela está inserida. O fato de ter ou não um companheiro e familiares para apoiá-la pode ser o diferencial neste momento de sua vida, sendo que, em condições favoráveis de apoio, afeto, dinheiro, segurança, maturidade, saúde e respeito, a gravidez tem maior potencial de ser vivenciada em harmonia, possibilitando à mulher condições para se realizar enquanto esposa e mãe. (BARROS, 2006). Neste caso, é importante que a enfermagem detecte a singularidade desta situação durante o cuidado, com o olhar da teoria da universalidade e da diversidade do cuidado cultural. Há de se observar um significado holístico, sendo que o cuidado cultural apresenta, em seus conceitos, significados, expressões, pa-

drões, processos e formas estruturais, entretanto, podem ser diferentes (diversidade) ou similares (universalidade) de cultura para cultura no mundo. (LEOPARDI, 1999).

As experiências anteriores de amamentação e as não experiências possivelmente estão relacionadas a diversos fatores aos quais a enfermeira precisa estar atenta, para “identificar a vivência e experiência que a mulher traz consigo, assim como crenças e atitudes” (BARROS, 2006, p.227), que podem ser considerados fatores relevantes neste processo. Neste sentido, os cuidados de enfermagem culturalmente desenvolvidos podem assumir características de bem-estar para os indivíduos, famílias, grupos e comunidades. No entanto, aqueles que experienciam cuidados de enfermagem desvinculados de suas crenças, valores e modos de vida tendem a desenvolver sinais de conflitos culturais, estresses e preocupações éticas e morais. (LEOPARDI, 1999, p. 274).

A caminhada pelo pré-natal

Constatou-se no estudo que algumas gestantes realizaram menos de seis consultas, e outras, seis ou mais. Considerando-se que:

[...] para uma gestante sem fatores de risco detectados, estabelece-se que no mínimo cinco consultas sejam realizadas, sendo que o intervalo entre elas não deve ultrapassar oito semanas. (FREITAS et al., 2006, p. 28).

Desta forma, quanto maior o número de consultas de pré-natal, menores as chances de complicações no puerpério, visto que estes momentos

ajudam na construção do conhecimento sobre o processo de nascimento e sobre si mesma, levando a um nascimento tranquilo e saudável. (ZAMPIERI, 2005, p. 365).

As consultas de pré-natal além de acompanhar o período gestacional, representam momentos de prazer e de resolução de dúvidas acerca deste período.

Trata-se de um momento ímpar para que o profissional de enfermagem se aproxime da gestante, conhecendo suas dúvidas e ao mesmo tempo lhe orientando sobre o período, no qual as mais variadas informações são consideradas relevantes, dentre como o aleitamento materno, o parto, puerpério e o cuidado com o recém-nascido.

Quanto às experiências anteriores com amamentação, surgem duas situações: as mães que não amamentaram e as que amamentaram durante nove meses ou mais.

Experiências positivas e negativas adquiridas ao longo da vida com a amamentação são trazidas pelas mulheres na gestação. Dificuldades no processo de amamentação podem fragilizar a auto-confiança e motivação para amamentar. (ZAMPIERI, 2005, p. 464).

A fase da amamentação

A amamentação é uma forma de contribuir para o desenvolvimento e crescimento da criança, oferece vantagens econômicas, imunológicas, ecológicas, nutricionais e psicológicas. (VASCONCELOS *et al.*, 2006). Ao longo da história, a amamentação, teve diferentes significados e foi alvo de interesse de vários grupos sociais, bem como sofreu influências dos fatores socioculturais (GALVÃO; VASCONCELOS; PAIVA, 2006); mesmo aquelas mães que não amamentaram anteriormente seus filhos, ou as primíparas, referem pretender amamentar durante quatro meses ou mais. Culturalmente, esta é uma resposta esperada, pois pelo referencial de Leininger podemos perceber a abordagem do cuidado “como ações universais, ou

seja, há certos procedimentos que aparecem em todas as culturas, como por exemplo, a amamentação”. (LEOPARDI, 1999, p. 136). Como relataram algumas das entrevistadas acerca de sua intenção em amamentar: “[...] Sim é meu maior sonho, pois não consegui amamentar o anterior por falta de informação.” (copo-de-leite). “[...] Sim, até quando ele (o bebê) quiser.” (Tulipa).

Existem as oportunidades nas quais o profissional de saúde têm o papel fundamental de informar a gestante, mesmo que esta afirme que pretende amamentar – o que por si só não garante o estabelecimento da amamentação eficaz. Fazem-se necessárias trocas de experiências com a gestante sobre a importância do leite materno, seus benefícios para a mãe e o bebê, eleja que é o único alimento capaz de oferecer todos os nutrientes na quantidade exata, razão pela qual não deve ser substituído por nenhum outro leite industrializado.

Por reconhecer sua importância e vantagens amplamente evidenciadas através de estudos científicos, nos últimos anos, o resgate da cultura da amamentação tem se constituído num desafio universal. (ZAMPIERI, 2005, p. 452).

O estabelecimento da amamentação nem sempre acontece naturalmente, por isso é de suma importância que a gestante, além de suas potencialidades, conte com o envolvimento dos profissionais de saúde no cuidado necessário para a amamentação ser efetiva neste cuidado, considerando a dedicação do profissional por meio da empatia e do diálogo, o que possibilita uma assistência humanizada e acolhedora.

[o] acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Tem-se observado inúmeros

problemas nos serviços básicos de saúde com relação a acesso e acolhimento. (RAMOS; LIMA, 2003, p. 28).

Esta relação, quando plena, contribui para a satisfação da gestante, que reconhece a orientação e procura, na medida do possível, colocá-la em prática como afirma Copo-de-leite: “[...] Recebi orientações do médico e da enfermeira.”

Situações diferentes podem ocorrer quando as informações são “despejadas” sem considerar a necessidade das gestantes, que podem concluir o pré-natal ainda com dúvidas, como se observa nas falas: “[...] Sim, fui orientada, mas foi pouco.” (Girassol) e “[...] Talvez se tivesse recebido orientação, eu teria amamentado.” (Copo-de-leite).

As gestantes que não receberam orientações de enfermagem deixam isso transparecer em suas falas, como Azaleia quando diz: “[...] Não, quem sabe no hospital eu receba alguma informação.”

A gestante conta com a possibilidade de que este cuidado se desenvolva no hospital, porém, no período da internação para o nascimento do bebê, as mudanças são ainda mais dinâmicas e, neste contexto, a mulher e os profissionais não conseguem recuperar a vivência do pré-natal.

Observa-se também que a gestante não havia recebido orientações no pré-natal, e passou por dificuldades que culminaram no desmame precoce. Segundo ela, esta situação poderia ter sido evitada com disposição de orientações para o sucesso da amamentação. A amamentação quando é:

[...] bem sucedida é uma arte prática, social, política e culturalmente determinada, transmitida de geração em geração e depende inicialmente de um reflexo instintivo da criança e da mãe, devendo ser encorajada, estimulada, necessi-

tando suporte social e orientações. (ZAMPIERI, 2005, p. 453).

As orientações no pré-natal constituem uma ótima oportunidade para estimular a amamentação e, embora se imagine que essa é uma atividade óbvia, verifica-se a falta de informação.

Dúvidas frequentes das gestantes sobre amamentação

Após as gestantes terem seus filhos, as dúvidas emergiram com maior ênfase em relação a diversas situações vivenciadas, representadas pela fala de Girassol: “[...] De quanto em quanto tempo tenho que amamentar?”

Acredita-se que:

[...] toda mãe deve ser encorajada e estimulada para amamentar sob livre demanda, ou seja, amamentar sem horários pré-fixados, tanto no período diurno como noturno, é uma prática decisiva para a manutenção da lactação. (ZAMPIERI, 2005, p. 467).

Estas informações sobre os benefícios da livre demanda são importantes para a mãe e devem fazer parte da conversa com o enfermeiro, atentando-se para o fato de que mamadas muito longas ou muito frequentes após uma semana do nascimento devem ser investigadas em relação à qualidade da pega.

Algumas gestantes apresentaram-se apreensivas quanto à possibilidade de fissura mamilar, como representam os depoimentos abaixo: “[...] Se meu seio rachar o que fazer?” (Azaleia) e “[...] Sobre fissuras, preciso saber o que fazer se acontecer comigo?” (Flor do Campo).

As fissuras estão relacionadas em vários casos à pega do bebê no mamilo. Para uma pega correta, é fundamental constatar evidências que podem ajudar a

identificar uma pega adequada da região mamilo-areolar, bem como das posições da mãe e do bebê que podem favorecer o ato de amamentar. (ZAMPIERI, 2005).

A própria anatomia da mama é desconhecida, e a dúvida que surgiu foi quanto ao tipo de mamilo e sua interferência na capacidade de apreensão adequada pelo bebê nos casos de mamilos planos ou invertidos, como mostra a expressão abaixo: “[...] Não tenho bico, posso amamentar? E o meu leite é o suficiente para ele? Ou tenho que dar mais outro alimento?” (Copo-de-leite).

Na fala desta mulher evidenciam-se também dúvidas quanto ao complemento alimentar, pois os conhecimentos divulgados pela sociedade, outrora por meio de propagandas promovendo a alimentação artificial e mamadeiras, exercem grande influência sobre as mães e geram insegurança quanto à capacidade de nutrir o filho. Este fato está fundamentado em conhecimentos científicos que afirmam que o leite materno constitui um leite fraco, e esta imagem distorcida passou, portanto, a compor a regra da exceção. Uma vez admitida a figura do leite fraco, restava à Medicina resolver o problema prático da nutriz incapacitada de lactar (SOUZA; ALMEIDA, 2005). Não basta mais questionar os conceitos de “leite fraco” ou “leite pouco”, é preciso que os profissionais de saúde substituam sua posição apenas de simpatia por uma verdadeira empatia (sintonia, sentir o que o outro está sentindo) (MACHADO; LARocca, 2004).

Existe a supervalorização do complemento alimentar com leites artificiais que ocorria e que eram encorajados por profissionais e pelas indústrias que produziam e publicizavam estes produtos, colocando-os em situação privilegiada em relação ao leite materno e gerando na mãe inseguranças até mesmo relacionadas à possibilidade de estarem provocando cólicas no bebê, como representado no discurso de Girassol: “[...] O que faço e se ele (bebê) sentir cólica por causa do leite?”

A amamentação sofre influência de diversos fatores que podem promover ou dificultar todo o processo psí-

quico e emocional que a mulher e o lactente vivenciam no puerpério, e que até hoje evidenciam padrões culturais adjacentes a esta “cultura das mamadeiras”, que todos ainda precisam superar. A partir do exposto, pode ser ressaltado que a família assume uma posição de extrema importância para a prática da amamentação exclusiva. Portanto, pensar numa perspectiva de atenção integral à família é promover uma ampliação de práticas profissionais que auxiliem todos os integrantes do núcleo familiar a se tornarem sujeitos ativos no desenvolvimento de práticas que promovam o incentivo à amamentação por pelo menos seis meses (BRANT; AFFONSO; VARGA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mulher gestante ou puérpera, independentemente de experiências anteriores, vive um momento especial em sua vida e precisa ser entendida e orientada, sobretudo por aqueles que se prontificam a recebê-la nos serviços de saúde.

Observa-se a possibilidade de o desmame precoce estar relacionado aos seguintes motivos, segundo o olhar das puérperas: fissuras mamilares, leite fraco, tempo de amamentação, sendo que algumas gestantes, por força de sua cultura, no surgimento de qualquer obstáculo no decorrer da amamentação, são levadas a seguirem orientações de seus familiares.

Mesmo que as mães reconheçam a importância do aleitamento materno, algumas condições as levam a procurarem complementos ou leites artificiais e, por outro lado, o despreparo dos profissionais de saúde para informar as mães sobre as vantagens do leite materno pode causar impacto no sentido de as mães procurarem os leites industrializados.

Diante disto, a mulher precisa ser assistida e amparada para que possa desempenhar seu novo papel na sociedade

(mulher – mãe – nutriz), exigindo que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros da ESF, estejam preparados para atuar efetivamente em seu apoio e de seu filho quanto às questões da amamentação. Fica evidenciado, por este estudo, que as informações nem sempre foram suficientes para garantir amamentação eficaz e respeitando os valores culturais, o que se entende como pressuposto capaz de reverter a tendência ao desmame precoce.

A partir destas reflexões sobre o aleitamento materno como ato importante para o bebê e para a mãe, torna-se imprescindível a participação do profissional de saúde nessa interação, a fim de orientá-la em sua autonomia, e a atitude em favor da importância de amamentar o bebê.

Considera-se, portanto, que as dificuldades inerentes à amamentação que não são abordadas durante o pré-natal contribuem para o desmame precoce; que no momento que a mulher vivencia dificuldades que impedem a amamentação exclusiva e a livre demanda, o serviço de saúde não é procurado; e que o serviço de saúde encara a amamentação como um dever da mulher, uma obrigação, fazendo com que ela se sinta fracassada quando não consegue amamentar. A falta de conhecimento da mãe a respeito da qualidade e das vantagens do leite materno é referida como uma importante causa do desmame precoce. Algumas mães precisam de ajuda para iniciar com sucesso a amamentação, sendo a educação em saúde uma das estratégias observadas para auxiliar no êxito desta prática, que tende a favorecer a aquisição de conhecimentos sobre a temática que parte das gestantes. (FREITA *et al.*, 2008).

Fica então o compromisso de fomentar políticas de saúde voltadas para a educação permanente em serviço, para que os profissionais possam intermediar práticas educativas durante o ciclo gravídico puerperal a fim de construir um caminho para a amamentação eficaz, bem como políticas voltadas para a operacionalização destas práticas, devido às dificuldades da mulher trabalhadora em participar.

Este fato configura uma prerrogativa da Organização Mundial da Saúde para América Latina por entender que o cuidado com as famílias normalmente é realizado pelas mulheres, que representam uma população altamente vulnerável, tendo em vista que os indicadores de saúde materna estão associados a melhores níveis de qualidade de vida e que intervir no bem-estar desse grupo é uma dupla função, pois representa também a melhoria da saúde das crianças e das famílias (MUÑOZ, 2007).

REFERÊNCIAS

- BARROS, M.O. *Enfermagem no ciclo gravídico puerperal*. São Paulo: Manole, 2006.
- BRANT, P.M.C.; AFFONSO, H.S.; VARGA, L.C. Incentivo à amamentação exclusiva na perspectiva das puérperas. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 512-517, 2009.
- FREITA, G.L. *et al.* Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação, *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 2, n. 4, p. 461-468, 2008.
- FREITAS, F. *et al.* *Rotinas em Obstetrícia*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- GALVÃO, M.T.G.; VASCONCELOS S.G.; PAIVA S.S. Mulheres doadoras de leite humano. *Acta Paulista de Enfermagem*. [periódico na Internet] 2006 [Acesso em 2009 nov 27];19(2):157- 161. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200006&lng=.
- LAVINSKI, L. *Saúde: informações básicas*. 2ª ed. Porto Alegre: Universidade/UFRGS, 2002.
- LEOPARDI, M.T. *Metodologia da pesquisa*. Florianópolis: Papa Livro, 1999.
- MACHADO, L.V.; LAROCCA L.M. Intercorrências mamárias e desmame precoce – uma abordagem comunicacional. *Cogitare Enfermagem*, v. 9, n. 2, 2004.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- MUÑOZ, D.O. La salud de las mujeres como problema prioritario de investigación em América Latina. *Saúde em Debate*, v. 31, n. 75/76/77, p. 135-146, jan./dez. 2007.
- OLIVEIRA, M.E.; MONTICELLI, M.; BRUGGEMANN, O.M. *Enfermagem obstétrica e neonatológica*. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.
- RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.
- SOUZA, L.M.B.M.; ALMEIDA, J.A.G. *História da alimentação do lactente no Brasil*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
- VASCONCELOS, M.G.L.; LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* [periódico na Internet]. 2006 [Acesso em 2009 nov 27]; 6(1):99-105. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000100012&lng=.
- ZAMPIERI, M.F.M. *Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher*. Florianópolis: UFSC, 2005.

Recebido: Março/2010

Aceito: Junho/2010

A abordagem de gênero no contexto do trabalho na ESF do município de João Pessoa (PB)

The approach for gender in the context of work in the ESF of João Pessoa (PB), Brazil

Kerle Dayana Tavares de Lucena ¹

Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva ²

Waglânia de Medonça Faustino e Freitas ³

Italla Maria Pinheiro Bezerra ⁴

Ana Karla Sousa Oliveira ⁵

Márcia Rique Carício ⁶

¹ Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB. kerledayana@yahoo.com.br

² Professora Doutora; docente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB; Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB. anatmc8@yahoo.com.br

³ Professora Mestre do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB; Aluna do DINTER (Doutorado interinstitucional). waglianiefreitas@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri (URCA); Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB. itallamaria@hotmail.com

⁵ Enfermeira pela UFPB; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB. annahkarla@yahoo.com.br

⁶ Professora Mestre da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). marcia.rique@gmail.com

RESUMO *Objetivou-se compreender os limites e as possibilidades de transformação do modo tradicional de assistência à saúde das mulheres na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir dos processos de trabalho. Foram utilizadas entrevistas com profissionais de saúde e a análise do discurso para construção da categoria: a dominação do masculino nas concepções de gênero na ESF. Evidenciou-se um dos maiores limites para avanços na perspectiva de gênero: a manutenção das concepções no enfoque biologicista, pois tais concepções são instrumentos de trabalho. As ações nos serviços de saúde para as mulheres precisam ser sobretudo integrais, e não apenas voltadas para reparar o dano físico produzido.*

PALAVRAS-CHAVE: *Identidade de gênero; Violência contra a mulher; Trabalho.*

ABSTRACT *The objective of this paper was to understand the limits and possibilities of transforming the traditional model of health care for women in the Family Health Strategy (FHS), based on the work processes. We conducted interviews with health professionals and used the discourse analysis theory for the construction of the category: the domination of male conceptions of gender in the FHS. A limit to the greatest advances in the gender perspective was verified: the maintenance of biology-focused concepts, because these concepts are working tools. The actions in the health services for women should be especially integral and focused not only on the repair of the physical damage.*

KEYWORDS: *Gender identity; Violence against women; Work.*

I N T R O D U Ç Ã O

Atualmente, a área da saúde experimenta grandes possibilidades de avanço no sentido de uma aproximação dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das possibilidades desse avanço pode ser a adoção de um novo processo de trabalho em saúde que considere seus elementos coerentemente para, assim, potencializar as perspectivas de consolidação do SUS (MENDES, 1996).

O modelo proposto com o SUS comporta a teoria da determinação social do processo saúde-doença, evidenciando a compreensão do ser humano como fenômeno constituído por inumeráveis fatores naturais e sociais das diferentes dimensões da universalidade que compõem a dinâmica da vida e de relações dos seres humanos.

A espécie humana é constituída por homens e mulheres, seres diversos. A contradição produzida em suas relações, que resultou na desigualdade de gênero, deve ser compreendida, explicada e combatida em razão do prejuízo causado às mulheres, da perda de desenvolvimento de relações sociais solidárias entre os sexos, ao ser imposta, nessas relações, a dominância da 'desigualdade' em detrimento da 'diversidade' (BERLINGER, 1993).

São as relações sociais de poder construídas ao longo da história pela desigualdade de gênero que originam e naturalizam a violência doméstica contra a mulher. Para Schraiber e D'Oliveira (2000), gênero é todo e qualquer tipo de construção de perfis e modelos para seres humanos em homens e mulheres, expressos nas relações destas duas categorias sociais. E a naturalização dessa desigualdade de gênero é identificada não apenas nos casos de violência contra mulher, mas também no reconhecimento das disparidades entre salários, da desproporção entre mulheres e homens nos cargos de gerência e direção, formação dos guetos de trabalho feminino e dos feudos de trabalho masculino.

A desigualdade de gênero tem comprometido a qualidade de vida das mulheres ao se apresentar transversal a todos os aspectos de suas vidas. Disso decorre a opressão que se manifesta nas diversas violências de gênero, como a violência doméstica e a institucional, traduzidas em violência física, emocional e social realizadas de diferentes modos, como as restrições à participação da vida pública social e política, a discriminação, a interdição da vontade sobre o destino e sobre o corpo. Em oposição a essa realidade, a igualdade entre os sexos é uma possibilidade muito recente, inscrita nas lutas pela emancipação dos sujeitos históricos (individual e coletivo) e pelo reconhecimento dos Direitos Humanos, aspirações que, mesmo nos dias atuais, ainda não são para todos (as). (GUEDES, 2006).

O movimento social de luta para a superação do modelo de atenção à saúde da mulher critica seu caráter biologicista, que se revela no recorte de eleição do enfoque da saúde materno-reprodutiva como principal finalidade do trabalho em saúde. No entanto, aquilo que se anuncia como novo modelo é ainda somente uma intenção que não se realiza na prática profissional, mesmo nos novos serviços instituídos a partir do advento do SUS. Parece que mudaram os serviços, mas se mantêm os mesmos processos de trabalho do modelo antigo, aquele que se afirma pretender superar. Isso porque na assistência à saúde das mulheres não se incorpora a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença que a abordagem de gênero comporta na área da saúde (LUCENA; SILVA, 2007).

Esse referencial teórico suporta o argumento de que gênero é uma categoria sociológica de análise capaz de abranger a análise da investigação entre o que se anuncia no plano da política e o que se realiza nas práticas profissionais, como trabalho de saúde e de enfermagem como profissão dessa área de conhecimento, pois, ao mudar a política e a organização dos serviços, é necessário mudar também os instrumentos de trabalho para que se configure

um novo processo de trabalho, e os conceitos constituem um dos instrumentos do trabalho em saúde.

Assim, na perspectiva de uma prática generificada de atenção à saúde das mulheres, encontram-se as diversas possibilidades de investigação que o universo das mudanças na área de saúde e a perspectiva de gênero comportam. Neste estudo, objetivou-se destacar as concepções dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em João Pessoa (PB), sobre a compreensão de gênero que constitui os saberes empregados como instrumentos de trabalho na assistência à saúde da mulher.

O trabalho está subordinado às visões de mundo que o orientam para atingir sua finalidade, como afirma Silva (2003). São essas visões de mundo expressas nas posições sociais discursivas que indicam os saberes que constituem um dos instrumentos do processo de trabalho para efetivar uma assistência integral e resolutiva, além de indicar como esse instrumento articula-se com os demais elementos que compõem o processo de trabalho. Assim, o trabalho para produzir uma assistência efetiva na saúde da mulher e garantir uma emancipação da opressão de gênero assume o estatuto de campo estratégico de mudanças.

Nesse sentido, das mudanças requeridas pelo SUS, a categoria 'gênero' informa um novo saber sobre a mulher que deve se agregar ao processo de trabalho para confirmar ou negar o caráter transformador da assistência voltada para as condições biológicas. Portanto, o trabalho pode qualificar a assistência em saúde da mulher a partir dos saberes e técnicas que veiculam as ideologias no sentido de legitimar ou superar o *status quo*.

MÉTODOS

Este é um estudo de caráter descritivo e de abordagem qualitativa que tem 'gênero' como categoria de análise e recorre secundariamente à categoria sociológica

'trabalho' para subsidiar a análise. É qualitativo porque busca compreender fatos não mensuráveis sobre a maneira como a sociedade se relaciona com as questões entre os sexos, mas dotados de significados que podem ser investigados nas relações sociais, como no trabalho em saúde da mulher na perspectiva das transformações propostas pela nova política de saúde do país (MINAYO, 2006).

As teorias críticas de ambas as categorias de análise permitem explicar: a estreita relação entre sociedade, Estado e saúde; a importância da ciência e da atividade política dos seres humanos nas suas relações sociais, entre as quais se encontram as relações sociais entre os sexos e as relações de trabalho; os limites do positivismo como concepção filosófica dominante, orientando a produção do saber na área da saúde; as contradições produzidas nas relações sociais para produzir saúde da mulher, e os limites e possibilidades de superação do modelo de assistência dominante na área da saúde, pois, segundo Chauí (1995), o modo de produção de bens e de serviços para atender às necessidades humanas articula-se com todas as instâncias sociais.

O estudo teve como cenário de investigação o município de João Pessoa (PB) e foi realizado em duas Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes ao Distrito Sanitário III, cuja programação compreende a assistência à saúde da mulher. Para a produção do material empírico, foram considerados sujeitos desta investigação os profissionais de saúde envolvidos na assistência à saúde da mulher que compõem a equipe de saúde das unidades-cenário do estudo. Foram entrevistados dez profissionais de nível superior (enfermeiros, dentistas e médicos).

A produção do material empírico se deu por meio de entrevista, através de roteiro semi-estruturado, elaborado exclusivamente para esse fim, e de um caderno de campo para anotações diversas. Os depoimentos foram gravados em fitas cassete e transcritos na íntegra, sendo

realizados de forma reservada para evitar constrangimentos e promover maior liberdade de resposta aos sujeitos da investigação.

Para a execução desta pesquisa, levamos em consideração a observância preconizada pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, envolvendo Seres Humanos, atendendo dessa forma ao princípio ético da autonomia (BRASIL, 1996). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, em 28 de novembro de 2007, sob o protocolo de nº 1451/07.

O material empírico desta pesquisa foi analisado pela técnica de análise crítica do discurso proposta por Fiorin e Savioli (2002), para quem o texto é um todo organizado de sentidos e um objeto integralmente linguístico e histórico, havendo três planos na estrutura do texto: o plano superficial (lugar dos significados mais concretos e diversificados); o intermediário (onde se definem os valores com os quais os sujeitos entram em acordo ou desacordo); e o plano profundo (onde se encontram os significados mais abstratos).

O roteiro das entrevistas foi elaborado com quatro questões nucleares. A primeira indaga acerca das concepções dos entrevistados sobre o SUS e suas políticas voltadas para a saúde da mulher no país e em João Pessoa; a segunda refere-se ao conceito de gênero; a terceira e a quarta questionam o trabalho de cada entrevistado. A análise do discurso sobre o enfoque de gênero nas práticas profissionais de assistência à saúde da mulher nas USFs do município de João Pessoa permite investigar as concepções que representam um dos saberes constituintes dos instrumentos que orientam a processualidade do trabalho. As entrevistas foram ouvidas pelo pesquisador na presença do entrevistado, quando lhe foi perguntado se desejava modificar alguma posição. Ao término de cada encontro, as entrevistas eram transcritas na íntegra.

Seguindo essa orientação metodológica de análise, identificamos os temas predominantes nos depoimentos, o que permitiu a organização dos blocos de significação, que orientaram a construção de duas subcategorias empíricas:

- a desigualdade de gênero permeando as relações profissional/cliente;
- as possibilidades/limites de transformação do modo tradicional de se efetivarem as relações de trabalho em saúde na perspectiva de gênero.

Ao término dessa etapa do processo, verificamos que as subcategorias poderiam ser acolhidas em uma categoria empírica maior: a dominação do masculino nas concepções de gênero na ESF.

RESULTADOS

Categoria: a dominação do masculino nas concepções de gênero na Estratégia de Saúde da Família

O gênero sublinha também o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade. Aqueles que estavam preocupados com o fato de que os estudos feministas se detinham às mulheres de forma estreita e isolada utilizavam o termo gênero para introduzir uma noção relacional no nosso vocabulário analítico. Sendo assim, o gênero é a maneira de indicar as construções sociais das ideias sobre os papéis próprios dos homens e das mulheres, podendo ser definido como uma categoria social (SCOTT, 1991).

Neste estudo, os depoimentos apresentados a seguir revelam a compreensão dos profissionais sobre a questão de gênero:

[...] O homem sempre foi esse dominador [...] e fica aquela campanha de que a coisa está

mudando, de que a mulher está ganhando espaço mas na verdade não está ganhando espaço nenhum, eles tão mascarando aqui, mascarando ali, faz o Dia Internacional da Mulher, e mais um momento para mascarar uma coisa que continua praticamente a mesma. (Entrevista I).

Eu acho que a relação homem-mulher é a mesma de anos atrás. Experiência de pais, de avôs e experiências mais recentes de amigos, gente da minha geração e de gente mais jovem do que eu, que tenho a oportunidade de ter contato, existe da mesma forma. Eu acho que hoje em dia, a mulher tem muito mais condições de saber, de conhecer e ter muito mais oportunidades de escolher que anos atrás, mas eu acho que na relação homem-mulher não houve mudança. O homem ainda continua se julgando o ser supremo, a mulher ainda, submissa, aceitando tudo [...]. (Entrevista III).

Esses depoimentos manifestam que o desequilíbrio do poder em favor do homem que caracteriza a desigualdade de gênero ainda é predominante. Segundo Guedes (2006), essa assimetria de poder nas relações sociais decorre de outras desigualdades que ocorrem na sociedade de forma mais ampla, determinadas por práticas que manifestam uma irregularidade ou deformação na qualidade de valores incompatíveis com o ideário humanista anunciado na modernidade.

A desigualdade nas relações de poder entre homens e mulheres, com ênfase no homem, encontra-se na base das relações de violência contra as mulheres, transcendendo a esfera da vida familiar e deslocando-se também para a esfera pública, como é o caso do sistema de saúde, no qual homens e mulheres ocupam posições hierárquicas e ambos devem ser indagados

sobre os limites das ações diante do atendimento e cuidado no contexto da violência contra as mulheres (LUCENA; SILVA, 2007).

Nessa perspectiva, como mostra o depoimento a seguir, as bases de posse sobre a pessoa, que caracteriza o patriarcado e a força de dominação masculina sobre a mulher, ainda são observadas:

[...] Apesar de a mulher ter sua vida de trabalho, estudo, não está tão dependente do homem como antigamente, tem muitos homens que não aceitam isso [...] então isso provoca discussões, acusações [...] se eu uso um penteado diferente, se eu me visto bem, isso já é um motivo de discussão [...] já ouvi histórias de outras mulheres que sofrem agressões por isso[...]. (Entrevista II).

Podemos apreender, a partir deste depoimento, que o descontentamento do homem quanto à atual condição da mulher na sociedade é um fator que contribui para que a mulher seja vítima da violência. Diante dessa realidade, Guedes (2006) considera que essa violência pode ser explicada como um fenômeno que se constitui a partir da naturalização da desigualdade entre os sexos. Esta não-igualdade se assenta nas categorias hierárquicas, historicamente construídas como um dos mecanismos ideológicos capazes de legitimar o *status quo*, dentre os quais se encontram as classificações sociais e, nestas, a classificação sexual.

No depoimento a seguir, a ‘culpabilização’ da mulher pelas relações de gênero aparece na busca pela redefinição do seu papel na família e na sociedade. A autoestima, a autossuficiência, a capacidade intelectual e a independência econômica alcançadas pelas mulheres aparecem como elementos que ameaçam a identidade masculina e são vistos como fatores que obstaculizam a união homem-mulher.

[...] Acho que muitas vezes ela é culpada do preconceito que existe [...] Há coisas que não serve para mulher, que é trabalho de homem, mas muitas se metem e acabam prejudicando as relações entre homens e mulheres. Por isso que muitas estão sozinhas [...]. (Entrevista IV).

De acordo com Narvaz e Koller (2006), o papel da mulher na dinâmica da desigualdade de gênero é cercado de controvérsias, uma vez que é comum que estas sejam percebidas como culpadas pela forma como essa relação se estabelece. Tal compreensão encontra-se na base de muitas das explicações atribuídas à violência conjugal, familiar e doméstica, e constitui um desvio implícito da violência vivida e das responsabilidades do verdadeiro agressor.

A definição cultural do papel feminino ao longo da história cria, na sociedade, espaços para o exercício da violência e das desigualdades de gênero. Essa violência é manifestada desde as situações cotidianas consideradas normais, como a exclusão feminina dos espaços mais qualificados do mercado de trabalho e a negação de seus desejos e direitos sobre suas vidas, até a violência propriamente dita (GUEDES; SILVA; COELHO, 2007).

Para Fonseca (2005), a categoria 'gênero' possibilita a compreensão dos processos destrutivos da vida das mulheres, assim como de seus efeitos sobre a saúde em suas múltiplas dimensões. Desse modo, essa categoria se reveste de potencial para explicar, à luz das relações de poder entre os sexos, o processo saúde-doença das mulheres como uma produção social.

As possibilidades/limites de transformação do modo tradicional de se efetivarem as relações de trabalho em saúde na perspectiva de gênero

A discussão construída com base na mobilização de amplos setores da sociedade, desde a década de 1980,

reconhece as limitações do modelo de Saúde Pública tradicional que utiliza, sobretudo, os diagnósticos epidemiológicos como instrumentos para identificar as necessidades de saúde da população, ignorando aquelas socialmente produzidas, como as que determinam a violência doméstica (GUEDES, 2006). Tais limitações revelam como pano de fundo o poder que as Ciências da Saúde possuem de conformar concepções de saúde com base em um modelo binário dos sexos que vem constituindo-se como peça chave na manutenção e disseminação de preconceitos (BANDEIRA, ALMEIDA, 2008).

Apesar da grande polêmica gerada no campo da Saúde Coletiva por ocasião da implantação da ESF no Brasil, observa-se que cotidianamente essa estratégia vem se afirmando como processo instituinte capaz de contribuir com a mudança do modelo assistencial do SUS. A potencialidade para a mudança advém do conteúdo estratégico que possibilita o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre serviços de saúde, profissionais e população (ÂNGULO-TUESTA, 1997).

A observação da realidade e os depoimentos dos profissionais de saúde, sujeitos da investigação apresentados nesta pesquisa, demonstram que, embora existam políticas públicas voltadas para as mulheres na ESF, há ainda uma distância a ser percorrida entre os pressupostos do SUS e sua realização na prática profissional. Contudo, identificamos nos depoimentos dos profissionais um interesse em mudar a realidade, evidenciando as possibilidades de mudanças na assistência à saúde das mulheres:

[...] Precisamos fazer um pequeno grupo multiprofissional, e procurar juntar essas mulheres, conversar com elas, pelo menos já seria um lugar para dar apoio. Eu acho que tem que ser um serviço mais voltado para serviço social e psicológico [...]. (Entrevista V).

[...] *Se fizessem um programa de profissionais com pessoas que se interessem pelo assunto, já que existem programas de planejamento familiar, de hipertensão, programas de tantas outras coisas, poderia ter mais um [...].* (Entrevista II).

No eixo discursivo, a ESF conclama a construção de uma nova maneira humanizada e solidária de operar a saúde, compreendendo-se humanização em um sentido ampliado (resolutividade, equidade, acesso, autonomia, solidariedade e cidadania). Entretanto, apesar de os princípios e diretrizes do SUS estarem esboçados no campo do conhecimento, o campo da operação ainda tem muito a percorrer, ou seja, necessita incorporar seus fundamentos. Cabe ressaltar que a implantação de uma nova política pressupõe mudanças em vários níveis (político, institucional, organizacional e pessoal), o que exige tempo, vontade política e recursos de várias ordens (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2000).

Um dos grandes desafios para a consolidação do SUS a partir da reorientação no modelo assistencial vigente diz respeito à efetivação do princípio da integralidade no cotidiano dos serviços de saúde, uma vez que a materialização desse princípio possibilitará ações que se contraponham ao reducionismo, fragmentação e objetivação de serviços e dos sujeitos, características do modelo tradicional de assistência à saúde (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008).

Para D'Oliveira *et al.* (2009), a assistência deve ser integral porque se trata de acolher a violência como problema em toda a sua complexidade, pensando na promoção da não-violência, prevenção e cuidado aos casos tanto da perspectiva do tratamento de suas consequências como da especificidade do setor saúde na abordagem do problema da violência em si, pois sendo um tema complexo e interdisciplinar, leva à necessária multiprofissionalidade e intersetorialidade da atenção. Nesse sentido, trata-se de uma decisão assistencial em que a mulher usuária deve ser considerada o centro da

tomada das decisões para a atenção e deve participar dessas decisões referentes ao seu cuidado.

Nesse sentido, embora necessária, a ampliação das equipes de assistência à mulher, sob uma ótica de multiprofissionalidade por si só, não garante transformações efetivas na lógica de atenção à saúde das mulheres, pois essas equipes podem, muitas vezes, atuar reafirmando desigualdades de poder na relação entre homens e mulheres, orientando-se por uma visão da mulher que restringe à atenção a seus ciclos reprodutivos e que a dilui em seu contexto familiar. A integralidade da atenção estaria, portanto, condicionada a mudanças qualitativas na assistência à saúde da mulher que sofreram violência (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008).

Desta forma, é necessário considerar a violência doméstica contra as mulheres como algo relacionado à desigualdade e aos conflitos derivados de transformações recentes nas relações de gênero, e também como rompimento da comunicação interpessoal, devendo todas as ações caminharem a uma maior equidade de gênero e com a possibilidade de comunicação interpessoal não-instrumental, podendo contribuir para sua diminuição (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

É preciso, portanto, qualificar essas equipes de modo que possam lançar mão da abordagem de gênero no enfrentamento da violência contra as mulheres. Ainda, se faz necessário ir além do mero agrupamento de profissionais em um mesmo espaço, a fim de superar a fragmentação do conhecimento e da assistência, ao estabelecer estratégias de diálogo e articulação permanentes entre as diferentes áreas de conhecimento.

Nesse contexto, tornam-se necessárias políticas públicas transversais à perspectiva de gênero, articuladas com outros setores da sociedade, tais como os Ministérios da Justiça, da Educação, da Saúde, do Planejamento, entre outros, que deverão atuar no sentido de transformar as relações, incorporando a ideia de que os Direitos das Mulheres são Direitos Humanos (TAVARES, 2000).

Os discursos revelados nos textos de alguns informantes deste estudo demonstram que o contexto social ainda é desfavorável para as mulheres, conforme o depoimento a seguir:

[...] Você tem mulher que dorme num cômodo com a família inteira. A nossa proposta é dar subsídios para que a pessoa tenha qualidade de vida, mas o contexto social não permite [...].

(Entrevista VI).

O saber instrumental que orienta as práticas profissionais ainda está voltado para tratar, sobretudo, os danos físicos, dificultando o enfrentamento do problema que é extensivo ao espaço público. Segundo Silva (2003), a inadequação do saber instrumental é um dos empecilhos para o desenvolvimento de um processo de trabalho transformador da realidade.

De acordo com Bandeira e Almeida (2008), a linguagem dos sintomas e diagnósticos não dá conta do universo multifatorial da violência de gênero. Assim, a incorporação da violência contra as mulheres como problema de Saúde Pública exige o redimensionamento da compreensão de saúde e doença, de modo a incorporar as linguagens de gênero para a saúde e, a partir desta, reconhecer homens e mulheres em suas particularidades e necessidades. Nesse sentido, transformações nas ações e serviços de saúde devem estar associadas a processos contínuos de sensibilização e capacitação dos profissionais, de modo a habilitá-los a gerir adequadamente seus processos de trabalho sob a orientação da integralidade e equidade na atenção à saúde.

A esse respeito, Fonseca (2005) afirma que as práticas sociais no âmbito do trabalho em saúde podem reproduzir as condições de dominação ou agir no sentido de transformá-las. A autora afirma ainda que, para haver uma prática generificada na assistência à saúde da mulher, ou seja, para que o processo de trabalho em saúde da mulher opere

com seu potencial transformador, é imprescindível que os profissionais assumam a politicidade intrínseca à prática em saúde, abrindo mão da suposta noção de neutralidade científica; compreendam que essa politicidade somente será transformadora se for garantida a participação das mulheres; possibilitem o estabelecimento de sistemas de comunicação direta com as mulheres que sejam capazes de identificar realidades que escapam àqueles que emitem a fala autorizada; produzam conhecimentos que abdicuem de sua conotação predominantemente biologicista, androcêntrica, branca e adulta, em favor de estudos/pesquisas que levem em conta a diferenciação social como determinante dos fenômenos estudados.

As ações de prevenção apontadas pelos profissionais como passíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde são fundamentalmente de educação e orientação tanto individual como coletiva, estas últimas relativas aos grupos de mulheres implementados nas unidades de saúde, através de uma aproximação maior, de conversas e de realização de palestras e reuniões periódicas com esses grupos:

[...] Por meio de palestras, orientações, que possam orientar a buscar recursos, isso de certa forma a gente faz, desde o momento que você diz para a mulher que, se ela convive com alguém, ela tem direitos. Eu acho que nunca é demais, eu acho que pode ser mais abrangente, criar [...] vamos dizer, cursos, orientações específicas de pessoas que atendam mais esses casos [...].

(Entrevista IV).

[...] O profissional de saúde é respeitado porque ele está mais perto, primeiro dizer que ela não precisa aturar aquilo, segundo é a questão do direito, sabe? [...], botar isso na cabeça das pessoas que elas têm direito [...] Porque dizer que elas têm direitos a alguma coisa, é você chegar e dizer, 'cara! Eu tenho mesmo?' (Entrevista II).

Em alguns relatos, observamos que a abordagem da violência doméstica é realidade nas práticas cotidianas dos serviços, desenvolvendo ações com ênfase na prevenção primária da violência doméstica, estando, portanto, direcionadas para o conjunto de mulheres, incluindo aquelas que sofreram violência, a fim de educar, orientar e conscientizá-las sobre seus direitos. Contudo, não há uma referência direta à prevenção secundária, por meio da qual seria possível que as mulheres atendidas nos serviços de saúde fossem revitimizadas pelos parceiros ou permanecessem em situações de violência.

Os programas de atendimento voltados para a violência doméstica contra as mulheres tratam predominantemente das consequências imediatas, fato que obscurece a importância da prevenção primária da violência, através de medidas que impeçam que venha a se produzir e reproduzir. Por estar próxima ao *locus* da violência doméstica, a ESF é de fundamental importância para o desenvolvimento de ações que possibilitem o empoderamento das mulheres e, conseqüentemente, a construção de relações de gênero igualitárias na prevenção da violência praticada contra as mulheres (GUEDES; SILVA; COELHO, 2007).

Os profissionais de saúde vêm melhores possibilidades para desenvolver ações educativas de prevenção primária, ou seja, um trabalho que promova mudanças nos papéis de gênero em detrimento de ações concernentes à prevenção secundária da violência contra a mulher no âmbito doméstico, o que significa a atuação direta dos profissionais com as mulheres em situações de violência. Os depoimentos que se seguem apresentam essa característica:

[...] para você trabalhar prevenção não precisa saber o que está acontecendo ou não. Você vai trabalhar de forma integral, por exemplo, prevenção de câncer, você não vai trabalhar somente com aquelas pessoas que têm predisposição, mas sim com todos. Eu acho que no caso

da prevenção da violência tem que ser da mesma maneira [...]. (Entrevista V).

[...] Quando um caso de violência está em suas mãos, já se consumou, a mulher sofreu ou está sofrendo, aí que eu acho que fica mais difícil para você lidar com aquele caso, encaminhar, ajudar realmente aquela mulher, intervir [...]. (Entrevista VII).

A perspectiva do SUS tem tornado visíveis várias possibilidades de mudanças na área de saúde no país, tais como uma crescente tomada de consciência da efetivação e da consolidação de um sistema de saúde orientado por princípios revestidos de conteúdos e valores inovadores com o conceito ampliado de saúde, ação intersetorial e integralidade da atenção e dos cuidados de saúde (GUEDES, 2006).

O setor saúde compreende um espaço privilegiado para o enfrentamento da violência contra a mulher. Nesse sentido, os profissionais de saúde assumem papel importante na identificação e registro de casos de violência, desde que não se limitem a quantificá-la, mas, antes, busquem estabelecer com as mulheres uma relação de confiança que possibilite a identificação e acolhimento de seus problemas, inclusive orientando-as na busca por outros setores, visto que a complexidade desse fenômeno requer ações e serviços que extrapolam o setor saúde (BISPO; ALMEIDA; DINIZ, 2007).

O enfrentamento da condição de risco e submissão à qual a mulher vítima de violência está exposta, tendo em vista o rompimento do ciclo da violência, requer a constituição de uma rede articulada de apoio que vise, entre outras coisas, a superar o isolamento em que comumente se encontra e que facilita em muito o controle do agressor (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2001), contudo, são poucas as estratégias cuja eficácia tem se mostrado com rigor. Não há programas suficiente-

mente orientados para a prevenção primária da violência, principalmente nos países em desenvolvimento. Além disso, a atenção à mulher que sofre em decorrência desse fenômeno deve ser dada em vários níveis e por múltiplos setores. Tendo em vista que os serviços de saúde são os principais espaços procurados por elas, devem estar preparados para receber e atendê-las de forma integral e articulada com os demais setores necessários.

Nesse contexto, D'Oliveira *et al.* (2009) consideram que a finalidade última do trabalho com violência contra a mulher seja o fortalecimento das mulheres e a emancipação de todos os envolvidos (população e profissionais), e não apenas o alívio da dor e o tratamento dos sintomas e agravos consequentes à violência, o que reorientaria os objetivos mais tradicionais de base biomédica do trabalho profissional em saúde. No entanto, é necessária uma forma de agir com uma importante dimensão interativa, baseada na escuta, na orientação, no acolhimento, com ênfase na comunicação entre mulher usuária e profissionais, na direção de projetos assistenciais construídos em conjunto para cada caso, tendo como referência a garantia de direitos e a emancipação.

Diante do exposto e considerando os processos de trabalho como um dos pilares que dão suporte ao conceito da categoria modelo de assistência, argumentamos que o trabalho que qualifica a atenção à saúde da mulher na perspectiva de gênero precisa superar o modelo de atenção limitado à reprodução biológica que ainda caracteriza a maioria dos processos de trabalho das práticas em saúde da mulher, mantendo-se fiel à concepção positivista de ciência.

CONCLUSÕES

O objetivo fundamental deste trabalho foi apontar aspectos relevantes das concepções dos profissionais de

saúde sobre a abordagem de gênero no contexto do trabalho na ESF. Retomamos aqui, especialmente, a discussão sobre a violência de gênero, no enfoque das representações (ideologias) de gênero e o papel dos serviços de saúde na violência doméstica.

Para os participantes deste estudo, a decisão por ações de saúde para as mulheres em situação de violência responde a uma necessidade histórica do movimento feminista, e não, como se poderia esperar de gestores/as da saúde, a uma demanda da sociedade por estar relacionada com questões de Saúde Pública, qualidade de vida e uso mais racional dos recursos públicos destinados à promoção da saúde para a população.

Os profissionais chamaram a atenção para as mudanças na relação homem-mulher, a partir da participação feminina na força de trabalho. Ainda que essas mudanças não tenham sido radicais, a entrada das mulheres no mundo público lhes permitiu melhorar suas condições de autonomia e redefinir os papéis de gênero no âmbito doméstico.

Por outro lado, esses depoimentos mostram as tensões e dificuldades na redefinição dos papéis de gênero porque a independência da mulher, não somente a econômica, mas também a psicológica, pode ameaçar a identidade masculina e o poder no interior da família.

Destacamos a necessidade da capacitação dos profissionais em questões de gênero para proporcionar-lhes um conhecimento teórico e consciente que possa ser utilizado para orientar suas práticas profissionais. Apontamos a importância de que os serviços de saúde desenvolvam ações não somente que reparem o dano físico produzido, como também que as intervenções sejam mais integrais a fim de que reconheçamos que a violência de gênero precisa de uma abordagem mais ampla, possibilitando que as mulheres enfrentem e superem essa realidade. Entretanto, qualquer proposta que pretenda ser encaminhada através dos serviços de saúde deve considerar o que os seus profissionais de saúde pensam sobre esse problema.

REFERÊNCIAS

- ÂNGULO-TUESTA, A.J. *Gênero e Violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. (Dissertação de Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.
- BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T.M.C. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. *SER Social*, Brasília, v. 10, n. 22, p. 183-212, jan./jun. 2008.
- BERLINGER, G. *Questões de vida: ética, ciência, saúde*. São Paulo: APCE/HUCITEC/CEBES, 1993.
- BISPO, T.C.F; ALMEIDA, L.C.G; DINIZ, N.M.F. Violência conjugal: desafio para os profissionais de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 21, n. 1, p. 11-18, jan./abr. 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Decreto nº 93.993 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, Brasília, v. 4, n. 2, suplemento, 1996.
- CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna, 1995.
- D'OLIVEIRA, A.F.P. L *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2009.
- FIORIN, J. L., SAVIOLI, F. P. *Lições de texto: leitura e redação*. São Paulo: Ática, 2002.
- FONSECA, R.M.G.S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, Supl. 4, p. 450-459, 2005.
- GUEDES, R.N. *Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero*. (Dissertação de Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.
- GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C.; COELHO, E.A.C. Vida de mulher e saúde: problematizando a realidade com profissionais do cuidado. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 6, p. 1-15, 2007.
- LUCENA, K.D.T DE; SILVA, A.T.M.C. *O impacto da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres no estado da Paraíba*. João Pessoa: Universitária, 2007.
- MENDES, E.V. Sistema Único de Saúde. In: MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. HUCITEC, São Paulo, 1996.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9a ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- NARVAZ, M.G; KOLLER, S.H. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. *Psico*, v. 37, n. 1, p. 7-13, 2006.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). *Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Genebra: OPAS/OMS, 2001.
- SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. *O Brasil no estudo multipaíses sobre saúde da mulher e violência doméstica e sexual contra a mulher: relatório preliminar*. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST; Aids/UNESCO, 2000.
- SCOTT, J. *Gênero, uma categoria útil para a análise histórica*. Tradução autorizada de Maria Betânia Ávila e Cristine Dabatt. Recife: SOS Corpo, 1991.
- SILVA, A.T.M.C. *A reforma psiquiátrica em João Pessoa – PB: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental*. (Tese de Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- TAVARES, D.M.C. *Violência doméstica: uma questão de saúde pública*. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo, São Paulo, 2000.

Recebido: Novembro/2009

Aceito: Julho/2010

Apoio matricial como tecnologia em saúde

Matrix support as technology in health

Cláudia Maria Filgueiras Penido ¹

Marília Alves ²

Roseni Rosângela de Sena ³

Maria Imaculada de Fátima Freitas ⁴

¹Psicóloga; Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Doutoranda em Saúde e Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG; Coordenadora do apoio matricial em saúde mental da Prefeitura de Santa Luzia, MG. claudiapenido@uol.com.br

²Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG; Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. marilix@enf.ufmg.br

³Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG; Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. rosenisena@uol.com.br

⁴Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG; Doutora em Ciências da Educação pela Université de Bordeaux II, França; Orientadora do trabalho. peninhabh@yahoo.com.br

RESUMO *Trata-se de ensaio que tem como objetivos: descrever o arranjo organizacional do apoio matricial às equipes de referência a partir de revisão bibliográfica sistematizada e relacionar o apoio matricial à classificação tipológica das tecnologias em saúde em duras, leve-duras e leves, com base na caracterização de Merhy. Propusemo-nos a responder à questão: de que maneira o apoio matricial pode ser compreendido como uma tecnologia em saúde? Concluímos que o apoio matricial é uma espécie de tecnologia híbrida que mescla tecnologia leve e leve-dura. Seu caráter transversal atua como resistência à sua captura total pela tecnologia dura da estrutura organizacional, legitimando-o como ferramenta a favor da humanização em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).*

PALAVRAS-CHAVE: *Administração de serviços de saúde/tendências; Equipe de assistência ao paciente; Gestão de recursos.*

ABSTRACT *This is an essay presenting two main objectives: to describe the organizational arrangement of matrix support to reference groups by means of a systematized bibliographic review, and to relate the matrix support to the typological classification of health technologies in: hard, soft-hard or soft, based on Merhy's criteria. Our proposition is to answer: how can matrix support be understood as a health technology? The conclusion is that matrix support is a hybrid technology that mixes soft and soft-hard technologies. Its transversal character plays a role of resistance against its full capture by the organizational structure's hard technology, providing it with characteristics of a tool that favors the humanization of health in Single Health System (SUS, acronym in Portuguese).*

KEYWORDS: *Health services administration/Trends; Patient care team; Resources management.*

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, instituída desde 2003, é uma proposta para enfrentar o desafio de tomar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. Neste contexto, ao lado da equipe de referência, o apoio matricial é considerado ferramenta indispensável para a humanização da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2004).

O apoio matricial é visto como um novo arranjo organizacional na área da saúde que opera de forma transversal, produzindo e estimulando:

[...] padrões de relação que perpassam todos os trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção da saúde. (BRASIL, 2004, p. 6).

Dentre os objetivos do apoio matricial, poderíamos destacar a exclusão da lógica do encaminhamento; o favorecimento do exercício interdisciplinar e o cuidado integral em saúde; o aumento da capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local e a racionalização do acesso e do uso de recursos especializados.

Considerando que o apoio matricial é uma tecnologia relativamente recente dentro das propostas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) e que avaliação de tecnologias tem sido considerada área prioritária de pesquisa no Brasil (BRASIL, 2006a, 2008), este artigo objetivou: descrever o arranjo organizacional do apoio matricial às equipes de referência, a partir de revisão bibliográfica sistematizada, e relacionar o apoio matricial à classificação tipológica das tecnologias em saúde (MERHY, 2007b): duras, leve-duras e leves.

Neste artigo, propusemo-nos, então, a responder: de que maneira o apoio matricial pode ser compreendido como uma tecnologia em saúde?

O interesse pelo tema partiu da experiência de uma das autoras como coordenadora do apoio matricial em saúde mental a equipes de saúde da família, no município de Santa Luzia (MG).

METODOLOGIA

Realizamos, inicialmente, uma revisão bibliográfica sistematizada para rever a produção científica acerca da tecnologia do apoio matricial em saúde. Utilizamos as bases de dados *Lilacs* e *Medline*, sem limite de data.

Para a base *Lilacs*, utilizamos como estratégia de busca: ([MH] (“Equipe de Assistência ao Paciente” or “Prestação Integrada de Cuidados de Saúde” or “Programa Saúde da Família” or “Atenção Primária à Saúde”) or [TW](psf or (equipe and (interdisciplinar or cuidado)) or (sistemas and (prestacao or cuidados) and integra\$))) and ([MH] (“Administração de Serviços de Saúde” or “Gestão em Saúde” or “Inovação Organizacional” or “Capacitação de Recursos Humanos em Saúde” or “Educação Continuada”) or [TW](matric\$ or (capacidade and organizacional) or (apoio and especializado) or (gestão and trabalho))), sendo encontradas 144 ocorrências. Foram lidos todos os resumos disponíveis e identificados sete artigos de interesse. A partir da leitura desses textos, estabelecemos como base deste estudo os artigos do autor mais relevante sobre o assunto (CAMPOS, 1998, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007), o qual assina três dos artigos escolhidos, dois dos quais foram também selecionados na busca feita na base *Medline*.

A estratégia de busca utilizada para o *Medline* foi: ‘matrix’[TIAB] and (‘Interprofissional

Relations’ [MESH:NoExp] OR ‘Public Health Administration’ [MESH]). Foram encontrados 46 artigos e lidos todos os resumos disponíveis. Identificamos dez artigos de interesse e, após sua leitura, selecionamos dois para comporem o conjunto de referências para este trabalho.

Além de tais textos, tomamos como referência a cartilha do Ministério da Saúde sobre *Apoio matricial e equipe de referência* (BRASIL, 2004), considerando-a orientadora para as práticas matriciais no âmbito do SUS.

Identificamos no primeiro artigo escrito por Campos (1998) a apresentação do que ele chama de “dispositivos organizacionais originais” (novos ou reconceitualizados), dentre os quais se inclui a Equipe de Referência e o Apoio Matricial. Assim, adotamos este marco inaugural do tema na literatura especializada, ainda que a sua apresentação possa se dar de forma reconceitualizada, o que implica, de qualquer forma, uma nova abordagem. Além disso, circunscrevemos o estudo aos artigos brasileiros. Esta foi a metodologia usada para compor o conjunto de referências (três artigos e uma cartilha) nas quais nos basearemos para descrever o arranjo organizacional do apoio matricial e articulá-lo à classificação tipológica das tecnologias em saúde, segundo Merhy (2007b).

Entendemos que o esforço de situar o apoio matricial no campo das tecnologias em saúde pode, por um lado, fazer avançar a teorização sobre um recurso ainda pouco explorado na literatura e, por outro, esclarecer os limites e possibilidades deste dispositivo em saúde.

AS TECNOLOGIAS EM SAÚDE E A CONTRIBUIÇÃO DE EMERSON MERHY

De acordo com o Ministério da Saúde (2006b), tecnologias em saúde são definidas como:

[...] medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. (BRASIL, 2006b).

Neste campo, identificamos a contribuição de Merhy (2007a e b) como importante base teórica na tentativa de sistematizar o apoio matricial como uma tecnologia.

Merhy (2007a) apresenta sua concepção sobre tecnologia em saúde mencionando o trabalho de um artesão-marceneiro. Ele explica que, embora um artesão precise fazer uso de alguns componentes para construir uma cadeira, por exemplo, é necessário que ele tenha certo ‘modo de saber fazer’, para juntar os componentes a fim de transformá-los em um produto específico. Tal transformação se dá graças a certo modelo de organização do processo, que seria a ação do marceneiro dentro de certa forma de trabalhar.

Tanto a sabedoria do marceneiro-artesão de ser marceneiro, quanto as ferramentas das quais se utilizam são componentes de um tipo de trabalho que Merhy chama de ‘morto’, resultados de um trabalho anterior ao trabalho em ato do marceneiro. Por trabalho ‘vivo’, Merhy entende o trabalho criador do marceneiro, ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto, concebendo o trabalho vivo como quase plenamente capturado por forças instituídas.

Tomando como eixo norteador o trabalho vivo em ato, força que opera em processo e em relações, Merhy realiza o que chama de nova compreensão sobre o tema da tecnologia em saúde, tomando para análise detalhada as interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como esses sujeitos se relacionam. Sua intenção é pensar as tecnologias que possam tanto redefinir os processos de ‘captura’ do trabalho vivo em

ato quanto tornar mais públicos os processos que governam a sua direcionalidade.

Como parte desse esforço, o autor propõe uma classificação das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. Elas seriam de três tipos:

[...] leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho); leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) [...] (MERHY, 2007b, p.121, grifo nosso).

Cabem, neste momento, algumas considerações sobre a tecnologia leve, dada a sua afinidade com as estratégias recomendadas para se operar a humanização no SUS. Merhy (2007a) toma a tecnologia leve como produtora de relações ‘*interseçoras*’, como no caso do acolhimento e vínculo. Usando o termo *interseçor*, designa o que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo. Diferentemente do espaço de uma fábrica, onde se pretende capturar o trabalho vivo na linha de montagem do produto final, o autor constata que em um Centro de Saúde não é possível obter estratégias totalmente competentes na captura plena do trabalho vivo, a qual não só seria difícil e restrita, mas impossível pela própria natureza tecnológica deste trabalho.

Dessa forma, como poderíamos situar a estratégia do apoio matricial às equipes de referência, segundo a classificação de tecnologias proposta por Merhy

(2007b)? Na sequência, descreveremos o arranjo do apoio matricial para, em seguida, situá-lo em relação à classificação das tecnologias.

CAMPOS E A REFORMULAÇÃO DO CONCEITO DE APOIO MATRICIAL

Nas referências selecionadas para este estudo, identificamos que Campos (1998) discutiu o apoio matricial pela primeira vez em artigo que apresenta o que chama de “invenção de um método para co-governar instituições de saúde”, ao qual dá o nome de “Gestão colegiada centrada em equipes de saúde”. O método faz parte do desafio de construir uma alternativa operacional de gestão para o modelo de atenção do SUS como alternativa ao método *taylorista* de gestão, tendo como preocupações a produção qualificada de saúde, a sobrevivência do sistema e a realização dos trabalhadores.

Neste artigo, Campos (1998) propõe a modificação do organograma dos serviços de saúde, extinguindo-se os departamentos e as seções recortadas segundo as profissões, para que sejam criadas ‘Unidades de Produção’, cada qual reunindo um coordenador e uma equipe multiprofissional envolvida com um mesmo tipo de trabalho. Recomenda-se que tais equipes tenham uma Supervisão Matricial, supervisão entendida como processo de reflexão crítica e de educação permanente. Tal trabalho poderia assumir um caráter mais técnico, através do apoio de especialistas, ou mais instrumentalizador do processo de mudança, embora os supervisores não tivessem poder de deliberação.

Campos (1998) recomenda, ainda, que nenhum paciente fique sem um profissional de referência, o qual seria apoiado pelos demais trabalhadores articulados em movimentos matriciais, como nas interconsultas, por exemplo. Em suma, os trabalhadores operariam um prin-

cípio de funcionamento ao mesmo tempo democrático e produtor de responsabilidades muito bem definidas.

A construção de uma alternativa operacional de gestão para o modelo de atenção do SUS é retomada de outra forma pelo autor em seu segundo artigo (CAMPOS, 1999). Dessa vez, é proposta uma reelaboração do conceito de organização matricial do trabalho baseada na experiência de algumas equipes de trabalhadores que, inspirados pela metodologia organizacional proposta anteriormente por ele (refere-se a 1989, sem citar referência bibliográfica), puderam criticar os conceitos e tecnologias dela derivadas. Defende, assim, um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde chamado “equipes de referência e apoio especializado matricial”.

Tal arranjo se justificaria pela aposta de que:

[...] potencializaria alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal de saúde por meio de uma valorização concreta e operacional das diretrizes de vínculo terapêutico (PICHON-RIVIÈRE, 1988; CAMPOS, 1992); transdisciplinaridade do saber e das práticas (JAPIASSU, 1976; NUNES, 1995; ALMEIDA FILHO, 1997; PASSOS E BENEVIDES BARROS, 1998); e o de gestão das organizações como dispositivo para produção de grupos de sujeitos (CAMPOS, 1998). (CAMPOS, 1999).

Campos (1999) propõe uma subversão da tradição das estruturas matriciais, radicalizando a tênue reforma sugerida pelo que identifica como escola matricial¹. Em sua reelaboração do conceito de organização matricial do trabalho, o autor faz uma inversão em relação ao esquema original, mais especificamente quanto ao que seria permanente e ao que seria transitório nos serviços de saúde. Dessa vez, defende que as equipes de referência

não são espaços episódicos de integração horizontal, mas passem a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde, saindo do eixo horizontal e compondo o esqueleto de sustentação das organizações de saúde em seu eixo vertical, mediante diretrizes do vínculo terapêutico com o usuário. No eixo horizontal estaria a linha de apoio matricial, composta por profissionais distintos, cuja lista de atividades e procedimentos oferecidos, bem como respectivas indicações, deve ser de conhecimento de todos os trabalhadores. Para utilização de tais serviços, supõe-se uma concordância do terapeuta de referência, do apoiador matricial e do usuário. A aposta é que tal oferta possibilite a composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos individuais, sem dissolver a responsabilidade sobre os casos.

Anos mais tarde, em artigo de 2007, em coautoria com Domitti, Campos refere-se às equipes de referência e apoio matricial tanto como arranjo organizacional quanto como metodologia de trabalho, os quais passaram a ser adotados por programas do Ministério da Saúde como Saúde Mental, Atenção Básica/Saúde da Família e Humaniza-SUS (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Numa abordagem prática, os autores apontam três planos fundamentais nos quais se pode desenvolver tal arranjo: troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; atendimentos e intervenções conjuntas entre profissional de referência e apoiador; atendimentos ou intervenções complementares especializadas do próprio apoiador. Ponto comum entre os planos é o princípio de que a equipe de referência permanece responsável pela condução dos casos, mesmo quando algum tipo de apoio especializado se faz necessário (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Dessa forma, o apoio matricial tanto oferece retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, partindo-se do pressuposto de

¹ Refere-se a Neuhauser (1972) e Motta (1987), dentre um conjunto de autores ligados à teoria contingencial e ao estruturalismo.

que nenhum especialista poderá isoladamente assegurar uma abordagem integral (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O termo matriz finalmente se torna mais claro neste artigo, quando afirma que ele:

[...] carrega vários sentidos; por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas; por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal ou em linhas transversais. Pois bem, o emprego desse nome -matricial- indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal e não vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402).

O termo 'apoio', por sua vez, indicaria a maneira de operar tal relação horizontal não mais com base na autoridade, mas em procedimentos dialógicos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Depois de descrever o arranjo organizacional do apoio matricial às equipes de referência a partir de revisão bibliográfica sistematizada e retomar a classificação tipológica das tecnologias em saúde (MERHY, 2007b), como poderíamos pensar o apoio matricial em relação à classificação tipológica de Merhy (2007b) sobre as tecnologias em saúde?

APOIO MATRICIAL: A 'LEVEDURA' DE UMA TECNOLOGIA PARA HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO

Parece-nos que, como tecnologia em saúde, o apoio matricial se constitui de forma híbrida e transversal.

Seu caráter híbrido se sustenta em uma combinação de tecnologia leve e leve-dura. Como tecnologia leve, contribui para a potencialização da autonomia do sujeito implicado no processo de produção da saúde, seja ele trabalhador ou usuário. Considerando-se que um sujeito demanda abordagens fundadas em singularidades e dotadas de criatividade, o apoio matricial exige a emergência do que Merhy (2007a) chama de relações interseçoras, as quais possibilitam o lugar do novo e das possibilidades de intervenção.

Além disso, a proposta de tomar o apoio matricial tanto como um arranjo organizacional quanto como metodologia de trabalho (CAMPOS; DOMITTI, 2007) revela uma aposta na gestão como forma de governar processos de trabalho, característica da tecnologia leve.

Entretanto, o próprio conceito de apoio matricial se construiu a partir de ampla teorização, seja como arranjo de gestão ou metodologia (CAMPOS; DOMITTI, 2007), constituindo um saber referencial para operar as práticas de apoio especializado às Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2004), o que pode aproximá-lo de uma tecnologia leve-dura. Além disso, a metodologia matricial recorre frequentemente ao uso de saberes instituídos no apoio às equipes de referência quando se serve da epidemiologia ou da clínica psicanalítica, por exemplo. Campos (1998) aponta um desafio para as equipes no sentido de serem "capazes de lidar com os saberes estruturados sem permanecerem presas em suas cadeias de controle fundamentalista" (CAMPOS, 1998). Se não se pode prescindir do uso do trabalho morto dos saberes instituídos, é preciso certo cuidado para que o trabalho vivo não seja por ele capturado.

Mas o apoio matricial também não seria considerado uma tecnologia dura, entendido como parte de uma estrutura organizacional?

Campos (1998) identifica o apoio matricial, no primeiro de seus artigos selecionados, como um 'dis-

positivo organizacional original (novo ou reconceitualizado)’. Lembremos a noção de dispositivo tal como definida por Baremlitt (1992, *apud* CAMPOS, 1999, p. 394): “montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o Novo Radical.” Tomado dessa forma, um dispositivo aparece como uma combinação variada de recursos que altera o funcionamento organizacional, mas que não faz parte da estrutura das organizações, introduzindo-se com o objetivo de instaurar algum processo novo (CAMPOS, 1999). Ora, tal característica é inerente à transversalidade própria do dispositivo do apoio matricial às equipes de referência, a qual produz e estimula padrões de relação que perpassam todos os trabalhadores e usuários, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde (BRASIL, 2004).

Campos (1999), entretanto, critica a adoção de dispositivos matriciais provisórios que não se traduzem em alterações da estrutura organizacional permanente de saúde. É a partir dessa crítica que ele justifica a inversão da estrutura organizacional, defendida pela chamada escola matricial e comum às tradicionais estruturas de saúde, propondo tomar a equipe de referência no eixo vertical.

Considerando a proposta de Campos (1999), perguntamo-nos: como poderia o apoio matricial conservar sua dimensão inovadora ao se tornar um recurso permanente? Concluímos que o caráter transversal do dispositivo é o responsável pela resistência à sua captura total pela tecnologia dura da estrutura organizacional.

A transversalidade, para Baremlitt (1996), é uma dimensão do devir que não se reduz nem à ordem hierárquica da verticalidade nem à ordem informal da horizontalidade nas organizações. Partindo desse ponto, sugerimos que o eixo matricial poderia atuar em algum ponto entre a horizontalidade e a verticalidade, perpas-

sando trabalhadores e usuários de forma transversal, a fim de favorecer a troca de informações e ampliações do compromisso dos profissionais com a produção de saúde, como aponta a cartilha da PNH (BRASIL, 2004). Pensamos que só dessa forma o apoio matricial seria capaz de deflagrar efeitos transversais inventivos e libertários, tal como Baremlitt (1996) caracteriza um dispositivo.

Revela-se, assim, o caráter dialético do apoio matricial: trata-se de um dispositivo da estrutura organizacional que não se deixa absorver por ela, operando aquilo a que Merhy se referiu como a possibilidade de fuga do instituído (MERHY, 2007a), o que inviabiliza sua classificação como uma tecnologia dura, ao mesmo tempo em que o autentica como uma espécie de ‘leve-dura’ que instiga uma prática criativa.

Entendemos que a resistência que opera possibilita ao apoio matricial ser compreendido como uma ferramenta indispensável à humanização dos serviços, humanização definida assim como propõem Benevides e Passos (2005):

[...] conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervem [sic.] e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política de qualquer um, política comum. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 393).

É preciso apostar que a própria gestão pode ser concebida como um campo tecnológico que contribui para a plasticidade das organizações, permitindo a expressão do trabalho vivo (MERHY, 2007a). Dessa forma, além de constituir uma tecnologia híbrida do tipo leve e leve-dura, o apoio matricial pode fomentar a levedura das ideias e práticas vivas, mantendo-se uma estratégia tão efervescente quanto transversal.

REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação Saúde e Educação*, v. 9, n.17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Boletim informativo da Oficina de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, jun. 2008. Edição especial. 5p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Oficina%20de%20Prioridades%202008.pdf>. Acesso em: 4 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Boletim informativo da Oficina de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. Edital 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 17p. Disponível em http://www.opas.org.br/coletiva//UploadArq/prioridades_de_pesquisa.doc. Acesso em: 4 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. Informe Técnico-Institucional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 743-747, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza-SUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

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

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007a. p. 71-112.

MERHY, E.E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b. p. 113-150.

Recebido: Outubro/2008

Aceito: Maio/2010

Atenção farmacêutica em meio rural: uma análise sobre o uso de fármacos na comunidade de Campos Elíseos no município de Montes Claros (MG)

Pharmaceutical care in rural areas: an analysis of the use of drugs in the community of Campos Elíseos, Montes Claros (MG)

Carla Patrícia Alves Xavier ¹

Valmari Félix de Souza ²

Cristina Andrade Sampaio ³

¹ Graduada em Farmácia pela Faculdade de Saúde Ibituruna (Fasi).
carlapatricia@yahoo.com.br

² Graduado em Zootecnia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB); graduado em Farmácia pela FASI.
felixzoo@hotmail.com

³ Orientadora; Mestre em Epidemiologia pela Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM); Doutoranda em Ciências da Saúde pela UNIFESP-EPM.
cristina.sampaiofasi@gmail.com

RESUMO *Esta pesquisa teve por objetivo verificar o uso de plantas medicinais pela população de Campos Elíseos, Montes Claros (MG), Brasil, e a necessidade de atenção farmacêutica. Trata-se de estudo de caráter qualitativo que utilizou como instrumento de coleta de dados um roteiro semiestruturado aplicado a dez indivíduos, assistidos pela Estratégia de Saúde da Família no meio rural de Campos Elíseos que fazem ou fizeram uso de plantas medicinais, utilizam serviços prestados por raizeiros ou curandeiros, e medicamentos alopáticos sem indicação médica.*

PALAVRAS-CHAVE: *Atenção farmacêutica, Pesquisa qualitativa; Plantas medicinais.*

ABSTRACT *This research aimed to verify the use of medicinal plants by the population of Campos Elíseos, Montes Claros (MG), Brazil, and the need for pharmaceutical care. This was a qualitative study that applied semi-structured questionnaires to ten individuals, assisted by the Health Strategy for the Family in rural areas from Campos Elíseos, who use or have used medicinal plants, services provided by salespeople or healers, and allopathic medicines without medical advice.*

KEYWORDS: *Pharmaceutical care, Qualitative research; Plants, medicinal.*

INTRODUÇÃO

A assistência farmacêutica é um processo multidisciplinar que tem como um dos objetivos principais o acesso do paciente a medicamentos aos quais necessitam. A assistência farmacêutica envolve todos os profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros. Engloba gestores e profissionais envolvidos em todas as atividades clínicas (prescrição, dispensa, incluindo atenção farmacêutica, administração, seguimento e adesão) e gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) relacionadas à assistência farmacêutica.

A atenção farmacêutica é uma prática recente da atividade farmacêutica que tem como prioridade a orientação e o acompanhamento farmacoterapêutico e a relação direta entre o farmacêutico e o usuário de medicamentos. É prestada exclusivamente pelo profissional farmacêutico, que deve ser visto como parte essencial na garantia do acesso a e uso racional de medicamentos, lembrando que, para garantir esse acesso e a assistência farmacêutica, são requeridos profissionais qualificados.

Atualmente, nos grandes centros, a atenção farmacêutica prestada a pacientes e/ou clientes em hospitais, farmácias e drogarias é uma realidade que aproxima o profissional de saúde aos membros da sociedade carentes de informações no que tange ao uso racional de fármacos. Todavia, no meio rural, a realidade contrasta com o meio urbano no que diz respeito à atenção farmacêutica, visto que é mais comum a utilização de chás, ditos remédios caseiros, para tratamento de diversos tipos de enfermidades pela população, hábito herdado de seus antepassados.

As plantas medicinais, por serem produtos naturais, são usadas indiscriminadamente, devido à crença popular de serem inofensivas haja vista a sua origem.

Porém, não há estudos científicos que garantam a baixa ou até mesmo ausência de componentes tóxicos nessas plantas (VEIGA JUNIOR, 2008).

Outro fator relevante é a não-distinção do que é planta medicinal, fitoterápico e medicamento alopático, pois a planta medicinal é todo vegetal que contém substâncias que possam ser empregadas para fins terapêuticos; os fitoterápicos são todos os medicamentos obtidos e elaborados empregando-se exclusivamente matérias-primas vegetais ativas com fins curativos, e os alopáticos são os medicamentos officinais ou magistrais (AKISUE; OLIVEIRA, 2005, p. 110).

Vale ressaltar que o uso em conjunto de medicamentos alopáticos, fitoterápicos e plantas medicinais pode causar interações nem sempre desejáveis.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado na comunidade de Campos Elísios, zona rural de Montes Claros (MG), distanciando-se por 10 km. A comunidade possui 499 pessoas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) que pertence à microárea do Bairro Jardim Primavera. A Equipe de Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2009).

A pesquisa descritiva, segundo Gil (2002), tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou mesmo o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais significativas é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como a entrevista e a observação sistemática.

Os sujeitos da pesquisa eram usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) com mais de 18 anos e residentes

no meio rural. Outros critérios relacionaram-se ao uso de plantas medicinais na forma de chás, garrafadas, à utilização dos serviços prestados por raizeiros, curandeiros e, ainda, ao uso de medicamentos alopáticos sem orientação de profissional da área da saúde.

Optou-se pela pesquisa qualitativa por se tratar de uma realidade que não pode ser quantificada, uma vez que ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, e que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p. 105).

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador maior aprofundamento das questões que se propõe a estudar, não se preocupando com a generalização dos resultados, conforme se preconiza nas pesquisas quantitativas (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas gravadas, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturada dirigida a dez usuários da ESF. As entrevistas foram gravadas a partir do consentimento dos entrevistados, tendo duração média de 25 minutos.

Segundo Turato (2003), a entrevista semiestruturada é usada quando o pesquisador conhece a maioria das questões a perguntar, mas não pode prever as respostas, além de favorecer a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social acerca do comportamento humano.

Para a realização da pesquisa, um termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado com vistas a atender aos princípios éticos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da resolução 196/96 para pesquisa com seres humanos e pela resolução CRF 417/2006 do Código de Ética Profissional Farmacêutico. O projeto foi aprovado através do parecer nº 1464/09.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi dirigido a todos os participantes, que autorizaram, além

da gravação das entrevistas, a divulgação dos resultados obtidos a partir dos dados coletados. Garantiu-se o anonimato dos participantes da pesquisa.

Os dados foram analisados após repetidas leituras das entrevistas transcritas, assimilando todo o material e procedendo à sua categorização, pois, de acordo Bardin (1977), é na etapa de categorização que o pesquisador qualitativo define como classificar os elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o conteúdo do material.

DESENVOLVIMENTO

A atenção farmacêutica é uma realidade nos centros urbanos do Brasil, visto que a atuação do profissional farmacêutico não se limita à dispensação de medicamentos, mas direciona-se às necessidades dos pacientes/clientes no sentido de sanar dúvidas sobre a farmacoterapia de maneira geral.

De acordo Ivama *et al.* (2002), a assistência farmacêutica é um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e por outros profissionais de saúde voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde tanto no nível individual como no coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial.

Normalmente, os cuidados aos pacientes/clientes e a preocupação que se deve ter com o uso racional dos medicamentos não são levados em consideração por parte dos profissionais da área da saúde. Observa-se que, durante a terapia medicamentosa, são identificados problemas relacionados aos medicamentos (PRM's) e dificuldades na adesão ao tratamento farmacológico, os quais estão relacionados às questões familiares e sociais, e têm contribuído para o não-sucesso terapêutico, sendo, portanto pontos-chave a serem considerados durante a atenção farmacêutica (FOPPA *et al.*, 2008).

No passado, a presença do farmacêutico em drogarias ou farmácias como responsável técnico era vista apenas como uma formalidade imposta pelo artigo 15 da lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973.

Na década de 1990, foi observada a consolidação da farmácia clínica no Brasil e no mundo, fato que culminou com a valorização do farmacêutico no desempenho da função da prática da atenção farmacêutica, como proposta concreta de (re)aproximar definitivamente o farmacêutico do paciente/cliente (STORPIRTIS *et al.*, 2008, p. 402).

Atualmente, o profissional tem contato direto com o usuário, orientando-o sobre a farmacoterapia racional visando a resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da sua qualidade de vida. O exercício da profissão promove interação social, compreensão e entendimento da clientela, de suas características pessoais, diferenças individuais, limites e complexidade.

Contudo, a participação do farmacêutico no meio rural é um paradoxo em face da inexistência da atuação do profissional em prol da saúde e do bem-estar da população agrária.

Sendo assim, nota-se uma população carente no que tange ao uso correto de fármacos, bem como à conservação, armazenamento e à fidelidade à farmacoterapia e suas interações, sejam eles fármaco-fármaco ou fármaco-alimento.

Tortora, Funk e Case (2005) afirmam que os antibióticos são produtos que têm sido muito mal utilizados no mundo devido à inexistência de profissionais bem treinados, principalmente nas áreas rurais.

Segundo Rezende e Cocco (2002), a utilização da fitoterapia, que significa o tratamento pelas plantas, vem de épocas remotas. A referência mais antiga de que se tem conhecimento data de mais de 60 mil anos.

Lakatos e Marconi (1982) citam que, no meio rural, os hábitos, costumes e ocupações são transmitidos de pais a filhos. Dessa forma, é inevitável que o uso de

plantas medicinais por essa população ocorra até os dias atuais, sendo que o agravante maior reside no fato da procura por “curandeiros”, “benzedoras” e “raizeiros” para cura de doenças, desde a mais simples moléstia até mesmo algo mais grave, como câncer. O consumo de plantas medicinais se baseia na tradição familiar e se tornou prática generalizada na medicina popular (BRASILEIRO *et al.*, 2008).

O uso das práticas alternativas em saúde tem persistido, dentre outros motivos, pela dificuldade de acesso à assistência de saúde por parte da população, que não tem suas demandas e necessidades atendidas, e também por opção pessoal (REZENDE; COCCO, 2002).

As plantas medicinais representam fator de grande importância para a manutenção das condições de saúde das pessoas, apesar da não-comprovação da ação terapêutica de várias plantas utilizadas popularmente (TOMAZZONI; NEGRELLE; CENTA, 2006).

O uso das plantas juntamente com rituais religiosos nas crenças populares e a ausência de testes clínicos em humanos que comprovassem as atividades farmacológicas da maioria dos extratos vegetais foram alguns dos principais motivos que levaram ao ceticismo da comunidade médica quanto à prescrição dos fitomedicamentos (VEIGA JUNIOR, 2008).

O conhecimento popular em relação às plantas medicinais no país tem sua origem provavelmente nos antepassados indígenas, nos europeus ou nas raízes africanas. Este processo de miscigenação gerou uma diversificada bagagem de usos para as plantas e seus aspectos medicinais, que sobreviveram de modo marginal até a atualidade (REZENDE; COCCO, 2002).

De acordo com Dias (1996, *apud* SIMÕES *et al.*, 2004), o Brasil é o país com a maior diversidade genética vegetal do mundo, com mais de 55 mil espécies catalogadas.

Segundo Rates (2001, *apud* CORDEIRO; CHUNG; SACRAMENTO, 2005), dos 252 fármacos essenciais sele-

cionados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 11% são de origem exclusivamente vegetal e uma parcela significativa é preenchida por medicamentos semissintéticos obtidos a partir de precursores naturais.

Brasileiro *et al.* (2008) afirmam que o estudo de plantas medicinais, a partir de seu emprego pelas comunidades, pode fornecer informações úteis para a elaboração de estudos farmacológicos, fitoquímicos e agrônômicos sobre estas plantas, com grande economia de tempo e dinheiro. Apesar de o uso de fitoterápicos ser economicamente viável, não cabe à população fazer seu uso de forma indiscriminada sem uma orientação do profissional detentor do conhecimento técnico-científico.

Simões *et al.* (2004) afirmam que, no Brasil, as plantas do gênero *Phyllanthus* (*Euphorbiaceae*) têm sido empregadas na medicina popular para o tratamento de cálculo renais e urinários, infecções intestinais, diabetes e hepatite.

O uso da babosa (*Aloe vera*) para prevenção do câncer é algo corriqueiro entre os membros sociais do meio rural. Análise fotoquímica da folha da babosa revelou a presença de compostos de natureza antraquinônica, as aloínas e uma mucilagem constituída por um polissacarídeo de natureza complexa (LORENZI; MATOS, 2002, p. 314-315).

Segundo Akisue e Oliveira (2005), a babosa é bastante cultivada em diversos lugares do mundo com vistas à produção de mucilago, muito utilizado em cosmética.

De acordo com Wichtl (1989; *apud* SIMÕES *et al.*, 2004), dentre as drogas vegetais contendo derivados antracênicos, os *aloes* apresentam maior atividade laxativa.

O preparo de medicamentos caseiros com a folha da babosa no meio rural não se restringe ao uso tópico, sendo mais apreciado por essa população o uso sistêmico. Essa é uma situação bastante preocupante já que os compostos antraquinônicos são tóxicos quando

ingeridos em dose alta (LORENZI; MATOS, 2002, p. 314-315).

Outro problema não menos importante é a crença popular de que “se é vegetal é natural, é bom, se não fizer bem, mal não faz”. Muitas plantas possuem princípios tóxicos. O uso indiscriminado pode trazer problemas (AKISUE *et al.*, 2005, p. 110). Entretanto, essa crença é dificilmente contradita, uma vez que as evidências científicas sobre intoxicações ou efeitos colaterais dificilmente chegam ao alcance dos usuários deste tipo de farmacoterapia. Porém, Silveira (2007; *apud* SILVEIRA; BANDEIRA; ARRAIS, 2008) afirma que os fitoterápicos são geralmente misturas complexas de várias plantas, e pouco se conhece sobre sua toxicidade e, particularmente, o perfil de reações adversas, adulteração, contaminação, preparação incorreta, estocagem inadequada e uso inapropriado.

Além da toxicidade, que pode ser causada por uso contínuo e inadequado de plantas medicinais, pode haver interações indesejáveis que determinam redução do efeito ou resultado contrário ao esperado, aumento na incidência e na gama de efeitos adversos e no custo da terapia, sem incremento no benefício terapêutico (CORDEIRO; CHUNG; SACRAMENTO, 2005).

Por outro lado, os medicamentos fitoterápicos também podem ocasionar interações medicamentosas, porém, ao contrário das plantas medicinais, eles são caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. Sua eficácia e segurança são validadas através de levantamentos etnofarmacológicos de utilização, documentações técnico-científicas em publicações ou ensaios clínicos (BRASIL, 2004).

Salienta-se que, com o conhecimento necessário e ações bem planejadas, é possível prevenir os erros e danos causados ao paciente, melhorando a qualidade de assistência prestada no cuidado à saúde (KAWANO *et al.* 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa possibilitou o contato com um campo de pesquisa eminentemente rural que, apenas no ano de 2007, passou a ser atendida por uma UBS. A Unidade pertence à microárea do bairro Jardim Primavera e conta com um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2009). Salienta-se que a referida Unidade de Saúde não possui em seu quadro de funcionários um farmacêutico.

A interpretação das entrevistas semiestruturadas possibilitou conhecer o universo de significados elaborados pela comunidade sobre a automedicação em suas diferentes formas, a influência cultural do uso de plantas medicinais, crenças e religiosidades, o uso de chás, e a assistência farmacêutica e sua relevância.

Automedicação

A automedicação é definida como o uso de medicamentos sem prescrição médica, quando o próprio paciente/cliente decide qual fármaco vai usar (KOVACS; BRITO, 2009). Todavia, na comunidade de Campos Elíseos foi observado que os entrevistados assistidos pelo PSF não possuíam o hábito de se automedicar.

A automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode acarretar efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido (ARRAIS *et al.*, 1997).

Aí eu tomo remédio direto. Mas eu pego aí no posto de saúde. De vez em quando o médico vem aqui [...] (E1)

Eu to tomando comprimido agora pra pressão,

mais foi receitado por eles (médicos). (E2)

Eu tomo é que o médico passa, receitou pra mim, eu tomo. (E3)

[...] sempre quando eu preciso eu vou no médico [...] (E5)

[...] quando tem qualquer coisa, sempre eu vou no médico. (E6)

Esses remédios tudo aí é passado pelo médico. (E9)

Automedicação através de plantas medicinais

A ausência do conhecimento em relação às propriedades farmacológicas das plantas medicinais, bem como o seu consumo concomitante aos medicamentos tradicionais (alopáticos) sem aviso ao médico e a falta do conhecimento sobre os efeitos medicinais e tóxicos das plantas são fatores preocupantes da automedicação (ALBUQUERQUE; HANAZAKI 2006; VEIGA JUNIOR. *et al.* (2005) *apud* VEIGA JUNIOR, 2008).

As plantas medicinais podem ser tóxicas e as interações entre fármacos e os componentes químicos presentes nas plantas medicinais e nos medicamentos fitoterápicos podem causar alterações plasmáticas dos fármacos e, conseqüentemente, mudanças nos seus perfis de eficácia e/ou segurança (ALEXANDRE; BAGATINI; SIMÕES, 2008).

Segundo Kovacs e Brito (2009), as plantas medicinais participam da lista de insumos utilizados para a automedicação, porém os habitantes da comunidade da pesquisa acreditam que o uso de infusões vegetais não caracteriza uma automedicação, acreditando que esteja diretamente associado ao uso de medicamentos alopáticos.

Não, eu sempre tomo é... Só remédio caseiro sem procurar o médico [...] É que eu gosto de um cha-

zinho de vez em quando, um chazinho de erva cidreira, um chá de favaquinha [...] (E1).

É de hortelã, puejo, desses trem que eu tomo chá. (E3).

Eu gosto, sempre a gente faz um chazinho [...] (E4).

Eu só tomo algum chazinho caseiro [...] (E6).

Nós toma chá caseiro, de erva cidreira, capim santo. Folha de lima. (E7).

[...] alguns que eu tomo aí, que às vezes serve pra alguma coisa, uns chás, umas coisa assim [...] (E10).

A influência cultural no uso de plantas medicinais

O consumo de plantas medicinais tem base na tradição familiar e tornou-se prática generalizada na medicina popular (BRASILEIRO *et al.* 2008).

Nas comunidades rurais, os hábitos, costumes e ocupações são transmitidos de pais a filhos, principalmente o conhecimento sobre indicações de plantas medicinais como terapia medicamentosa, tendo origem provável nos antepassados indígenas, nos europeus ou nas raízes africanas (REZENDE; COCCO, 2002).

Rezende e Cocco (2002) afirmam que construção desta terapia alternativa de cura surgiu da articulação dos conhecimentos dos indígenas, jesuítas e fazendeiros. Este processo de miscigenação gerou uma diversificada gama de usos para as plantas e seus aspectos medicinais, que perduraram de modo marginal até a atualidade.

Ah! Isso vem é dos criador [refere-se aos seus pais] [...] e o que eles me ensinou a gente era isso. (E2).

Foi minha mãe que ensinou. (E3).

Quem ensinou foi o povo mais velho, o pessoal mais velho vai ensinando os outros. (E4).

[...] eu via a minha mãe dá esses remédios [...] (E5).

Meus pais, meus avós, né. (E6).

Ah! Com a minha mãe. Minha mãe fazia. (E8).

Isso é o natural que a gente foi criado. (E9).

Isso é os pessoal mais veio ai, que fala. (E10).

Chá versus gripe

Veiga Junior (2008) afirma que o ceticismo da comunidade médica quanto à prescrição dos fitomedicamentos reside na ausência de testes clínicos em humanos que comprovem a atividade farmacológica da maioria dos extratos vegetais.

Contudo, a prática do uso de plantas medicinais na comunidade é predominante, sendo utilizado exclusivamente para prevenir ou para o alívio dos sintomas da gripe.

A gripe (*Influenza*) é uma doença infecciosa aguda causada pelo vírus Influenza, de distribuição universal, e que há séculos cursa com epidemias entre os seres humanos (MARTINEZ, 2009).

Salienta-se que, com o advento das políticas públicas de saúde, a população com idade acima de 60 anos é imunizada com a vacina contra o vírus da gripe.

Eu sei que eu tomo diversos deles [...] É pra gripe mesmo. (E2).

De vez em quando, mesmo por causa de gripe a gente toma. O chá que eu costumo tomar

é mesmo por causa disso [...] Mas de vez em quando eu gripe, eu tomo chá. (E3).

[...] às vezes a gente gripe, às vezes a gente faz um chazinho [...] (E4).

Quando dá uma gripe na gente mesmo, a gente toma esses chazinhos caseiros aí, resolve [...] (E6).

Às vezes a gente faz um chá, de erva cidreira, um chá de limão que diz que é bom pra gripe, né. (E8).

Pra gripe é bom, é um ótimo remédio. É. Inclusive limão cortado em cruz e cozido com sal é um ótimo remédio pra gripe. (E9).

Crenças e religiosidades

De acordo com Alves (1997), em áreas rurais de certas regiões do país, as práticas populares de cura são ainda frequentes e têm conseguido se manter, mesmo com a presença da medicina acadêmica. Há pessoas que, ao mesmo tempo ou de forma alternada, procuram benzedoras, usam chás, fazem simpatias, aderem fervorosamente a uma religião e/ou seguem o tratamento prescrito pelo médico (BARBOSA, *et al.*, 2004).

O ser humano tende a ser e a viver de acordo com suas crenças (BARBOSA, *et al.*, 2004).

[...] sempre quando é um coisa assim eu vou no médico. Agora chá a gente toma assim, às vezes tem um terço uma reza ai nós fazemos um chá [...] benzer até que a gente benze, até que passar o ramo nas pessoas que chegam aqui [...] A gente pega os raminhos lá no mato, uns três raminhos e começa falar as palavras, ai a pessoa se sente bem. (E5)

[...] tem o benzedor que benze aqui de olhado [...] Tinha uns velhinhos, mas eles passaram para outra religião. (E7)

Tem um homem ali [curandeiro] [...] ele dava umas garrafas, umas coisa de remédio. Só tem uma muié ali, Maria que diz que reza, se a pessoa tiver com dor de cabeça [...] a muié encheu um litro d'água pôs em cima da cabeça dele e benzeu, levou dois dias ele agradeceu: "dona, sarou a minha dor de cabeça (E8)

Dizem que tem esses macumbeiro véi ai, que mexe com isso, mas eu pra mim não acredito nisso não. (E10)

Assistência farmacêutica

A Unidade Básica de Saúde da comunidade de Campos Elíseos tem prestado uma assistência farmacêutica que, segundo Ivama *et al.* (2002), é um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e por outros profissionais de saúde voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto no nível individual como no coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial.

É, sempre a moça que entrega a gente o medicamento [...] a gente consulta e vai lá no posto pra pegar o remédio, então a moça indica como é que toma, pra não errar. (E1).

Orientam sim. Falam os horários de tomar eles. [...] Explicam como que eu tomo eles [medicamentos]. (E2).

Tem hora que fala. (E3).

Elas ensinam tudo. (E8).

Relevância da assistência farmacêutica

Na equipe da ESF da comunidade de Campos Elíseos não existe farmacêutico para prestar a atenção farmacêutica, uma atividade que engloba ações específicas desse profissional no contexto da assistência ao paciente visando à promoção do uso racional de medicamentos (IVAMA *et al.*, 2002, p. 16-17).

Vale ressaltar que, no momento em que o farmacêutico assume responsabilidades no cuidado ao paciente por meio da prática da atenção farmacêutica, são identificados inúmeros problemas relacionados aos medicamentos (PRM's) e dificuldades na adesão ao tratamento farmacológico (FOPPA *et al.*, 2008).

Todavia, mesmo sem a atuação do farmacêutico para a promoção da atenção, as ações de assistência farmacêutica desenvolvidas por outros profissionais da área de saúde, como médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem têm demonstrado eficácia e importância para os membros sociais da comunidade.

Acho necessário, porque a gente que não estudou, não tem prática, essas coisas, quando eu chego eu costumo até anotar pra mim não esquecer o que elas falou. (E1).

Sem eles informar, não tem entendimento. (E2).

Eu acho necessário, tem hora que elas [atendentes da ESF] explicam bem, pra mim tomar os remédio [...] (E3).

Ajuda, porque a gente toma tudo certinho. Tem hora que a gente toma o remédio não é na hora certa, então elas fazem os horários tudo certinho. (E7).

É importante, aí a gente pega os remédio tudo certinho, né? (E8).

CONCLUSÃO

Embora os entrevistados afirmassem que não se automedicavam, mas possuíam o hábito de tomar chá para tratamento e/ou alívio dos sintomas da gripe, a ingestão de plantas medicinais na forma de extrato ou infusão caracteriza uma automedicação; é visível que a população rural crê que automedicação se restringe unicamente ao uso de medicamentos alopáticos sem a devida prescrição médica.

A utilização de remédios ditos caseiros é comum e tem origem em seus antepassados, assim, o conhecimento de que o chá tem suas propriedades curativas está diretamente relacionado a conhecimentos passados de pai para filho, permanecendo até os dias atuais. Contudo, atualmente são usadas exclusivamente para o tratamento da gripe.

Para os moradores da comunidade, o uso de chás, banhos e infusões, além de benzimentos e rezas, é uma prática popular de cura utilizada por rezadeiras ou curandeiros.

É fato que os indivíduos da comunidade de Campos Elíseos, atendida pela ESF, recebem uma assistência farmacêutica condizente e relevante. Contudo, nada substitui a atenção farmacêutica.

Evidencia-se a necessidade de uma farmacoterapia segura, sejam elas alopáticas ou na forma de plantas infusionadas, prevenindo-se acidentes que possam causar danos à saúde dessa população. Ressalta-se que é plausível que a devida atenção farmacêutica seja prestada por um profissional que detenha conhecimentos técnicos e científicos sobre o uso racional de medicamentos alopáticos, fitoterápicos, plantas medicinais; problemas relacionados aos medicamentos (PRMs); interações medicamentosas e aceitação da farmacoterapia por parte do paciente.

REFERÊNCIAS

- AKISUE, G.; OLIVEIRA, F. de. *Fundamentos de farmacobotânica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 110.
- ALEXANDRE, R.F.; BAGATINI, F.; SIMOES, C.M.O. Interações entre fármacos e medicamentos fitoterápicos à base de ginkgo ou ginseng. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, João Pessoa, v. 18, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2008000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Apr. 2009.
- ALVES, M.A.N. As práticas populares de cura no povoado de matinha dos pretos – Ba: eliminar, reduzir, ou convalidar? 34f. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da USP, São Paulo, 1997.
- ARRAIS, P.S.D. *et al.* Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 1, Feb. 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100010-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Jun. 2009.
- BARBOSA, M.A. *et al.* Saber popular: sua existência no meio universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 6, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600017-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 June 2009.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 48, de 16 de março de 2004. *Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos*. Disponível em http://legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mo de=PRINT_VERSION&id=10230 Acesso em: 10 de abr. 2009.
- BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde/DAB-DATASUS. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível no SIAB – *Sistema de Informação de Atenção Básica*. Acesso em: 13 abr. 2009.
- BRASILEIRO, B.G. *et al.* Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400009-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 abr. 2009.
- CORDEIRO, C.H.G.; CHUNG, M.C.; SACRAMENTO, L.V.S. do. Interações medicamentosas de fitoterápicos e fármacos: Hypericum perforatum e Piper methysticum. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, João Pessoa, v. 15, n. 3, set. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102695X2005000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2009.
- FOPPA, A.A. *et al.* Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 44, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 abr. 2009.
- GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- IVAMA, A.M. *et al.* *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. p. 16-17.
- KAWANO, D.F. *et al.* Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los? *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151693322006000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2009.
- KOVACS, F.T.; BRITO, M.F. de M. Percepção da doença e automedicação em pacientes com escabiose. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000400005-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2009.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. *Sociologia geral*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1982.
- LORENZI, H.; MATOS, F.J. de A. *Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas*. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2002. p. 314-315.

MARTINEZ, J.A.B. Influenza e publicações científicas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 35, n. 5, mai 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000500001-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2009.

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 197-210.

REZENDE, H.A. de; COCCO, M.I.M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 36, n. 3, set. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000300011-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 abr. 2009.

SILVEIRA, P.F. da; BANDEIRA, M.A.M.; ARRAIS, P.S.D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, João Pessoa, v. 18, n. 4, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102695X2008000400021&lng=en&nrm=iso Acesso em: 8 abr. 2009.

SIMÕES, C.M.O. *et al.* (Org.). *Farmacognosia: da planta ao medicamento*. 5. ed. Porto Alegre: Florianópolis: UFRGS/UFSC, 2004. p. 14-15.

SIQUEIRA, K.M. *et al.* Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jun. 2009. .

STORPIRTIS, S. *et al.* *Farmácia clínica e atenção farmacêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 404-407.

TOMAZZONI, M.I.; NEGRELLE, R.R.B; CENTA, M.L. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, Mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielophp?script=sciarttext&pid=S010407072006000100014&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 8 abr. 2009.

TORTORA, G.J.; FUNKE, B.R.; CASE, C.L. *Microbiologia*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VEIGA JUNIOR, V. F. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, João Pessoa, v. 18, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102695X200800020028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 apr. 2009.

Recebido: Setembro/2009

Aceito: Maio/2010

Concepções de saúde de Agentes Comunitários de Saúde: uma contribuição para reflexões acerca do saber/fazer em saúde no SUS*

Community Health Agents' health conceptions: a contribution for reflections about health knowledge/actions of SUS

Viviane Milan Pupin¹

Cármem Lúcia Cardoso²

¹ Psicóloga; Mestre em Ciências pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP).

vivianepupin@pg.ffclrp.usp.br

² Professora Doutora da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP

carmen@ffclrp.usp.br

RESUMO *Este artigo objetivou analisar as concepções de saúde de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalham em Núcleos de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto (SP). As concepções dos ACS apontam uma visão ampliada do conceito de saúde, englobando determinantes como aspectos emocionais, lazer, trabalho, atividade física e saneamento, mas tais conceitos ainda aparecem permeados por uma lógica prescritiva em que o ACS detém um saber que se transforma em 'poder dizer' ao outro o que deve ou não deve fazer para obter ou manter sua saúde. Considera-se importante a reflexão sobre tais concepções para viabilizar práticas mais humanizadas em saúde, em conformidade com os princípios do SUS.*

PALAVRAS-CHAVE: *Agente Comunitário de Saúde; Programa Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Processo saúde-doença.*

ABSTRACT *The aim of this article was to analyze the health conceptions of Community Health Agents (CHA) working in Family Health Centers of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. The CHA's conceptions reveal a broader view of the health concept, which covers aspects related to emotions, leisure, work, physical activity and sanitation that are still permeated by a prescriptive logic in which the CHA hold a knowledge that changes into 'being able' to tell others what they should or should not do in order to attain or maintain health. A reflection on these conceptions is believed to be important in order to make humanized health practices more feasible, in agreement with the principles of the National Health System (SUS, in Portuguese).*

KEYWORDS: *Community Health Agent; Family Health Program; National Health System; Health-disease process.*

* Agência financiadora: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

INTRODUÇÃO

O Movimento Sanitário Brasileiro traz novas proposições no âmbito da saúde, enfatizando conceitos como bem-estar e qualidade de vida, repensando o conceito de saúde e promovendo consequentes mudanças do modelo assistencial. O cenário brasileiro sofreu influência de movimentos internacionais, nos quais ações de promoção de saúde são privilegiadas na tentativa de reorientar os modelos assistenciais visando à redução de gastos e à melhora nas condições de vida. Dentre os vários encontros com essa temática e diretriz para a saúde, destaca-se a Conferência de Alma-Ata e a Conferência sobre promoção de saúde em Ottawa.

No Brasil, ressalta-se a VIII Conferência Nacional de Saúde por contar, pela primeira vez durante uma Conferência Nacional de Saúde, com a participação da sociedade civil nas deliberações sobre políticas de saúde (SCOREL; BLOCH, 2005). Na referida Conferência, o conceito de saúde foi problematizado, destacando-se os determinantes sociais da saúde, ou seja, as condições de vida e de trabalho de indivíduos ou grupos, incluindo alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A saúde passa, então, a ser vista não mais em sua negatividade, como a ausência de doença, sendo inserida uma dimensão social da saúde, o que implica ser conquistada pela população através de suas lutas cotidianas.

Na tentativa de oferecer ações de prevenção de doença e promoção da saúde aos indivíduos e à família de forma integral e contínua, contrariamente ao modelo tradicional centralizado na doença e no hospital, que privilegia ações curativas e uma medicina de alto custo, foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2000).

O PSF visa reorientar o modelo de assistência à saúde e consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: universalidade, a equidade e a integralidade, ou seja, todo brasileiro tem direito ao acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Além disso, é proposta como diretriz: a composição de uma rede regionalizada na qual os municípios têm autonomia para administrar seus recursos, investindo de acordo com as necessidades locais; a hierarquização com a organização do serviço de saúde por meio de níveis crescentes de complexidade tecnológica; a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, e a participação social.

As equipes mínimas de saúde do PSF são compostas por um médico generalista (ou da família), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e de quatro a seis agentes comunitários residentes na comunidade em que atuam. Recentemente, as equipes passaram a incorporar um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene dental. Além disso, outros profissionais, como assistentes sociais e psicólogos, também podem ser incluídos de acordo com as necessidades do local onde a equipe se encontra inserida (BRASIL, 2000).

Uma característica peculiar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) é o fato de pertencerem à comunidade em que trabalham e não terem exigências de um conhecimento técnico prévio específico para o exercício da profissão. Pertencer à comunidade pressuporia familiaridade com os problemas, permitindo realizar ações de educação em saúde, identificação de fatores de adoecimento e proposição de estratégias mais eficazes, resultando numa maior eficiência de ações e conquista de confiança dessa comunidade (NUNES *et al.*, 2002).

Em tal contexto, aposta-se na figura do ACS como profissional que, com a tarefa de acompanhar a família mensalmente – longitudinalmente – colabora com sua prática na construção de um novo modelo de saúde,

mais integral e humanizado. Considera-se que as concepções de saúde modelam práticas e, assim, conhecer as concepções deste profissional no contexto da saúde torna-se importante uma vez que se objetivam transformações nas práticas em saúde cada vez mais pautadas pelo estabelecimento do vínculo e pela integralidade do cuidado. Sendo assim, diante das especificidades do ACS e das mudanças propostas no 'conceituar' e 'fazer' saúde, objetivou-se analisar as concepções de saúde dos ACSs para descrever quais concepções embasam a prática desse profissional, e refletir acerca do seu saber/fazer.

MÉTODO

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Trata-se de estudo qualitativo de natureza exploratória, sobre as concepções de saúde dos ACSs.

Foi composto por uma amostra intencional, ou seja, foram escolhidos como participantes os ACSs que trabalhavam há pelo menos um ano nos Núcleos de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, vinculados à USP (n=5). Utilizou-se como critério de inclusão no estudo estar trabalhando há pelo menos um ano nos Núcleos, devido ao interesse em analisar as concepções de saúde pautadas na prática do trabalho como ACS. Cada Núcleo de Saúde da Família referido possuía cinco ACSs, sendo 25 o número total de agentes que trabalhavam nesses Núcleos. Tendo em vista que todos os ACSs contemplavam o critério estabelecido de tempo de trabalho, foi realizado um sorteio aleatório de dois Agentes Comunitários de cada Núcleo, totalizando dez Agentes. Um ACS não sorteado demonstrou interesse em participar do estudo e optou-se por realizar essa entrevista, totalizando, portanto, 11 entrevistas. Os cinco Núcleos contam com a participação

da Universidade, o que acreditamos ter impacto tanto na formação dos profissionais que compõem essas equipes quanto dos alunos/estagiários que também estão inseridos nestes Núcleos.

Cabe ressaltar que, de acordo com a metodologia qualitativa de pesquisa, o número de participantes não pretende ser representativo do universo pesquisado, mas busca-se o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto pesquisado, sendo que a amostra ideal seria aquela capaz de refletir a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2004).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais abertas realizadas no local de trabalho dos ACSs, seguindo o método proposto por Figueiredo (1998). Num primeiro momento, solicitou-se ao participante que refletisse sobre um tema e redigisse tudo o que pensasse sobre o assunto. Após a redação das associações, realizou-se um diálogo reflexivo sobre o que foi escrito, ou seja, o pesquisador procurou refletir com o participante sobre o significado de cada associação em sua perspectiva. No presente estudo, solicitou-se aos participantes que refletissem sobre o tema 'saúde'.

As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 30 minutos, sendo gravadas em áudio e transcritas na íntegra. Para garantir a fidelidade do discurso, as transcrições foram revisadas pelo pesquisador. Foi realizada uma análise temática de conteúdo, seguindo três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação (BARDIN, 2006). A apresentação dos resultados foi feita por meio de fragmentos dos discursos dos ACSs.

RESULTADOS

A análise foi realizada por meio de leituras flutuantes e do agrupamento e reagrupamento do

conteúdo das entrevistas, sendo ressaltados os temas considerados relevantes para o objetivo da pesquisa, ou seja, temas que explicitem as concepções de saúde dos ACSs, a saber: aspectos emocionais; lazer; trabalho; moradia e infraestrutura, alimentação e atividade física.

De forma geral, a saúde é percebida de maneira ampliada, não apenas como a ausência de doença. Nesse sentido, as concepções de saúde perpassam a saúde física, a saúde mental e a saúde social.

É porque eu acho assim, você ter saúde não é só você não ter uma doença, que você precise tomar um remédio e ir no médico. É um conjunto de coisas mesmo. Que você tendo um emprego, você tendo... podendo sustentar sua família, dando pelo menos o básico do que comer, o estudo dos seus filhos. Tudo isso, esse conjunto de coisas, faz com que você também tenha um pouco de saúde, né. (...) Eu acho que saúde não é só a ausência da doença mesmo. É um conjunto mesmo. (ACS7).

Falar em saúde para os ACSs entrevistados envolve, como relatado acima, mais do que a preocupação com o biológico e com a medicalização. Os aspectos citados na concepção de saúde vão além do mal físico, englobando aspectos emocionais, lazer, trabalho, moradia e infraestrutura, alimentação e atividades físicas.

Aspectos emocionais

O tema 'aspectos emocionais' relaciona-se a uma concepção de saúde apontada pelos ACSs como não restrita apenas a fatores biológicos, mas percebida de maneira ampliada, associando fatores emocionais aos determinantes do processo saúde-doença.

Tá doente mentalmente... é... tem as doenças do corpo, né... do corpo físico, mas, pra mim, tá doente às vezes, assim, eu tô são, não tenho nada, mas a cabeça tá a mil, tô pensando bobagem... não consegue um relacionamento com uma outra pessoa, tá sempre agressivo, tá sempre 'p' da vida, tá querendo matar o que tá na frente, entendeu? Isso, pra mim, é ser doente. (ACS2).

Eu acho, assim, que existem vários tipos de estar doente. A pessoa pode assim, tá doente, ser uma doença diagnosticada, uma coisa pra ela ir lá e tomar um remédio. Uma dor em tal lugar, uma pressão alta, entendeu? E, e pode ser, assim, também, uma coisa da cabeça... que disso daí também pode vir outras causas, outras coisas, pode vir outros problemas. (ACS1).

Os ACSs descrevem as 'doenças da cabeça' em contraposição às doenças físicas. São descritas como consequências de uma série de comportamentos que envolvem: ausência de relacionamentos entendidos como saudáveis, agressividade e presença de pensamentos ruins. Além disso, as 'doenças da cabeça' são descritas como não-pontuais e não-curáveis através da medicalização, sendo apontadas como fatores determinantes de outros problemas, incluindo os biológicos.

No relato abaixo, observa-se que o cuidado da alma e do espírito é apontado pelos ACSs como uma forma de cuidado psíquico, contrapondo, novamente, a doença física à doença psíquica. Ainda, como já mencionado anteriormente, a medicalização não é descrita como a única forma de lidar com a doença psíquica.

A gente tem que cuidar também da alma. Da parte do espírito. Porque eu acho que quando você tá com alguma coisa, assim, por dentro, é

pior do que quando você tá com uma hipertensão, quando você tá com uma diabete... porque você sente mal e você sabe que é devido àquela doença que você tá. Então, eu acho assim, que é muito mais importante você cuidar da cabeça mesmo. (ACS 7).

Por exemplo, uma pessoa que tem depressão. Se ela ficar só na medicação, ela não vai sarar de jeito nenhum, porque remédio não vai sarar ela. Porque a pessoa não nasceu com a doença, né. Então, ela vai pegando com o estresse do dia-a-dia, a pessoa vai ficando dentro de casa e só fica tomando aquele antidepressivo e não procura melhorar. Então, a gente como trabalha... a gente procura, às vezes, até dar esse lado pra pessoa, mostrar esse lado, né. (ACS9).

A doença psíquica é descrita pelos ACSs como ‘doença de dentro’ e como algo que se pode sentir, mas não há um diagnóstico claro e fechado que viabilize medidas prescritivas/medicalizadoras. A doença psíquica é apontada como pior que a física, sendo o seu cuidado considerado mais importante. Além disso, nesses relatos, a medicalização da doença psíquica aparece como insuficiente para a melhora, sendo necessárias outras ações de caráter psicossocial. A doença mental é valorada negativamente em comparação à física, na medida em que esta pode ser conhecida, ou seja, pode ser devidamente diagnosticada e medicada, e a doença psíquica pode ser sentida, mas seu diagnóstico não é tão claro e, ainda, seu prognóstico revela a importância dos aspectos psicossociais.

A doença mental/psíquica/da cabeça é descrita pelos ACSs em contraposição à doença física, numa dicotomia do corpo e da psique como instâncias separadas. Apontamentos sobre como evitar ou amenizar a

doença da cabeça são levantados: evitar pensamentos ruins, evitar a agressividade, ter bons relacionamentos, ter momentos de lazer e cuidar da alma/espírito. Cabe ressaltar que os ACSs indicam o que se deve ou não fazer para ter uma boa saúde mental de forma prescritiva, evitando possíveis excessos – de raiva, de estresse, de inimizades, entre outras.

Apesar de os ACSs apontarem a necessidade de ações psicossociais para lidar com a doença mental, tais ações são descritas como individuais, ou seja, o indivíduo é o responsável por ‘procurar melhorar’ por si mesmo por meio da busca individual por situações consideradas saudáveis. Não há um questionamento da dimensão política e social da doença mental e do quanto as redes sociais são importantes tanto para a manutenção quanto para a ajuda ao sujeito em sofrimento psíquico. Torre e Amarante (2001) descrevem que a análise da história da loucura passa pela constituição e valorização pela sociedade capitalista, cuja noção de sujeito é pautada no individualismo, na interioridade e na norma. Apontam, porém, que, na era virtual e da biotecnologia, a constituição da subjetividade se modifica, passando a ser um coletivo e deixando de ser um componente do sujeito individual. Nesse sentido, a tomada de responsabilidade passa a ser individual e coletiva para sair da condição de ‘sujeitado’ e tomar o lugar de usuário do sistema de saúde.

Nesse sentido, cabe pensar as dificuldades dos profissionais de trabalhar com a doença mental, e o quanto o diagnóstico e a medicalização são atitudes que, de certa forma, tranquilizam os profissionais de saúde na medida em que deixam a impressão de que foi feito aquilo que poderia ser feito. O mistério que circunda a doença mental (pela ausência de um diagnóstico claro e fechado) acaba por transformá-la em uma doença considerada mais difícil de se lidar em relação às doenças físicas.

Lazer

Os ACSs apontam o lazer como forma de evitar o isolamento, significado por eles como ruim. Nesse sentido, a saúde também envolve concepções de socialização, de integração com as pessoas, sendo, portanto, o isolamento social visto como um causador de possíveis doenças.

A pessoa ter saúde, eu acho assim, que não é assim, não estar doente, entendeu? Não tomar remédio, não estar doente. Saúde também é a pessoa, assim, ter um lazer, tá bem com ela mesma, entendeu? Ela ter uma cabeça boa, tá de bem com a vida, ser uma pessoa aberta. Eu acho que isso daí influencia muito... também. (ACS1).

Você ter... você ter um lazer, você ter alguém... uma pessoa sempre pra você conversar, um grupo de amigos... Lógico, não que se você tendo tudo isso você não vai ficar doente, você vai ficar fora do risco de ter aí uma hipertensão, uma diabetes, mas a gente consegue levar melhor tudo isso. (ACS7).

Os ACSs descrevem o lazer em contraposição à saúde apenas como ausência de doença e também ao uso de medicamentos como a única forma de cura e de estar saudável. O lazer permite, na ótica dos ACSs, formas de socialização que, por sua vez, não apenas constituem fonte de apoio para o enfrentamento de determinadas doenças, mas também destacam a importância do vínculo, das interações e da cooperação para as formas de andar pela vida.

Luz (2007) aponta como uma das representações da saúde o 'poder' romper o isolamento existente nas sociedades contemporâneas marcadas pelo individualismo. A saúde seria uma vitória contra a morte social,

ressignificada como forma de sair do isolamento provocado pela pobreza, pelo envelhecimento e pela doença. Assim, atividades que promovem o restabelecimento da comunicação, a criação de interações sociais por meio da formação de grupos e redes marcadas pelas relações de solidariedade, cooperação e apoio mútuo representam o ponto de partida para a renovação da sociabilidade.

O lazer também é apontado pelos ACSs como uma forma de dedicar um tempo a si mesmo, surgindo uma dicotomia entre tempo para o trabalho e tempo para as interações com os outros ou consigo mesmo. O lazer possibilitaria um 'não pensar' em outras atividades e, conseqüentemente, um 'pensar em si'.

Lazer é muito importante é... que emenda com a saúde mental, né, com o estresse e com a ansiedade. Porque você trabalha. Se você não tem um lazer no final de semana, você tem que ter um tempo pra você, pra você arejar a cabeça, distrair. Então, ela tem que ter um momento de lazer, porque esse momento vai propiciar uma melhora pra ela. Não no lazer, assim, vai tomar um chopinho, né, não é bem esse o lazer. Mas uma coisa controlada, né. Que faça bem a ela, assim, na medida certa. Que não a prejudique, né. (ACS10).

Cabe destacar a cisão entre trabalho e lazer, uma vez que o relato permite inferir que o lazer não está presente no espaço do trabalho, ou seja, o trabalho é visto como algo destituído de lazer e, portanto, de prazer. Nesse sentido, há a impossibilidade de viver, de forma integral, o cotidiano de forma saudável, necessitando-se do lazer – descrito como uma atividade separada de qualquer outra realizada – como fuga de um cotidiano cheio de obrigações não-prazerosas.

Sendo assim, de acordo com as concepções dos ACSs, pode-se descrever o lazer como algo que perpassa

a concepção de saúde entendida para além das questões biológicas/físicas, como uma forma de socialização, como uma atividade benéfica na medida em que permite à pessoa ter um tempo para si mesmo e também ajuda a manter a 'cabeça boa/arejada' (sic.) e que, conseqüentemente, proporciona a permanência no trabalho. Porém, o lazer é descrito como algo controlada, ou seja, apenas é lazer o que os profissionais de saúde legitimam como saudável. Nesse sentido, o lazer passa a ser algo prescritivo, não permitindo ao outro a autonomia de decidir o que constitui lazer para ele próprio, sendo impostas atividades de lazer consideradas saudáveis e, portanto, aceitáveis.

Trabalho

Os ACSs também apontam como fator de saúde o trabalho, porque permite cumprir as responsabilidades assumidas com a família e constitui uma forma de 'arejar a cabeça' das pessoas.

[Saúde] *É ter um trabalho. Isso mesmo. Por exemplo, a pessoa tá meio... que não tem um trabalho, ela fica doente, né. Então, se ela tem um trabalho, que ela leve de comer pros filhos, pra família, claro que ela vai ter saúde, né. E junta tudo, porque o trabalho já areja a cabeça das pessoas, né, não deixa, né, tempo vazio. E o dinheiro que vai levar alimentação dentro de casa. A pessoa não fica com aquele estresse, né, também. Então, o trabalho também é saúde.* (ACS9).

A valorização do trabalho é inerente na sociedade capitalista, pois possibilita a aquisição de bens. Ter um trabalho representa a possibilidade de cumprir o seu papel de provedor ou de auxiliar na manutenção da família, descrito pelos ACSs como saúde. O trabalho

permeia a construção da identidade da pessoa, permitindo, inclusive, a sua inserção na sociedade como consumidora.

O trabalho foi apontado como uma forma de 'arejar a cabeça' das pessoas, evitando a ociosidade. A cultura capitalista prega a produtividade e, conseqüentemente, a ociosidade é vista como 'vadiagem', ou seja, um momento de não-produtividade. Na sociedade capitalista, o trabalho, além de representar a possibilidade de cumprir seu papel de provedor ou auxiliar na manutenção da família, possibilita tornar útil o tempo, caracterizando toda ociosidade como negativa.

Contraditoriamente, ao falarem do lazer como concepção de saúde, os ACSs apontam-no como forma de fuga ao trabalho, uma vez que pode ser física e emocionalmente desgastante e, conseqüentemente, responsável por doenças diversas.

O trabalho visto como forma de 'arejar a cabeça' pode estar relacionado ao contexto socioeconômico onde os ACSs entrevistados residem e trabalham, ou seja, num contexto marcado por dificuldades, ausências e carências. Assim, o trabalho, independentemente de causar qualquer dano físico ou mental ao trabalhador, oferece um poder de consumo que pode minimizar carências mais imediatas e permitir ao trabalhador a sobrevivência dele e de seus dependentes. Além disso, o trabalho, num contexto socioeconômico de carências, pode constituir oportunidade de encontro com outras pessoas, favorecendo o estabelecimento de vínculos (SOUZA, 2001).

Discorrendo sobre o trabalho como determinante da saúde, Luz (2007) aponta que o processo de globalização atuou nas relações de trabalho, precarizando-as e provocando um processo de exclusão social de grandes camadas populacionais. As questões das condições de vida, do emprego, e da qualidade de vida ressurgem como lugares privilegiados de discussão na definição de saúde. Para muitos, ter saúde é poder trabalhar, não no sentido de ter força física para o trabalho, mas de estar

empregado e, na melhor das hipóteses, ter estabilidade no emprego. Ter saúde significa, muitas vezes, não ter o direito de adoecer, já que isso pode representar a perda do emprego. Cuidar da saúde, portanto, implica manter o emprego e a sobrevivência.

Moradia e infraestrutura

Os ACSs também mencionam questões ligadas às condições de vida da população, tais como moradia e infraestrutura.

É bem mais fácil, se você tem, assim, que nem eu coloquei - uma moradia decente - assim, com um mínimo de infraestrutura. Ter uma rede de esgoto, né. Ai... morar numa área, assim... decente mesmo. Que tenha a infraestrutura. Então, eu acho que tudo isso faz com que a pessoa se fortaleça mais. (ACS7).

Ah, por exemplo, o saneamento básico também é. Porque os lugares que não têm esgoto também. É saúde a residência que tem um esgoto, porque o céu aberto, você sabe, dá várias doenças, né. A hepatite, a verme, várias coisas. Então, isso daí também é saúde. (ACS9).

As condições de vida da população são percebidas pelos ACSs como um conjunto de fatores que fortalecem o indivíduo no enfrentamento de outras possíveis adversidades. Além disso, a infraestrutura é pensada em contraposição à doença, ou seja, ter acesso a essa estrutura evita o contato com determinadas doenças.

Alimentação e atividade física

A questão nutricional e a prática de atividades físicas também foram citadas. A prática de atividades

físicas aliadas a uma alimentação saudável é referida como responsável pela perda de peso e por evitar agravos em portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

Uma alimentação saudável previne de você ter uma anemia, de você... ganhar... assim, de você comer coisas que não deve, você vai ganhar peso e isso contribui para uma hipertensão. (...) A obesidade também é um problema que acarreta outros tipos de problema: colesterol, triglicérides... eu acho que contribui bastante uma alimentação saudável pra saúde. (...) na ajuda da perda de peso é muito importante o exercício físico pra controlar a hipertensão, a diabetes. (...) estando sempre no seu IMC correto, que é entre 23 e 25, você tá no parâmetro legal. Você não corre o risco de ter uma possível hipertensão. (ACS10).

Por exemplo, quando vocês vão em festas. Vocês sabem se comportar em festa? Vocês não sabem, porque eu quero comer docinho, bolo... tudo ao mesmo tempo. Então, ou você escolhe uma coisa ou você escolhe outra, né. Ou se comer um docinho, ao invés de comer um inteiro, come metade, que você vai ficar satisfeita do mesmo jeito. Porque, às vezes só come um prato cheio de comida, mas não come as coisas necessárias, né. Então é isso... o que o organismo da gente precisa, né. (ACS9).

A alimentação e os exercícios físicos aparecem como forma de evitar doenças ou o seu agravamento. A alimentação, no relato dos ACS, deve ser controlada tanto na sua qualidade (o que cada um come) quanto na sua quantidade, já que a obesidade é apontada como um mal a ser temido, uma vez que pode ser a causa de

várias doenças. Nesse sentido, prescreve-se a necessidade de manter sempre o Índice de Massa Corpórea (IMC) num intervalo considerado correto.

Desse modo, a alimentação e a atividade física também são descritas prescritivamente, ou seja, há uma forma correta de se alimentar e de se exercitar que passa a ser relacionada a práticas saudáveis. Leva-se pouco em conta, portanto, a autonomia da pessoa em saber e poder decidir o que comer e de que forma se exercitar ou não. Além disso, o contexto socioeconômico da pessoa também não é levado em consideração, já que certos alimentos (como o 'bolo', o 'docinho') só estão disponíveis em determinadas ocasiões como, por exemplo, em festas.

Luz (2001) descreve que atividades e práticas anteriormente tidas como sociais passam a compor as atividades designadas saudáveis. Sendo assim, esportes, dança, alimentação, dormir, caminhar e trabalhar compõem práticas de saúde. Além disso, a autora aponta como uma representação fundamental da saúde o comedimento, no qual todo excesso é visto como risco à saúde, e o próprio indivíduo é apontado como culpado por não ser capaz de se controlar.

A referida autora também aponta como modelos de saúde a vitalidade/força/juventude/beleza, em que manter a saúde é manter a forma física, a vitalidade. Nesse sentido, a obesidade por si só já seria um 'não estar' com saúde, sendo cada vez mais associada ao excesso de descanso, à inatividade física e, conseqüentemente, à falta de comedimento.

CONCLUSÕES

Conforme apontam Silva e Dalmaso (2002), o ACS se vê como organizador do acesso aos serviços de saúde e captador das necessidades e prioridades nos ca-

sos de intervenção. Nesse sentido, entender a saúde de forma ampliada, descrevendo outros determinantes que ultrapassam a questão biológica por si, só representa um avanço no trabalho em saúde pública, mas, por outro lado, tais conceitos ainda aparecem permeados por uma lógica prescritiva, considerando pouco o contexto de vida do usuário e sua autonomia enquanto participante ativo de seu processo saúde-doença.

Segundo Campos (2006), o agir em saúde deve focar a construção de sujeitos cada vez mais autônomos por meio da ajuda na compreensão, por parte do indivíduo, do seu processo saúde-doença, das relações sociais que influenciam tal processo e dos recursos potenciais para melhorar suas condições de vida. Para Merhy (2007), saúde é a possibilidade de o usuário ter cada vez mais autonomia no modo de andar a vida, alcançada através de processos de produção de atos de saúde 'usuário-centrados' e não 'procedimento-centrados'. Na mesma direção, Ayres (2001) aponta que a existência de um controle técnico – entendido aqui como atitudes normativas/prescritivas – não permite a emergência de subjetividades, transformando o sujeito em objeto de atuação.

Ao descreverem suas concepções de saúde, os ACSs apontam alguns conceitos que são naturalizados como ruins, a saber: em relação a redes sociais como componente positivo da saúde, naturalizam o 'estar só' como algo que deve ser evitado por impactar negativamente a saúde; ao afirmarem a importância do trabalho, naturalizam o 'estar sem emprego' como algo que deve ser evitado; ao descrever a alimentação e a atividade física, os ACSs consideram que qualquer excesso de alimentação é negativo do ponto de vista da saúde.

Relacionando a concepção de saúde ao comedimento, todo excesso acaba sendo considerado doença – isolamento social, inatividade e excesso de alimentação – o que parece trazer novos problemas pela inabilidade de se estabelecer um limite entre o excesso e a falta:

busca-se o não-isolamento social por meio do excesso de participação/pertencimento social, busca-se a não-inatividade por meio do excesso de atividade laboral e física e busca-se o corpo ideal por meio do excesso de controle alimentar. Segundo Luz (2001), uma das mais importantes representações da saúde encontra-se no comedimento, onde todo o excesso é visto como risco à saúde, sendo o próprio indivíduo apontado como o culpado por não ser capaz de se controlar.

Nesse sentido, ao utilizar uma lógica prescritiva, a atuação é pautada pela crítica a todo excesso e pela imposição de normas rígidas na tentativa de impedir ou amenizar tais excessos, sem uma reflexão sobre os seus possíveis significados ou determinantes.

Acredita-se que o contexto de trabalho dos ACSs participantes do estudo, ou seja, Núcleos de Saúde da Família vinculados a uma Universidade pública, pôde imprimir características peculiares às concepções de saúde dos ACSs por meio do compartilhamento de um discurso acadêmico, uma vez que o contato com estudantes de graduação, residentes, docentes e é muito frequente. Ressalta-se a importância da parceria de Universidades com os serviços de saúde, tal como preconizado pelo SUS, tanto pela formação que oferecem em serviço aos alunos quanto pela formação dos profissionais. Por outro lado, a especificidade do contexto do estudo, ou seja, o fato de serem serviços-escola, constitui um limite desse trabalho, apontando a necessidade de novas pesquisas que possam descrever e compreender as concepções de saúde de ACSs em outros contextos desvinculados da Universidade.

Destaca-se a importância de tal estudo, já que se entende que a incorporação de conceitos teóricos na prática em saúde é um processo que demanda tempo. Refletir sobre concepções que permeiam as práticas em saúde pode abrir espaço para problematizar tais concepções e repensar as práticas não só do ACS, mas de toda a Equipe de Saúde da Família, na tentativa de

contribuir para práticas mais humanizadas que permitam a emergência da subjetividade no espaço relacional profissional-usuário, viabilizando a concretização dos princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J.R. de C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- BUSS, P.M.; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS, G.W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: elementos para o debate. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W. de S.; CECÍLIO, L.C. de O. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 29-87.
- SCOREL, S.; BLOCH, R.A. de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Org.) *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 83-119.
- FIGUEIREDO, M.A. de C. Escalas afetivo-cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação dos resultados. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. *Diálogos metodológicos sobre prática da pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 51-70.
- LUZ, M.T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 17-37.

_____. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 71-112.

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 2004.

NUNES, M. de O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

SILVA, J.A. da; DALMASO, A.S.W. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber e o fazer*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SOUZA, L.B. de. *Organização do trabalho, qualidade de vida e subjetividade: um estudo sobre representações e crenças de profissionais do Campus da USP de Ribeirão Preto*. 2001. 326f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85. 2001.

Recebido: Outubro/2008

Aceito: Julho/2010

Implantação de um serviço de regulação: uma experiência

Implantation of a regulation service: an experience

Cybele Renata Trevisan e Silva¹

Ricardo Braga Amin²

Valéria Helena Guazeli Amin³

¹ Professora Auxiliar da Universidade Estadual de Londrina (UEL); Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pelo Instituto de Ensino Superior de Londrina (INESUL).
cybeletrevisan@uol.com.br

² Médico Auditor do Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema (CISMEPAR); Especialista em Reumatologia e Auditoria em Serviços de Saúde pelo INESUL.
ricardoamin70@gmail.com

³ Professora Titular da Universidade do Norte do Paraná (UNOPAR); Bióloga e Mestre em Microbiologia pela Universidade Estadual de Londrina; Docente da Disciplina de Métodos e Técnicas de Pesquisa da UNOPAR.
valeriaamin@gmail.com

RESUMO *Este trabalho é um estudo de caso da implantação do Sistema de Regulação no Consórcio Intermunicipal do Médio Paranapanema (CISMEPAR), localizado em Londrina (PR). O CISMEPAR foi um dos primeiros consórcios de saúde a implantar o Serviço de Regulação para consultas ambulatoriais de pacientes que necessitam de atendimento médico especializado com prioridade. Este trabalho teve o objetivo de relatar a experiência da implantação desse serviço no período de 2005/2006 e 2007. Os resultados obtidos permitem concluir que a implantação do referente serviço resultou em um processo de trabalho construtivo que envolveu uma equipe multidisciplinar e promoveu educação permanente para os profissionais de saúde.*

PALAVRAS-CHAVE: *Sistema Único de Saúde; Auditoria médica; Consórcios de saúde.*

ABSTRACT *This is a case study of a Regulatory System established in a health consortia named "Consortio Intermunicipal Medio Paranapanema" (CISMEPAR, acronym in Portuguese), in Londrina (PR), Brazil. CISMEPAR has been one of the first health consortia to deploy the Regulatory System for outpatient consultations to those who need priority medical. This study aimed to report the experience of deployment of the Regulatory System between 2005/2006 and 2007. The results showed that the deployment of the service resulted in a constructive work process that involved a multidisciplinary team and provided permanent education for health professionals.*

KEYWORDS: *National Health System; Medical audit; Health consortia.*

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil cria o Sistema Único de Saúde (SUS) em outubro de 1988, no artigo 196 do capítulo dedicado à saúde e também a definição de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, prevendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização, hierarquização e descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade, atendimento integral e prioridade para as práticas preventivas (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Sua finalidade é alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, trazendo a obrigatoriedade do atendimento público a todos os cidadãos (BAHIA, 2003; BRASIL, 1990). Sua implementação foi orientada por Normas Operacionais (BRASIL, 1996), sendo a mais recente o Pacto pela Saúde, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006).

A fim de organizar o fluxo de atendimento às consultas do SUS, foi desenvolvido, pelo Governo Federal, o Serviço de Regulação, definido como o conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta de acordo com a necessidade, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, visando ao acesso a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2002a). Esse serviço objetiva otimizar os recursos assistenciais disponíveis conforme oferta e demanda e garantir a melhor alternativa face às necessidades de atenção à saúde da população. Surge como a estratégia de gestão do SUS com a finalidade de favorecer a universalidade e igualdade do acesso. Conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/01, a regulação do acesso à assistência está voltada para a disponibilização do recurso mais apropriado às necessidades do usuário, sem perder de vista a priorização dos casos (BRASIL, 2002b).

O local que recebe as solicitações de atendimento para consultas de prioridade e exames é chamado Central de Regulação, cuja finalidade é avaliar, processar, agendar e garantir o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do SUS a partir da disponibilidade das unidades prestadoras de serviços (BRASIL, 2005). Define-se “consulta de prioridade” aquela em que o paciente tem urgência relativa para o atendimento e não pode esperar o tempo médio na fila para determinada especialidade.

O esquema operacional desse serviço envolve a criação dos instrumentos para viabilizar o processo de regulação que surge da necessidade de planejamento para sua implantação, organizando o serviço regulador de acordo com a estrutura existente e apontando as necessidades de investimento a curto, médio e longo prazo para garantir não só acesso, mas também a resolubilidade dos serviços (SANTA CATARINA, 2001).

Visando suprir a necessidade de um serviço que viabilizasse o atendimento na área de especialidades e que possibilitasse maior resolutividade e rapidez administrativa, foi criado, em janeiro de 1995, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), localizado na região central de Londrina (PR). Atualmente, atende à população de 21 cidades do norte do Paraná e que compõem a 17ª Regional de Saúde: Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Mirassolva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana. Para realizar esse trabalho de forma ordenada, o Serviço de Regulação é utilizado na organização do fluxo de atendimento aos seus usuários.

O CISMEPAR disponibiliza para o SUS uma média de 38 mil atendimentos mensais em áreas de média complexidade, sendo atendidas por dia, no consórcio,

aproximadamente 1.200 pessoas. Também é utilizado um plano de qualidade na assistência denominado Quali-CIS que, entre outros objetivos, visa melhorar o serviço por meio da redução do tempo de espera para a primeira consulta na especialidade adequada, realização de exames complementares eletivos em curto prazo após sua prescrição, ampliação das cirurgias eletivas nos hospitais parceiros, viabilização de consultas médicas de prioridade ambulatorial (não-emergenciais) dentro de, no máximo, 45 dias da solicitação e de acordo com risco de agravos para cada paciente, análise das queixas dos usuários no momento da ocorrência, implantação de protocolos clínicos para encaminhamento para especialidades em parceria com o município, de forma gradativa.

OBJETIVO

Objetivo geral

Relatar a experiência da implantação de um serviço de regulação em um consórcio intermunicipal de saúde destinado a atender pacientes usuários do SUS das regiões de Londrina e norte do Paraná no período de 2005, 2006 e 2007.

Objetivos específicos

Descrever a estrutura física e os tipos de profissionais que compõem o setor de regulação de prioridades.

Citar os critérios utilizados pela Central de Regulação do CISMEDPAR para aprovação do agendamento priorizado.

Destacar, dentre os critérios da Central de Regulação, qual o principal problema que leva à reprovação ou ao atraso das consultas prioritárias solicitadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso realizado no período de novembro de 2005 a outubro 2007 no Setor de Regulação em saúde do CISMEDPAR. O material utilizado encontra-se disponível em bases de dados da internet, acervo pessoal e documentos internos do CISMEDPAR.

Local de estudo

O CISMEDPAR, localizado na Travessa Goiânia, nº 152, região central da cidade de Londrina (PR), disponibiliza uma sala para as atividades exclusivas da Central de Regulação. Esse setor conta com quatro médicos auditores, uma enfermeira e dois técnicos administrativos.

Seleção da amostra

As amostras de consultas prioritárias foram selecionadas de acordo com a disponibilidade das informações registradas no sistema de informática e nas fichas manualmente preenchidas, disponíveis na Central de Regulação do CISMEDPAR, referentes à solicitação de pedidos de prioridade ocorridos no período de 1º de setembro de 2005 a 28 de fevereiro de 2006, e 1º de abril a 31 de outubro de 2007.

Critérios da central de regulação para agendamento prioritário

A solicitação de prioridade consta de um formulário padrão preenchido manualmente pela Unidade de Saúde encaminhadora, compreendendo os seguintes dados: nome do paciente, idade, código do usuário do serviço de saúde, especialidade à qual será encaminhado, justificativa para priorizar a consulta, descrição dos me-

dicamentos já utilizados, exames realizados e anexados e um espaço para o parecer do médico auditor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A regulação compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial. Trata-se de um sistema ordenador, orientador e definidor de atenção à saúde, que o faz de forma rápida, qualificada e integrada com base no interesse social e coletivo. A Central de Regulação deve ser implantada de acordo com os Planos Diretores de Regionalização, de atenção básica e hospitalar, centrais de urgência e emergências e central de leitos. Considera-se que a Central de Regulação seja uma ferramenta de gestão, constituindo um instrumento que fortalece o papel do gestor, atribuindo mais transparência à relação com a rede prestadora e tornando possível planejar e distribuir equitativamente os recursos de saúde de uma região.

O Setor de Regulação do CISMEDPAR, no início da implantação em setembro de 2005, era constituído por uma sala adaptada e cinco profissionais: dois médicos auditores, uma enfermeira e dois assistentes administrativos. Dois meses depois, para melhoria dos serviços prestados, foram contratados mais dois médicos auditores e adquirida uma sala própria com espaço físico adequado e informatizado, onde funciona até hoje.

Para ser agendada uma consulta sem prioridade com uma especialidade pelo CISMEDPAR, o paciente deve ser atendido na Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua região e ser encaminhado pelo médico local. Com o encaminhamento em mãos, o paciente é inserido em uma fila virtual, por meio de um programa de computador ligado em rede, e deve aguardar a data do agendamento

que, tão logo seja realizado, é enviada pelo correio até a sua residência. O tempo de espera varia de acordo com a especialidade pretendida. Algumas especialidades têm uma fila de espera bastante longa, chegando a demorar até alguns anos. Assim sendo, quando o paciente necessita de atendimento com especialista de forma prioritária, os formulários para esta solicitação são preenchidos pelo médico assistente da Unidade de Saúde, encaminhados ao CISMEDPAR via malote e paralelamente agendados em fila normal, pois se a prioridade for negada, o paciente ainda estará na fila de espera normal. Caso a prioridade seja aceita, o atendimento do paciente precede aos demais. A irregularidade ou falta de dados solicitados no preenchimento do formulário acarretam a sua devolução à unidade solicitante para adequação e novo encaminhamento. Quando não há irregularidades no preenchimento, os formulários são registrados (inscritos) no sistema de prontuários eletrônicos do CISMEDPAR.

O recebimento dos formulários manuscritos, a avaliação do seu preenchimento correto e a transferência desses dados para o formulário eletrônico são funções do técnico-administrativo do setor que, em seguida, os encaminha ao médico-regulador para análise e autorização do agendamento priorizado com base em critérios clínicos e protocolos.

Quando autorizada essa prioridade, o paciente é comunicado por telefone ou por meio de funcionários da Unidade de Saúde de sua área de domicílio sobre a data em que deverá comparecer ao CISMEDPAR para consulta. Antes da criação da Central de Regulação, as consultas que necessitavam de atendimento priorizado eram analisadas por uma equipe de profissionais, geralmente da área administrativa, contratados para esse fim, que as selecionavam para agendamento baseando-se na negociação direta com os profissionais da Unidade Básica solicitante, via telefone e de acordo com a disponibilidade de vagas. Todas as solicitações eram agendadas para os meses seguintes, o que gerava uma segunda fila de espera devido ao grande

número de solicitações de prioridade. Assim, essa forma de avaliação apresentava vários problemas e distorções, como avaliação subjetiva pelos diversos profissionais, dificuldades operacionais e número insuficiente de profissionais contratados para esse fim.

Com a instauração da Central de Regulação do CISMEDPAR, os médicos auditores e enfermeiras estabeleceram, em 2005, alguns critérios para que os usuários tivessem acesso às consultas médicas e exames laboratoriais de forma organizada: a) referenciamento adequado das solicitações de consultas e exames especializados de alta e média complexidade, regidos pelas normas do serviço regulador; b) disponibilidade de oferta de consultas e exames especializados que fazem parte da rede do SUS e viabilização do agendamento; c) estabelecimento de mecanismos técnicos (protocolos, critérios de encaminhamento, entre outros) padronizados e pactuados pelos médicos envolvidos (tanto os reguladores quanto os especialistas) e pelos serviços municipais de saúde.

Como demonstrado na Tabela 1, os principais problemas encontrados para a aprovação das solicitações foram de ordem administrativa, os dados clínicos incompletos e casos analisados como não-prioridade.

Os problemas administrativos foram os de maior ocorrência e se caracterizaram por dados insuficientes sobre o paciente, como nome incompleto, falta do número de identificação ou telefone para contato, letra ilegível,

encaminhamento para especialidades das quais o CISMEDPAR não dispõe, esquecimento do carimbo da Unidade Básica/cidade de onde veio o encaminhamento, falta de referência à especialidade a que se está encaminhando, e encaminhamento para duas ou mais especialidades em um mesmo impresso totalizaram, em 2005/2006, 178 casos (9,3%) e, em 2007, 574 casos (23,3%).

Problemas de registro, como a falta de dados clínicos anotados (não relatar os tratamentos e exames que já foram realizados, descrição do exame físico, se já foi avaliado por outro profissional da área solicitada), falta de exames anexados à solicitação e encaminhamentos destinados à especialidade errada somaram 14,1% (270) e 12,1% (278) dos casos analisados em 2005/2006 e 2007, respectivamente.

Comparando-se os dados analisados de 2005/2006 e 2007, pôde-se verificar que, em 2007, houve menor reprovação das solicitações por não serem consideradas prioridades, provavelmente por melhor seleção dos casos pelos médicos das UBS solicitantes.

Para diminuir o índice de solicitações reprovadas, torna-se necessário capacitar, por meio de orientações e esclarecimentos continuados, os agentes administrativos, médicos e enfermeiros dos serviços de atenção básica sobre o fluxograma, os critérios clínicos e administrativos exigidos pela Central de Regulação do CISMEDPAR para o preenchimento das fichas.

TABELA 1 – Frequência da avaliação das prioridades ambulatoriais aprovadas e reprovadas por dados clínicos incompletos, problemas administrativos e por não serem prioridade no período de 2005 a 2007 no Setor de Regulação do CISMEDPAR

Solicitações de consultas	2005-2006 n (%)	2007 n (%)
Aprovadas	1.147 (59,9)	1.364 (55,4)
Reprovadas por dados clínicos incompletos	270 (14,1)	298 (12,1)
Reprovadas por problemas administrativos	178 (9,3)	574 (23,3)
Reprovadas por não serem prioridades	320 (16,7)	227 (9,2)
Total	1.915	2.463

Dentre as solicitações aprovadas e agendadas, observaram-se alguns problemas: o não-comparecimento do paciente à consulta prioritária, comparecimento à consulta sem os resultados de exames já realizados, encaminhamento considerado inadequado após avaliação do médico especialista por não ser prioridade ou por não ser pertinente à sua especialidade, isto em razão do preenchimento não-fidedigno do formulário sobre as queixas reais do paciente por parte dos profissionais das UBS solicitantes. Para minimizar o número de consultas aprovadas e consideradas inadequadas para a especialidade, os médicos especialistas têm sido orientados a preencherem adequadamente as contrarreferências nas fichas de solicitação de prioridade, e os serviços básicos de saúde vêm sendo instruídos para que orientem os pacientes a comparecerem às consultas nas datas agendadas e portando os exames pertinentes.

Há, ainda, precariedade na comunicação informatizada entre as unidades solicitantes e a prestadora, sendo atualmente realizada por telefone ou pessoalmente. A circulação de papéis ainda é intensa e seu processamento manual, lento e trabalhoso, o que leva à necessidade da implantação de um serviço *on-line* que proporcione referência e contrarreferência mais ágil e prática, e menos onerosa. A ficha de solicitação de prioridade é sempre devolvida à Unidade Básica de origem quando reprovada, ou após a consulta quando aprovada, com a contrarreferência preenchida no verso pelo médico especialista que atendeu o paciente.

CONCLUSÃO

Considerando o histórico do CISMEDPAR, desde a sua criação como serviço privado até sua diferenciação em serviço público, e verificando os levantamentos realizados pelo Serviço de Regulação de consultas ambulatoriais, conclui-se que é importante a ação regulatória nos serviços de saúde.

Os problemas encontrados fizeram com que a Central de Regulação passasse por adaptações e modificações necessárias. A constatação da intensa procura por consultas em algumas especialidades e a escassez de profissionais especialistas demonstraram a importância desse trabalho, que diminuiu o tempo de espera de pacientes mais graves, visto que deixaram de ser agendadas sem critérios e passaram a ser avaliadas por médicos reguladores.

Pôde-se observar que a Central de Regulação vem alcançando as metas estabelecidas: redução da fila de espera para os pacientes em situação de urgência, garantia de um retorno após avaliação médica, detecção de falhas, maior integração com a UBS, precisando o número exato de encaminhamentos por Unidade, e participação de todas as cidades mantenedoras do Consórcio no processo regulatório.

A experiência da implantação da Central de Regulação resultou em um processo de trabalho construtivo que envolveu uma equipe multidisciplinar e promoveu Educação Permanente para os profissionais de saúde. A implantação de protocolos e fluxos de encaminhamentos promoveu a adaptação dos critérios de aprovação dos encaminhamentos, com maior resolutividade e segurança para a prática regulatória.

É necessário manter uma relação integrada entre o Consórcio/UBS/Municípios, para que o processo não prejudique os pacientes que necessitam e dependem dos atendimentos solicitados. Os serviços envolvidos no processo de regulação mantêm contato constante para que haja cada vez menos empecilhos nas solicitações de prioridade.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. Diretoria da Assistência à

Saúde. Coordenação de Regulação. *Manual para Implantação de Centrais de Regulação*. Salvador SESAB, 2003. Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/regulasaude/apresentacao.asp>> Acesso em: 30 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS: Noções básicas sobre os processos de apoio à gestão*. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Série Pactos pela Saúde, v. 6.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 373/GM de 27 de fevereiro de 2002. *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/02*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01-SUS 96*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080 – *Lei Orgânica da Saúde*. Poder Executivo. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2010.

_____. Constituição Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Florianópolis julho de 2001. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sc_pdr_completo.pdf, julho de 2001. Disponível em: Acesso em: 15 mai. 2007.

Recebido: Maio/2009

Aceito: Julho/2010

O processo de trabalho e as implicações na saúde dos profissionais de enfermagem em um hospital pediátrico de Vitória: relações e intercessões na produção cotidiana do cuidar

The process of work and implication in the health of nursing professionals at a pediatric public hospital of Vitória: relations and intercessions in the daily care delivery

Mariana Rabello Laignier ¹

Rita de Cássia Duarte Lima ²

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Professora Assistente da Graduação em Enfermagem da UFES. marianarl2000@hotmail.com

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Professora Associada da Graduação em Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da UFES. ritacd@uol.com.br

RESUMO *Para combater as iniquidades em saúde, é preciso conhecer as condições de vida e de trabalho da população. Esta pesquisa investiga o processo de trabalho da Enfermagem em um hospital pediátrico de Vitória (ES) inserido no SUS, e analisa como ocorre a relação saúde-trabalho-doença. Desenvolveu-se um estudo de caso com base em abordagem qualitativa, por meio de entrevistas e grupo focal. O exame do material empírico foi feito de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. Os resultados mostram que a (des)valorização, bem como as condições de trabalho, interferem intimamente na satisfação e na saúde do profissional. Conclui-se que as relações no microespaço institucional devem ser repensadas.*

PALAVRAS-CHAVE: *Trabalho; Equipe de Enfermagem; Saúde do Trabalhador.*

ABSTRACT *To address the inequalities in health, one need to identify the life and work conditions of the population. This research investigated the nursing work process in a pediatric hospital of Vitória (ES) which is enrolled in the National Health System (SUS), and analyzed the relation between health-work-illness. We developed a study based on qualitative approach, using interviews and focal group. The empirical material was collected according to Bardin's criteria. The results show that the values (less) as well as the work conditions interfere with the professional's satisfaction and health. We concluded that the relations in institutional micro-spaces must be rethought.*

KEYWORDS: *Work; Nursing; Team; Occupational Health.*

INTRODUÇÃO

As condições atuais do mundo globalizado determinam profundas mudanças na vida das populações, com reflexos no processo de trabalho, nos níveis de emprego, no meio ambiente, na saúde das pessoas e, em particular, dos trabalhadores.

Giatti e Barreto (2006) apontam que, independentemente de características sociodemográficas como escolaridade, renda e região de residência, o desemprego, o trabalho informal e a exclusão do mercado de trabalho estão intimamente ligados a uma pior condição de saúde entre adultos brasileiros.

Com as mudanças observadas na organização dos processos de trabalho, visando ao aumento da produtividade e à redução dos custos, a relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores vem ganhando uma nova dimensão dentro desse processo, que geralmente não vem acompanhada de melhorias das condições de vida e da diminuição das desigualdades sociais, econômicas ou mesmo de gênero. Para Gómez e Lacaz (2005), os acidentes de trabalho são um dos subprodutos destas tendências, juntamente com uma grande carga de doenças profissionais e doenças relacionadas ao trabalho, cujas consequências contribuem para o agravamento dos problemas sociais que o país enfrenta.

Pensando nessas questões, fomos instigadas a tomar como objeto de estudo o processo de trabalho da Enfermagem em um hospital pediátrico. Desta maneira, esta pesquisa, fruto da dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, teve por objetivos identificar como se dá o processo de trabalho da Enfermagem em um hospital pediátrico cuja clientela é predominantemente de nível socioeconômico baixa, e investigar como ocorre a relação saúde-trabalho-doença no cotidiano do trabalho hospitalar.

De acordo com o art. 6º da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações em saúde do trabalhador. Dessa forma, trabalhadores são,

[...] todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. (BRASIL, 2001, p. 17).

O trabalho, compreendido como toda transformação da natureza para benefício do homem e necessário para a manutenção da vida humana, é um importante fator na definição das condições de saúde de cada indivíduo.

Deve ser entendido além do processo corporal. Nesse contexto, ele expressa concreta relação de exploração com a forma como se organiza. Assim, após avaliação das características básicas dos objetos e instrumentos de trabalho e do trabalho em si, é preciso analisar a relação entre eles para reconstruir a dinâmica desse processo (MINAYO, 1999).

Minayo (1999) aponta, ainda, que foi superada a contradição entre risco profissional e risco social, sendo introduzida a denominação 'saúde do trabalhador', que incorpora a inserção social e dinâmica do processo de trabalho no lugar do pressuposto da identificação de fatores de risco isolados no ambiente de trabalho.

Assim, as ações de saúde do trabalhador devem estar integradas com as de saúde ambiental, uma vez que os riscos gerados nos processos produtivos também podem afetar o meio ambiente e a população em geral (BRASIL, 2001).

A Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (2008) aponta que, para combater as iniquidades de saúde, deve-se conhecer melhor as condições

de vida e trabalho dos diversos grupos da população. A Comissão destaca, ainda, a importância de conhecer as relações com determinantes mais gerais da sociedade e com determinantes mais específicos próprios dos indivíduos que compõem esses grupos.

A partir dessas considerações, este estudo se faz relevante, pois pretende, com aprofundamento teórico e empírico, criar bases para o desenvolvimento de um conjunto de ações que visem a (re)construir estratégias de solidariedade no ambiente de um hospital pediátrico com vistas a estabelecer 'novos' olhares sobre a produção de relações humanizadas no trabalho, gerando também impactos positivos para a saúde dos trabalhadores e para a sociedade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de caso, utilizando a abordagem qualitativa, que privilegiou as falas dos atores sociais em um estudo descritivo, fundamentado no levantamento dos dados coletados (entrevista semiestruturada e grupo focal) e no debate teórico estabelecido por diversos autores sobre o tema. O exame do material empírico foi feito de acordo com a análise de conteúdo de Lourence Bardin. Para montagem do corpo da investigação, obedecemos às regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 1977). Realizamos a análise da seleção de trechos das falas, de onde estabelecemos categorias empíricas agrupadas de acordo com os caracteres comuns.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o estudo foi desenvolvido no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), localizado em Vitória (ES), que é um hospital público inserido no SUS. Atende a crianças e adolescentes, demanda espontânea e referen-

ciada na faixa de zero a 18 anos, procedentes de todo o Estado do Espírito Santo, leste de Minas Gerais e sul da Bahia.

Trata-se de um hospital de referência para urgência/emergência. Possui em média 163 leitos pediátricos. Conta com uma equipe de 995 servidores. Destes, 406 desempenham suas funções no serviço de Enfermagem, dos quais 51 são enfermeiros, 194 técnicos de Enfermagem e 161 auxiliares de Enfermagem.

A população-alvo desta pesquisa foram os trabalhadores da equipe de Enfermagem há mais de dois anos no HINSG que voluntariamente se dispuseram a participar do estudo. Os nomes apontados nos depoimentos da pesquisa são fictícios, pois se pretendeu preservar a identidade dos trabalhadores. Assim, utilizamos as siglas E para os Enfermeiros, TE para os Técnicos de Enfermagem e AE para os Auxiliares de Enfermagem durante a análise dos depoimentos.

Na primeira parte da pesquisa, foram entrevistados 11 profissionais. O número de participantes foi fixado no momento em que houve saturação das informações que emergiram de suas experiências.

A segunda parte da pesquisa consistiu na realização de duas oficinas baseadas na técnica de grupo focal. A primeira foi aberta para a equipe de Enfermagem de nível médio e contou com a participação de 15 profissionais, entre eles 9 técnicos de Enfermagem e 6 auxiliares de Enfermagem. A segunda contou com a participação de 12 enfermeiros.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A questão do gênero

Iniciamos a discussão apontando a questão do gênero da população estudada. Dos 38 participantes, 35 eram do sexo feminino e apenas 3 do sexo masculino.

Para muitos parece óbvio que as enfermeiras sejam, em sua maioria, mulheres, pois, para quem sempre se ocupou dos cuidados de saúde em casa, é natural que apresente todas as qualidades para assegurar a predominância no domínio profissional. Mas Lopes, Meyer e Waldow (1996) apontam que as reflexões devem ir além do naturalismo acerca da constante (re)criação das desigualdades entre homens e mulheres. A divisão de trabalho entre os sexos varia no tempo e no espaço, ao ponto de uma tarefa especificamente masculina em uma sociedade ser especificamente feminina em outra.

Voltando ao universo do cuidado, Lopes (1996) afirma que, no imaginário das pessoas, o ato de cuidar é um trabalho feminino na medida em que veicula conotações de debilidade, de doença, de dependência. O ato de cuidar é desvalorizado para a identidade social do homem.

O trabalho em saúde no espaço institucional: ambiente e relações

O ambiente de trabalho se relaciona com um conjunto de fatores interdependentes que atuam direta e indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho. Percebemos que uma visão global das influências do trabalho na vida das pessoas facilita a compreensão das dificuldades e desconfortos, da insatisfação, dos baixos desempenhos, das doenças e/ou ocorrências de acidentes e incidentes no trabalho.

Na organização do trabalho em saúde, o espaço físico da unidade de internação é um dos instrumentos que compõem as condições materiais necessárias à realização do processo de trabalho. Não é somente onde estão alocadas as coisas e as pessoas, mas também como se dão as relações sociais entre os diversos profissionais e com o paciente (LIMA, 1999). Valemo-nos do pensamento de Merhy (2002), quando ele expõe que são

exatamente nesses espaços que são postas em prática as tecnologias leves (tecnologias das relações), dependentes do trabalho vivo em ato.

Bem, minha equipe é maravilhosa [...]. Nós três falamos a mesma língua, a gente procura sempre estar unida (TE4).

[...] gostamos do que fazemos, trabalhamos em conjunto. A gente nunca discute quem vai fazer, quem não. Só o olhar de uma para outra a gente já entende quem é que vai fazer aquilo, quem não vai (TE2).

Girin (1996), ao estudar a função comunicativa, aponta que a linguagem é mais do que um simples suporte da informação; é um instrumento de socialização, de acumulação cultural, entre outras funções. O autor complementa que, segundo o senso comum, mesmo sendo possível se comunicar por meio de gestos, de atitudes, de modos de vestir, de espaços que organizamos etc., em inúmeras circunstâncias da vida, a linguagem falada é, efetivamente, um recurso não somente útil, mas também absolutamente necessário à comunicação.

Observamos, então, que muitas vezes as relações nos diversos setores perpassam as ações conjuntas voltadas simplesmente ao ato de cuidar. O trabalho, dentre outros aspectos, se torna uma forma de interagir e estabelecer relações interpessoais que, teoricamente, servem para reforçar sua identidade e o senso de contribuição (BOM SUCESSO, 2002). Nesse sentido, as relações interpessoais permitem compartilhamento de vivências e conflitos, bem como a solução de problemas, como também podemos constatar nas entrevistas:

Somos uma família. Uma sempre tenta resolver o problema da outra conversando, serve de terapia uma para outra (TE2).

[...] as relações de trabalho, de certa forma, não são ruins. O pessoal, a equipe que eu trabalho eu acho legal, lógico que tem alguns desacordos, algumas coisas, mas a gente se entende e supera (E2).

Assim, a sensação de estar no trabalho e de se relacionar com outras pessoas na condição de colegas, construindo e fortalecendo laços afetivos de companheirismo e amizade, demonstra ser gratificante e prazeroso.

O trabalho em saúde no espaço institucional: rotinas e procedimentos

De acordo com Offe (1991), na noção de trabalho, está incluída uma esquematização das atividades, segundo os meios e objetivos. Disso resulta um trabalho racionalmente organizado, cujos resultados são preestabelecidos:

[...] olho para ver se tem alguma criança nova que eu não conheço. [...] olho o prontuário, o nome dela, a patologia, porque que internou e, em seguida, começo a olhar as feridas, os curativos [...]. Depois [...] fico no setor olhando medicação, punção de veia, vendo alta. Não tem uma rotina, eu tinha que criar uma rotina mesmo, boa (E4).

Eu chego, tenho que checar o mapa cirúrgico, ver o pessoal, o material. Vejo se tem roupa para poder organizar a sala cirúrgica. Aí a gente começa a atender os pacientes. A gente tem que fazer pedido para farmácia, almoxafado. Tem que programar as cirurgias do dia seguinte. No mais, cuidar das intercorrências que acontecerem (E5).

Observa-se que, em ambos os casos, o enfermeiro é responsável pelas atividades de planejamento e ad-

ministração da assistência de Enfermagem, para a qual executa, entre outras atividades: organização da unidade hospitalar, promovendo suporte para o trabalho de todos os profissionais, visita aos pacientes para verificação de seu estado ou necessidades e supervisão dos cuidados prestados pelos membros da equipe de Enfermagem.

O trabalho dos técnicos e auxiliares de Enfermagem se relaciona com a assistência e envolve, geralmente, o cumprimento da prescrição médica. Alimentação, administração de medicamentos, banhos, curativos, controle de sinais vitais e balanço hídrico fazem parte de uma rotina diária de serviços:

A gente chega, vai pesar as crianças, verifica antes a temperatura [...]. E depois vê as veias, vê o soro, faz os curativos, encaminha pros exames. Verifica as temperaturas, quem tem controle de dextro faz dextro, PA, DU [...]. Aí quando dá mais ou menos 9 horas, começo a conferir as medicações que já vêm da farmácia em doses unitárias. Só conferimos na prescrição e administramos. [...] quando tem criança grave, é o dia inteiro, [...] aspiramos, trocamos, verificamos PA várias vezes, cuidado intensivo. Meio-dia é horário de troca de soro, albumina, temos também que ter o cuidado de estar controlando se tem algum concentrado para entrar (TE5).

Diante dos relatos, observa-se que os processos de trabalho se viabilizam por meio de uma atividade orientada para um fim – os procedimentos – quando, muitas vezes, são utilizadas tecnologias duras para a realização do trabalho em ato. Porém, ao olharmos com atenção esse processo, concordamos com Merhy (2004), quando diz que, além das várias ferramentas-máquina, que neste caso podemos citar balança, esfignomanômetro, termômetro, instrumento para

medir glicemia, prescrições, etc., são mobilizados intensamente no trabalho os conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais da Enfermagem, o que demonstra a existência da tecnologia leve-dura. Entretanto, se analisarmos mais profundamente essa fala, observamos um processo de produção de atos de saúde ‘procedimento-centrado’ e não ‘usuário-centrado’. Assim, o trabalho vivo em ato no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando momentos de falas, escutas, interpretações, acolhidas, não foi apontado ou revelado nesta fala como parte constitutiva desse trabalho.

O trabalho em saúde como produção de satisfação na vida

Motta (1991) aponta que, em contribuição aos estudos sobre trabalho, Herzberg desenvolveu uma teoria de fatores que afetam o grau de satisfação e insatisfação no trabalho. Um desses conjuntos é constituído por fatores motivacionais. Dentre esses fatores, destacam-se aqueles relacionados com a concretização da tarefa, reconhecimento, responsabilidade, desenvolvimento e características específicas do trabalho. O outro conjunto, chamado fatores higiênicos, está mais associado ao ambiente do trabalho e à insatisfação. Dentre eles, destacam-se o *status*, as relações interpessoais com supervisores, colegas e subordinados, a política organizacional, a segurança e os salários.

A esse respeito, a equipe de Enfermagem estudada relatou o que considera positivo e negativo em sua profissão. Dessa maneira, a maioria afirmou que, embora o trabalho seja desgastante, ele é percebido como positivo de modo geral. A possibilidade do auxílio ao próximo é referência constante nas falas.

É interessante notar que a questão valorização/reconhecimento *versus* desvalorização/falta de reconhecimento aparecem sempre nas falas da equipe:

O que me deixa satisfeita é me sentir valorizada [...]. A Enfermagem aqui é muito elogiada. Nós já levamos papel aqui de melhor Enfermagem do hospital, quer dizer, nós estamos bem empenhados nas crianças (TE5).

O que me deixa satisfeito é o reconhecimento. O que me deixa insatisfeito é a falta de reconhecimento do serviço da gente. As duas coisas são casadas. O que me move é o incentivo. É achar que eu sou importante naquele serviço. O que me deixa insatisfeito é a falta de reconhecimento da importância que a Enfermagem tem pra população, no contexto de saúde (E4)

No sentido mais comum, a motivação pode ser entendida como o grau de vontade e dedicação de uma pessoa em sua tentativa de desempenhar bem uma tarefa (MOTTA, 1991). Porém, ao tratar a motivação como um processo psicológico do indivíduo, acredita-se que ela ativa, direciona e faz o sujeito persistir em determinado tipo de comportamento. Assim, concordamos que a motivação é:

[...] a energia oriunda do conjunto de aspirações, desejos, valores, desafios e sensibilidades individuais manifestadas através de objetivos e tarefas específicas. (MOTTA, 1991, p. 192).

Segundo Pitta (1996), o reconhecimento se torna uma atividade de sublimação, possibilitando a realização transacional do desejo num caminho alternativo à repressão, ao trabalho duro e penoso de lidar com pessoas adoecidas:

[...] a gente às vezes se sente frustrada, se sente culpada, se sente pequeno em relação às coisas que acontecem. Mas às vezes a gente tem tam-

bém uma platéia aplaudindo e se sente recompensado. Pode não ser por A nem B, às vezes pelo próprio paciente, isso é o que dá força para a gente, dá satisfação para a gente. Então eu acho que é uma mistura de sentimentos (E5).

Essa mistura de sentimentos é explicada por Lima *et al.* (2005) quando aponta que os trabalhadores, em geral os que desempenham atividades em hospitais, se julgam ora vilões, ora heróis ou vítimas das crises que se reproduzem nos espaços ‘conflitivos’ e ‘tensionados’ do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde como produção de vida

A formação e as práticas dos profissionais de saúde geralmente estão focadas na doença, embora o discurso da Enfermagem fundamente o processo de cuidar do paciente como um todo.

Nesse sentido, um trabalhador geralmente não realiza sozinho o trabalho vivo em ato no âmbito da organização hospitalar. Ele conta com o apoio de diferentes profissionais, com experiências, visões e saberes distintos.

Assim, percebemos que a busca pela compreensão das diferenças acaba por gerar confrontos e pensamentos negativos por parte do ser humano. No cotidiano do trabalho, essas situações provocam conflitos e sofrimento para os profissionais de Enfermagem:

É a desvalorização. Às vezes [...] ter um nível médio, tem um pouco de, como é que eu digo, tem um pouco de indiferença (TE5).

[...] a gente vive numa luta por mais dignidade (AE1).

Na opinião dos trabalhadores de Enfermagem, a desvalorização, a falta de reconhecimento, o remane-

jamento, a dificuldade de comunicação, a carência de materiais e o relacionamento entre as equipes de Enfermagem e médica são as principais causas de insatisfação no trabalho:

Nós temos vivido situações aqui no hospital meio conflitantes entre a categoria médica [...]. Isso me chateou bastante, mas eu procurei esquecer e deixar para lá (E8).

Para não bater boca lá dentro todo dia, tenho que agüentar e fingir que eu não estou vendo, e deixar de exercer algumas atividades que eu sei que compete a mim, para eu não bater boca todos os dias (E9).

Cotidianamente, a relação entre os diferentes membros da equipe de saúde tem sido marcada pelo (des)considerar o outro como parceiro e aliado, o que é, muitas vezes, caracterizado pelo ‘silêncio’.

De acordo com estudos sobre violência institucional, essa narração descreve uma forma de violência sofrida pelo trabalhador diante de uma situação em que suas opiniões não são levadas em consideração.

Discutindo as questões ligadas à violência, destacamos alguns conceitos que facilitam a compreensão desse assunto.

Consiste em ações de pessoas, grupos, classes ou nações que ocasionam a morte de seres humanos ou que afetam prejudicialmente sua integridade física, moral, mental ou espiritual. (MINAYO; SOUZA, 1998, p. 514).

E, ainda:

[...] incidentes onde o staff sofre abusos, ameaças e ou é agredido em circunstâncias relacionadas

a seu trabalho, incluindo o trajeto do e para o trabalho, envolvendo perigos explícitos ou implícitos para sua segurança, seu bem-estar ou sua saúde. (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002, p. 3).

Dessa forma, com a necessidade de minimizar essa questão, os caminhos para a prevenção da violência institucional se iniciam pela educação. Acreditamos que é importante a criação de espaços, dentro da jornada regular de trabalho, para a discussão do tema entre a equipe multiprofissional.

As relações saúde-trabalho-doença: revelando subjetividades

Valendo-nos de Minayo, Hartz e Buss (2000), confirmamos que muitos profissionais da área da saúde encontram dificuldade para definir o termo 'saúde' em seu sentido teórico e epistemológico.

Dizer, portanto, que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 7).

A relação entre saúde/doença e processo de trabalho há anos tem sido preocupação de estudiosos. Avaliar os impactos para a saúde dos trabalhadores, no paradigma atual da grande preocupação em atingir metas de excelência no trabalho, é uma tarefa muito complexa. Estamos diante de situações antigas e atuais que geram fatores nocivos à saúde do trabalhador e que ainda não foram diagnosticadas:

Às vezes o plantão fica sobrecarregado porque outros plantões não ajudam. Não fazem a rotina

que teria que ter todo dia. Cada plantão deveria ter a mesma rotina. Então a gente acaba ficando sobrecarregado e dá certo estresse, pressão alta, problemas de LER, como eles falam, né? Que é Lesão por Esforços Repetitivos, problemas de coluna que quase todo mundo aqui já tem (AE1).

O pior de tudo é a estrutura [...] é um setor que é cheio de problemas, cheio de infiltração, cheio de móvel com mofo [...]. Eu tenho problema de rinite e isso tem me prejudicado muito (E2).

[...] no meu setor, na minha área física, a humanização ali não existe, é péssima. É um em cima do outro, é tudo tumultuado e não tem perspectiva de melhoria. Isso afeta a nossa saúde (E1).

Observamos que a falta de infraestrutura adequada para a realização das ações, o mofo, as infiltrações e o ambiente apertado, além de prejudicarem o atendimento, prejudicam, antes de tudo, a saúde do trabalhador.

Ao ser apontado como muito ruim, o ambiente torna-se, na visão do próprio profissional, gerador de problemas associados à saúde. Para entender o adoecer dentro do processo de trabalho, é necessário perceber quem é o trabalhador que adocece e de que forma ele está inserido no processo produtivo. A intervenção somente no corpo não é suficiente para um diagnóstico que formule terapêuticas eficazes, diante dos milhares de casos de doenças decorrentes de ambientes insalubres e processos de trabalho produtivos de doença e sofrimento:

Acho que minha saúde está relacionada ao trabalho, porque alguns problemas que vieram com o tempo eu não tinha antes de entrar aqui. Problema de coluna, este problema na nuca. Eu acho que tá relacionado, sim (AE1).

Tem, porque estressa, cansa e você chega em casa, tem filho, tem marido, tem casa, tem tudo pra fazer e ainda o estresse do serviço. (TE3).

[...] uma coisa que me deixa deprimida, é eu precisar ir numa enfermaria. [...] eles sabem que eu não saio para 'fazer enfermaria', porque, mesmo que eu vá, eu chego lá e o coração já fica tu, tu, tu, tu, a cabeça começa a doer, entendeu? Aí eu entro em parafuso. (TE4).

Na maioria das vezes, é imposto um aumento do ritmo de trabalho, da responsabilidade e do número de tarefas a serem executadas, o que propicia e facilita uma ocorrência maior de acidentes e doenças profissionais.

Nem sempre o trabalhador faz as escolhas profissionais e nem sempre detém o domínio do processo e da organização do trabalho. Estes, muitas vezes, são impostos, restringindo os espaços de liberdade, causando problemas à sua saúde física e mental:

Eu tive uma fase com tanto estresse [...]. Tem dia que eu falo que queria ter um emprego só, mas é terrível, por causa desse 'salário de fome', sabe? (E1).

Quando a gente está bem em todos os sentidos, o trabalho flui melhor. A gente se dedica mais, está mais disposta até para enfrentar os problemas. Como às vezes o trabalho é cansativo, exaustivo, às vezes a gente se aborrece, isso também interfere na saúde da gente. Deixa a gente estressada, mais preocupada, mais aborrecida, mais chateada. (E5).

Quando vim trabalhar nesta instituição, fiquei vários anos à noite, tive desgaste emocional, desgaste em relação à minha saúde [...] (E7).

Os problemas mentais sem causa orgânica são um dos principais problemas de saúde ocupacional do Brasil e do mundo, sendo que há uma proporção alta de trabalhadores que relatam níveis médios a elevados de estresse no trabalho, o que os leva a sofrer os consequentes efeitos psicológicos adversos. As causas não-orgânicas de tensão psicológica resultam principalmente do ambiente físico de trabalho; das tarefas e responsabilidades; da estrutura organizacional; dos relacionamentos interpessoais no trabalho; das mudanças de trabalho e de eventos traumáticos, tais como doença ocupacional ou ferimento por acidente do trabalho (CNDSS, 2008).

O hospital está em constante movimento. Embora ele seja um local onde estão constituídas normas e rotinas, jamais poderá ser visto como limitado a esses aspectos. O número e o tipo de tarefas realizadas pela equipe de uma enfermaria no turno diurno são diferentes no noturno. Desta forma, o tipo de evento cotidiano hospitalar nunca pode ser prescritível.

Observamos, neste estudo, que o trabalho assume dimensões significativas na vida humana. Dessa forma, as instituições se tornam um dos principais meios para o homem adquirir sua identidade e buscar seu ego ideal. Assim, faz-se necessário desvelar as necessidades dos profissionais no contexto da organização, já que os descontentamentos podem se tornar preocupantes ao pensarmos no impacto que essa situação pode ter na saúde dos trabalhadores com influência, e inclusive na qualidade da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observando a questão central desta pesquisa, confirmamos que o trabalho em saúde é visto como parte de um processo de trabalho coletivo desenvolvido por diversos agentes, com atividades independentes e com-

plementares para a realização do cuidado, bem como para a manutenção da estrutura organizacional da instituição. Assim, o trabalho envolve diversos profissionais que realizam ações fragmentadas com saberes, discursos e instrumentos próprios voltados às necessidades de saúde da população.

Acreditamos que as responsabilidades das '(des) organizações' dos processos de trabalho não devem ser apontadas somente para os profissionais que ocupam os poderes no microespaço da instituição. Usuários e trabalhadores devem buscar juntos soluções que tenham impacto no direito à saúde e ao trabalho. Assim, de forma conjunta, poderão ser criadas estratégias para melhorar as relações e as condições de saúde no âmbito institucional e, mais que isso, no âmbito da vida.

Ressaltamos que a qualidade de vida no trabalho inclui aspectos de bem-estar, garantia da saúde, segurança física, mental e social e capacitação para realizar tarefas com segurança. Não depende só de uma parte; depende simultaneamente do indivíduo e da organização empregadora.

Nesse marco, estamos de acordo com Buss (2000, p. 174), quando aponta a necessidade da criação de políticas públicas saudáveis que:

[...] visem não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade.

Acreditamos, então, que ações concretas que interfiram no nível de satisfação dos trabalhadores gerariam impactos positivos imediatos no modelo assistencial vigente. Concordamos com Barros *et al.* (2004), quando relatam que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde. Para a promoção de saúde nos locais de trabalho, é importante aprimorar a capacidade de compreender

e analisar esse processo de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debate coletivo. Dessa forma, torna-se fundamental a gestão coletiva das situações de trabalho para a promoção de saúde.

Assim, acreditamos que, para melhorar as relações e intercessões na produção cotidiana do trabalho e a qualidade de vida do profissional de Enfermagem, devem ser estabelecidas relações mais cooperativas, solidárias, ousadas e participativas, nas quais os trabalhadores possam sempre tomar as expectativas e necessidades do outro, que demanda cuidados, como referência para seu agir cotidiano.

Nesse sentido, o estudo aponta a necessidade de pensar em estratégias que sejam construtoras de processos de trabalho focados nas diferentes tecnologias do cuidado, em particular a tecnologia das relações, conforme vem apontando Merhy (2002), de forma a contribuir com a democratização dos espaços institucionais por meio do exercício do direito universalizado à saúde, à promoção e à defesa da vida daqueles que trabalham (direito à formação, informação e conhecimento adequado de cada usuário; direito à participação efetiva nos processos, tendo os princípios da solidariedade e da ética como norteadores das decisões e ações) e dos que se beneficiam desse trabalho.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, E. *et al.* *Cartilha da PNH: gestão e formação no processo de trabalho*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BOM SUCESSO, E. de P. *Relações interpessoais e qualidade de vida no trabalho*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual*

de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2009.

GIATTI L.; BARRETO S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 99-106, 2006.

GIRIN, J. A linguagem nas organizações: signos e símbolos. In: CHANLAT, J. F. (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas* v. 3. São Paulo: Atlas, 1996. p. 23-66.

GÓMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

ILO/ICN/WHO/PSI. Framework Guidelines for Addressing workplace violence in the health sector. *Violência no trabalho no setor saúde*. Genebra: International Labour Office, 2002. Tradução de Marisa Palácios, Mônica Loureiro dos Santos e Margarida Barros do Val. Rio de Janeiro, 2002. 27 p. ISBN 92-2-1134466.

LIMA, M. A. D. da S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, p. 86-101, 1999. Número especial.

LIMA, R. de C. D. *et al.* O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no Mundo do trabalho, *Cogitare Enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 63-67, 2005.

LOPES, M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Org.). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MERHY, E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: VER-SUS. *Cadernos de Textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 73-92.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, Mangueiras, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov./1997, fev./1998.

MOTTA, P. R. *A ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Editora Record, 1991.

OFFE, C. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. v. 2.

PITTA, A. M. F. A Equação Humana no Cuidado de Doenças: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 35-60, 1996.

Recebido: Agosto/2009

Aceito: Maio/2010

Experiência de implantação da clínica ampliada em Nova Ramada (RS)

The experience of the 'enlarged clinic' implementation in Nova Ramada (RS), Brazil

Andréa Quintana Langone Minuzzi¹

¹ Médica graduada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), atuando na Estratégia de Saúde da Família em São Lourenço do Sul (RS); Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Especialista em Saúde Pública pela Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).
andrea_langone@yahoo.com.br.

RESUMO *Este artigo visa ilustrar o processo de implantação da Clínica Ampliada no município de Nova Ramada no decorrer do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde. A intervenção foi construída com base nas conexões entre os sujeitos, utilizando-se as seguintes ferramentas: reunião de equipe, projeto terapêutico singular, equipe de referência e apoio matricial. Desencadeou-se um processo de inclusão e interação entre os sujeitos com a participação do usuário e sua rede social na terapêutica, atuação conjunta dos profissionais da saúde e diferentes setores da sociedade, resgatando a autonomia relativa dos sujeitos e a co-responsabilidade.*

PALAVRAS-CHAVE: *Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Humanização; Implementação.*

ABSTRACT *This paper illustrates the Enlarged Clinic implementation process in the municipality of Nova Ramada during the post-graduation course in Humanization of Care and Management of the National Health System. The intervention was based on the connections between people, using the following tools: team reunion, singular therapeutic project, reference team and matricial support. An inclusion and interaction process was started with the participation of health system users and their social networking in therapeutic decisions, group action of health professionals and different society fields, restoring people's relative autonomy and co-responsibility.*

KEYWORDS: *National Health System; National Policy of Humanization; Implementation.*

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) constitui um “conjunto de estratégias para alcançar a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2004, p.8). Humanizar, como política transversal, subentende transcender “as fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL, 2004, p.7). A PNH “supõe a troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe.” (BRASIL, 2004, p. 8).

A Clínica ampliada é uma das diretrizes pelas quais a PNH orienta-se (BRASIL, 2006). É uma “ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas” (BRASIL, 2009, p.12). Segundo o Ministério da Saúde, a proposta desta é:

[...] ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. (BRASIL, 2008, p. 3).

Este relato de experiência pretende ilustrar como se encaminhou o processo de implementação da clínica ampliada no município de Nova Ramada a partir da inserção da autora no curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Humanização da Atenção e Gestão do SUS como apoiadora institucional¹.

DESCOBRINDO O CENÁRIO LOCAL: A ESCOLHA DO DISPOSITIVO

A escolha da Clínica Ampliada como dispositivo de intervenção surgiu da necessidade verificada na realidade cotidiana de superação da insuficiência na resolubilidade dos problemas de saúde provenientes do método tradicional de pensar a clínica, individual, médico-cêntrica, medicalizada, unidirecional, hierárquica.

Para entender a construção da intervenção no município, é necessário caracterizá-lo. Nova Ramada é um município com aproximadamente 2.500 habitantes, situado na região noroeste do Rio Grande do Sul. Foi emancipado de Ajuricaba há dez anos. É predominantemente rural. Possui vários aglomerados populacionais distantes uns dos outros e do centro administrativo, onde se localizam a prefeitura e a Unidade Básica de Saúde (UBS).

A UBS fica distante fisicamente de toda a comunidade. Em algumas localidades, só há transporte (ônibus) uma vez por semana e, em outras, nenhuma vez. Alguns usuários chegam à unidade de charrete; outros, quando obrigados a comparecerem para a pesagem das crianças para o Bolsa-Família², caminham 16 km. A dificuldade de acesso causa certo isolamento não só do município em si, mas das pessoas dentro do mesmo. As comunidades são muito fechadas e alimentam muitas rivalidades entre si.

No período em que ocorreu o curso de Pós-Graduação, existia uma equipe de saúde no município formada por uma médica, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma odontóloga, uma assistente para a odontóloga, duas agentes administrativas, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois motoristas, uma assistente social e uma faxineira. A equipe abrange toda a comunidade, pois não existem outros serviços de saúde no território.

¹ Sujeito inserido nos serviços que colabora e presta suporte para que os coletivos alterem seus processos de trabalho, tornando-os mais democráticos e criativos, dotando-os de maior capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde e ampliando o grau de realização dos trabalhadores de saúde.

² Programa do Governo Federal com transferência direta de renda e condicionalidades, como vacinação das crianças até 7 anos, medida de peso e estatura das crianças semestralmente, acompanhamento pré-natal e frequência escolar das crianças.

Antes da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)³, a população contava com um mínimo de serviços assistenciais em saúde prestados por profissionais contratados para atender às necessidades do município em horários reduzidos.

Muitos usuários eram atendidos em um curto espaço de tempo, não havendo oportunidade para a conversa. Os reflexos desse modo de fazer saúde são percebidos ainda hoje. Houve uma supervalorização do profissional médico, fortalecimento da assistência estruturada na queixa-conduta, refletindo uma medicalização excessiva da vida.

Devido ao retrospecto da saúde no município, o modelo de atenção à saúde médico-hegemônico é muito forte. Todos os usuários que chegam à UBS querem se consultar com o médico. As atividades de promoção de saúde e prevenção são pouco valorizadas e, muitas vezes, não são vistas como trabalho.

OPERACIONALIZANDO A CLÍNICA AMPLIADA: MÃOS À OBRA

Implantar o dispositivo da Clínica Ampliada é um desafio, pois implica superação do paradigma da clínica médica não só pelos profissionais de saúde, especialmente pelo médico, mas também pelo usuário.

As ferramentas pelas quais se operacionaliza – reunião de equipe, Projeto Terapêutico Singular (PTS), equipe de referência e apoio matricial – visam a diminuir a fragmentação do sistema e a dicotomia existente entre saúde preventiva e curativa.

A mudança do foco da doença para o sujeito doente ou suscetível a adoecer permite uma melhor compreensão dos fatores determinantes do processo

saúde/doença no indivíduo e, portanto, uma abordagem terapêutica mais adequada a cada sujeito.

Para melhor ilustrar o processo de implantação do dispositivo ‘clínica ampliada’ no município de Nova Ramada, será feito um breve relato de como foi possível desenvolver suas ferramentas neste percurso.

O encontro da equipe: a reunião

Trabalhar na sala ao lado pode ser um fator desencadeador de isolamento ou de encontro. O fato de existir uma única equipe trabalhando na mesma área física com algum grau de conectividade desencadeou a vontade de explorar a potencialidade que estava no próprio serviço de saúde.

A equipe sentiu a necessidade de um espaço para fazer trocas e se comunicar. Nesse espaço, como sugerido por Campos (1998), seriam discutidas as necessidades de saúde, divididas as responsabilidades e elaborados os projetos terapêuticos.

A princípio, todos os integrantes da equipe participariam da reunião. No entanto, após um período de experiência, os ACS passaram a frequentar os encontros quinzenalmente, pois não conseguiam conciliar as reuniões com a meta de número de visitas domiciliares mensais. Essa dificuldade dos ACS despertou na equipe questionamentos sobre a rigidez do programa, agora chamado Estratégia de Saúde da Família.

Apesar da reunião, a comunicação informal e cotidiana entre os membros da equipe continuou a acontecer por meio de telefonemas, bilhetes e conversas de corredor. Esses recursos menos burocráticos dão maior agilidade ao sistema e aumentam sua eficácia. É possível fazer intervenções mais precoces, apresentando melhores resultados, e evitar o deslocamento desnecessário de usuários à unidade.

³ Estratégia de reorientação do modelo assistencial baseada na atuação de uma equipe multiprofissional em uma área adscrita, implantada no município em 2001.

Nas reuniões de equipe, iniciaram-se as discussões de casos clínicos nos moldes da proposta de Cunha (2004) de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Segundo o autor:

O PTS é uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito doente e a relação com a equipe para definição de propostas de ações. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes de acordo com esse vínculo. (CUNHA, 2004, p. 172-173).

A escolha dos casos selecionados para a elaboração do PTS era feita a partir de discussão com toda a equipe. Os candidatos ao PTS eram os usuários com quem a equipe possuía maior dificuldade em alcançar bons resultados.

O PTS nos impôs o desafio de lidar com as diferentes percepções sobre um mesmo problema. A definição dos papéis de cada um e da condução do caso implica compromisso e responsabilização.

O disparador dos processos de mudança é o conflito gerado pelo encontro. Através dele, pudemos reavaliar e reformular algumas ações, como os encontros que realizávamos nas comunidades. Também surgiram novas ideias, como a formação do grupo de usuários com doença de Parkinson⁴ e cuidadores e estratégias de combate à dengue⁵ com o envolvimento das comunidades.

O encontro de equipes: intersectorialidade

Nova Ramada possui poucas opções de lazer e a interação entre a população, devido ao difícil acesso,

fica restrita às suas pequenas comunidades. As pessoas se relacionam com o mundo através de uma estação de rádio AM.

Na perspectiva de promoção de espaços de bons encontros, a equipe da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social desenvolveu trabalhos em grupo visando não apenas à discussão e à troca de informações sobre patologias, mas também à integração social dos participantes.

As atividades envolviam rodas de conversas, palestras, artesanato, jogos, oficinas, excursões. Como exemplo de integração, pode-se citar a gincana organizada com o grupo de idosos do município em que uma das tarefas era arrecadar garrafas *pet*; o grupo de saúde mental poderia, então, trabalhar com esse material na confecção de brinquedos para distribuição às crianças da comunidade.

Na Conferência Municipal de Saúde realizada no dia 3 de agosto de 2007, mais da metade do público era formada por escolares que foram liberados das aulas para participarem do evento.

Em um dos encontros da equipe, surgiu a discussão da problemática da demanda excessiva por consultas médicas e de como esse fato repercutia sobre a equipe, causando sobrecarga em alguns profissionais e sentimento de desvalorização em outros.

A equipe identificou a necessidade de chamar a atenção do usuário para seu próprio cuidado. Surgiu, então, a proposta de articulação com outras secretarias para a elaboração de uma ação conjunta que resgatasse a cultura do cuidado.

As escolas do município, o Conselho Municipal de Saúde (CMS), a Secretaria de Agricultura e a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) uniram-

⁴ Doença degenerativa do sistema nervoso central, progressiva, crônica, funcionalmente limitante que gera graus variados de dependência da pessoa doente de seu cuidador.

⁵ Doença infecciosa febril transmitida, em geral, pela picada do mosquito *aedes aegypti*. A região noroeste do Rio Grande do Sul vivenciou um surto da doença no final do primeiro trimestre de 2007.

se à Secretaria de Saúde para estruturar um projeto de cultivo de chás, baseado em um movimento iniciado na cidade de Independência (RS). Cada entidade presente na reunião assumiu um papel a desempenhar.

As escolas cederam o terreno, a EMATER e a Secretaria de Agricultura entraram com o conhecimento sobre o plantio, identificação das mudas e o preparo da terra. A equipe da UBS se articulou com a Pastoral da Saúde para descrição da utilização das plantas. Até o início de 2008, o terreno já havia sido devidamente preparado e recebido as primeiras mudas trazidas pelos alunos.

Encontros com as comunidades

Em junho de 2007, foram retomados os encontros da Secretaria de Saúde com as comunidades. Discutiu-se o funcionamento do sistema de saúde local nessas reuniões, tendo surgido muitos questionamentos. O alvo principal deles era a consulta médica. Eram feitas colocações como *'por que agendar?'*, *'agora tenho que escolher um dia para ficar doente'*, *'por que o posto está sempre cheio?'*, *'só vai ao posto quem está realmente precisando'*, *'quanto tempo tem que aguardar na fila para fazer fisioterapia?'*, *'por que eu não consegui fazer tal exame?'*, *'por que tenho que passar pela médica do posto primeiro para consultar o especialista?'*

As consultas especializadas são feitas por intermédio do Consórcio Intermunicipal de Saúde, o CISA. É importante ressaltar que os serviços contratados por meio do consórcio são financiados com recursos públicos, entretanto, não existe um papel de controle e regulação deste na lógica dos princípios do SUS.

Apesar de facilitar o acesso do usuário aos serviços não oferecidos pelo SUS ou a serviços muito demandados que possuem longas filas de espera, o consórcio contribui para a desarticulação da rede SUS, pois a forma de contratação (por número de procedimentos) gera fragmentação e compromete a integralidade da atenção.

A conexão entre a atenção básica e a atenção especializada é precária ou até mesmo inexistente. No modelo atual, essa troca de informações deve ser realizada por meio da burocracia dos boletins de referência e contrarreferência que raramente são preenchidos pelos profissionais. Em grande parte dos casos, a contrarreferência vem do próprio usuário que, dependendo do vínculo que possui com a equipe do posto, busca por ela para conversar sobre a consulta e até mesmo para verificar se pode usar a medicação prescrita pelo especialista.

Para receber assistência especializada, o usuário de Nova Ramada tem de deslocar-se até Ijuí, distante 59 km. O transporte intermunicipal é realizado apenas três vezes na semana. A maior parte da população não possui meio de transporte próprio. Em consequência disso, a fila de espera não se limita aos serviços especializados, mas estende-se ao transporte para fora do município.

Algumas pessoas atribuem o fato de a unidade de saúde estar sempre cheia à orientação de alguns integrantes da equipe para o retorno do usuário em caso de não melhora ou de dúvidas. Por que o usuário não retornaria se não tivesse melhorado? Apenas por ser atendido pelo SUS? É perpetuada a ideia de que o postinho tem como função amenizar um problema saúde, dar uma disfarçada e que, para se obter um atendimento de qualidade é preciso recorrer ao setor privado.

As marcas do passado se fazem muito presentes na cultura da comunidade. O SUS, principalmente a atenção básica e o postinho, ainda são vistos como lugar de baixa tecnologia e qualidade técnica, um quebra-galho, tanto para os profissionais quanto para os usuários.

Esses encontros geram conflitos e disputas. Surgem questionamentos e apontamentos que causam desconforto na equipe. Talvez por isso alguns colegas, assim como alguns usuários, acreditem ser um desperdício de tempo promover esses encontros.

As diferenças de opinião foram trazidas para a reunião de equipe em que se afirmou a necessidade de re-

formular a estrutura dos encontros. Começamos, então, a discutir outros assuntos relacionados à saúde e, após essa conversa, a realizar atendimentos individuais.

Equipe de referência e apoio matricial

Com a mudança que vem ocorrendo na pirâmide etária brasileira e o aumento da prevalência das condições crônicas de saúde da população, não é possível pensar em atenção integral e resolutive através de intervenções pontuais. O acompanhamento ao longo do tempo é necessário para minimizar as intercorrências.

Esse acompanhamento longitudinal implica criação de vínculos. A relação que a equipe estabelece com o usuário influencia a forma como ele adere à terapêutica. Campos (1999) chama esse grupo de profissionais de saúde, responsável pela condução de um caso, seja individual, familiar ou comunitário, de equipe de referência.

O fato de Nova Ramada possuir apenas uma UBS com uma equipe que engloba a ESF e mais alguns profissionais da equipe de apoio (psicóloga e fisioterapeuta), aliado à dificuldade de acesso ao município, reforça a idéia de equipe de referência.

Na tentativa de diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento, Campos (1999) propõe o apoio matricial. Tal apoio entra como alternativa à limitação de recursos (financeiros, físicos, humanos), otimizando a assistência especializada. Um especialista pode se integrar a diversas equipes de referência.

Essa metodologia pressupõe um trabalho em rede com diálogo, interconexões, fluxos de informações. Para tanto, são necessárias mudanças nas organizações de saúde a fim de proporcionar a interação entre referência e apoiadores. O apoio não está relacionado apenas a profissionais especializados, mas a organizações que oferecem recursos de que as equipes não dispõem.

Para tanto, a relação do SUS com seus prestadores de serviços tem sido revista. Por meio dos processos de contratualização, definições de responsabilidades e mecanismos de controle e regulação sobre elas têm sido buscados. A 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) atuou como apoio nessa discussão com o hospital de referência, promovendo o encontro dos municípios da microrregião com a administração do hospital.

Outro fator limitante na aplicação da metodologia do apoio matricial no município é a dificuldade de acesso a este. A realidade impõe um desafio ao deslocamento dos profissionais que, de outra forma, poderiam estabelecer uma conexão mais pessoal com a equipe de referência. Righi (2005, p. 90) ressalta que:

[...] quando estes lugares organizacionais localizam-se em territórios distintos [...] o apoio matricial parece ainda mais vinculado ao desenvolvimento territorial.

Par que a atenção primária consiga assumir seu papel regulador no sistema e resgatar seu valor junto à comunidade, é preciso ampliar suas ofertas. Na UBS de Nova Ramada, são feitas suturas, pequenos procedimentos, internações breves na sala de observação, eletrocardiogramas e coleta de exames. Há também alguns profissionais da equipe de apoio trabalhando na unidade. Essas poucas ações tornam o serviço mais resolutive em seu próprio território.

PROCESSOS DISPARADOS A PARTIR DA INTERVENÇÃO

A partir do desenvolvimento da Clínica Ampliada no município, desencadeou-se um processo de inclusão e interação entre os sujeitos com a participação do usuário

e sua rede social na terapêutica, atuação conjunta dos profissionais da saúde e diferentes setores da sociedade, resgatando a autonomia relativa dos sujeitos e a coresponsabilidade.

Houve o reconhecimento da necessidade de ativar o Grupo de Trabalho de Humanização, que permite a ampliação das discussões, rompendo a barreira da Secretaria de Saúde e envolvendo outros sujeitos.

Os encontros com as comunidades e a aproximação com o CMS possibilitaram a discussão sobre o modelo de atenção à saúde com os usuários. O tema 'acolhimento' foi um dos mais abordados e discutidos em nossas reuniões.

O CMS passou a se integrar à equipe de Secretaria de Saúde. Participou de todos os eventos e encontros de saúde que aconteceram no decorrer do ano, inclusive de algumas reuniões de equipe nas quais foram discutidos o agendamento de consultas na unidade e o acolhimento.

O encontro dos diferentes acontece em um determinado tempo, ocupando um espaço físico que deveria ser adequado ao seu propósito. Para tanto, a sala de espera da UBS ganhou mais bancos para melhor acomodar os usuários enquanto aguardam por atendimento. Todas as salas foram contempladas com cortinas. As janelas de vidro nuas antes expunham trabalhador e usuário a olhares curiosos dos transeuntes. Além disso, em dias de sol forte, a radiação incidia diretamente sobre o profissional e o usuário, causando desconforto e inclusive dificultando a realização de alguns procedimentos.

Não há como pensar em resolver o problema da demanda excessiva por consultas promovendo o encontro apenas do profissional médico e do enfermeiro. As decisões precisam ser tomadas em conjunto com os outros colegas, pois o trabalho desempenhado por cada sujeito incide sobre o trabalho do outro.

Trazer os trabalhadores para a roda para pensar e discutir sobre seu processo de trabalho despertou um

sentimento de valorização, pois reafirmou a relevância do que esses pensavam e sentiam para o processo.

A intervenção possibilitou colocar no cotidiano do sistema local de saúde de Nova Ramada a proposta de tríplice inclusão da PNH, permitindo a emersão de impasses e conflitos. Depois de identificá-los, é necessário discuti-los de forma a buscar soluções possíveis. O confronto causa desconforto, pois mexe com as verdades, desejos e saberes individuais.

Para colocar a Clínica Ampliada em prática, é necessário que dois sujeitos entrem num acordo dialógico, pactuado, dividindo responsabilidades e preservando a autonomia dos envolvidos. O processo se desenrola lentamente e carece da discussão de problemas e reconhecimento de limitações para a sua efetivação. Assim como o SUS é uma obra inacabada em constante reconstrução, a busca por sua qualificação também o é.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, 2009.

_____. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2. ed, 2008.

_____. *Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007.

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

_____. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. Campinas, SP: HUCITEC, 2004.

RIGHI, L.B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D.F.; CRUZ, I.B.M. *Saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Unijuí, 2005, p. 73-92.

Recebido: Agosto/2009

Aceito: Março/2010

Qualidade de vida de idosos usuários de Pronto Socorro*

Life quality of aged people who uses Emergency medical services

Mayne Patrício Malagutti ¹

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez ²

¹ Graduada em Gerontologia pela Universidade de São Paulo. maynepm@hotmail.com

² Professora Doutora da Universidade de São Paulo do curso de Graduação em Gerontologia. biagutierrez@yahoo.com.br

RESUMO *Objetivo: avaliar alterações na qualidade de vida de idosos usuários de Pronto-Socorro. Métodos: pesquisa quantitativa realizada na triagem do Pronto-Socorro do Hospital Universitário com 130 idosos. Para a coleta de dados, foram utilizados: Escala de Avaliação de Atividades Básicas de Vida Diária, WHOQOL-OLD, WHOQOL-Breve e Escala de Depressão Geriátrica, sendo os dados analisados pelo programa SPSS for windows. Resultados: no total, 39,22% dos idosos pontuaram para sintomas depressivos, 94,61% dos entrevistados foram classificados como independentes, 47,69% dos participantes, satisfeitos com a saúde e 58,46% referiram ter boa qualidade de vida. Conclusão: mesmo em ambiente de Pronto-Socorro, os idosos avaliaram sua qualidade de vida como elevada.*

PALAVRAS-CHAVE: *Idoso, Qualidade de vida, Pronto-Socorro.*

ABSTRACT *Objective: to evaluate alterations in the life quality of aged people who use Emergency medical services. Methods: research quantitative carried out at the triage session of the Emergency medical services of the College Hospital with 130 aged people. For data collection, we used: Scale of evaluation of Basic Activities of Daily Life, WHOQOL-OLD, WHOQOL-Brief and Geriatric Depression Scale, whose data were analyzed in the SPSS software. Results: a total of 39,22% of the sample presented depressive symptoms, 94,61% were classified as independent, 47,69% were happy about their health status and 58,46% reported having good quality of life. Conclusion: even in the Emergency medical services, the elderly rated their quality of life as good.*

KEYWORDS: *Aged, Quality of life, Emergency medical services.*

* Para realização dessa pesquisa houve auxílio de bolsa de Iniciação Científica concedido pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), cujo número do processo foi 2009/06111-3.

INTRODUÇÃO

Em 2025, existirão no Brasil mais de 32 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2008), sendo assim, essa maior longevidade acarretará uma mudança significativa na vida da população brasileira.

O aumento dos anos vividos é acompanhado por uma maior incidência e prevalência de doenças e condições crônicas, muitas vezes coexistentes, e suas sequelas representam um grande desafio para o sistema de saúde, pois “o envelhecimento se manifesta por declínios das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo.” (PAPALÉO NETTO; PONTE, 2005, p. 5).

Duarte e Lebrão (2008) lembraram que, para condições crônicas, o tratamento clínico é apropriado e indispensável, entretanto não é suficiente, sendo necessárias alterações no estilo de vida, ajustamento às situações apresentadas, desenvolvimento de novas habilidades e interação com os vários componentes do sistema de saúde e recursos da comunidade. Deste modo, este século será marcado por novas necessidades de cuidados prestados tanto pelo sistema de saúde quanto pelo sistema social na tentativa de alcançar a velhice bem-sucedida.

Enfatiza-se que, apesar do declínio biológico normal no processo de envelhecimento e do aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade, a velhice não deve ser vista apenas como doença e incapacidade, pois é possível controlar muitos problemas existentes nessa etapa por meio de assistência adequada, garantindo qualidade de vida para os idosos.

Nesse sentido, o principal objetivo do cuidado, na visão da Gerontologia, é a manutenção da independência e da autonomia do idoso, sendo que a independência funcional está relacionada à capacidade do indivíduo de

realizar algo pelos próprios meios, como as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e também às atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) (ANDREOTTI; OKUMA, 1999; NERI, 2005).

Nessa linha de pensamento, torna-se evidente a necessidade de desenvolvimento do conhecimento dos profissionais de saúde acerca da influência do processo de envelhecimento na qualidade de vida dos idosos, sendo crucial para o profissional de saúde, para o indivíduo e sua família desenvolverem juntos métodos positivos e adequados de intervenção que possibilitem melhores condições de sobrevivência, principalmente em ambiente de Pronto-Socorro, onde muitos dos idosos usuários apresentam doenças crônico-degenerativas que tendem a aparecer de forma simultânea. Tais doenças geralmente não são fatais, mas podem comprometer de maneira expressiva a qualidade de vida dos indivíduos. Entretanto, na realidade brasileira pouco se conhece sobre a qualidade de vida dos idosos.

Na tentativa de visualizar melhor os idosos usuários de Pronto-Socorro, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a presença de alterações na qualidade de vida desses usuários.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é de caráter transversal exploratório que utiliza uma abordagem quantitativa, tendo sido desenvolvida na Triagem do Pronto-Socorro (TPS) de um Hospital Universitário. Sua amostra foi constituída por 130 indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos e usuários do Pronto-Socorro, selecionados aleatoriamente a partir da demanda espontânea, no período de maio a agosto de 2009.

A entrevista ocorreu em ambiente privativo durante a espera do idoso para o atendimento na TPS,

por isso foram excluídos aqueles avaliados como caso de emergência, pois eram encaminhados diretamente ao Pronto-Socorro. Este fator pode ter causado um viés na pesquisa, já que os idosos entrevistados não apresentavam extremo grau de sintomatologia aguda de sua doença.

Salienta-se que este projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário, e todos os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e respeitados, conforme determinação da portaria do Conselho Nacional de Saúde CNS196/96 relacionada à ética em pesquisa com seres humanos, e só fizeram parte da amostra os indivíduos que concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentos: questionário contendo dados referentes à caracterização do participante e, em seguida: a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) reduzida (YESAVAGE; BRINK; ROSE, 1982-1983), Escala de avaliação de Atividades Básicas de Vida Diária (KATZ *et al.*, 1963), WHOQOL-OLD (WHO, 1997) e WHOQOL-Breve (WHOQOL GROUP, 1995), sendo que a análise de dados foi realizada por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows versão 15.0, adotando-se o nível de significância de 5% (valor de $p < 0,05$), sendo que as informações obtidas foram inicialmente submetidas à análise estatística descritiva.

Por seu intermédio, procurou-se obter dados de frequência, tendência central e dispersão a partir dos quais foram planejados outros tratamentos estatísticos envolvendo a comparação dos sujeitos por critérios sociodemográficos, e também pelos critérios que emergirem da análise dos dados dos instrumentos aplicados. Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar se as variáveis contínuas seguiam distribuição normal. Quando não houve distribuição normal, foram utiliza-

dos testes não-paramétricos, seguindo-se procedimentos estatísticos adequados para cada tipo de variável.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 130 idosos usuários da Triagem do Pronto-Socorro do Hospital Universitário, sendo que a maioria dos idosos que procuraram o Pronto-Socorro era do sexo feminino (60,80%).

Quanto à escolaridade, a maioria (39,23%) referiu ter frequentado escola durante um a quatro anos; em relação à condição de emprego atual, observou-se que 80,77% dos entrevistados eram aposentados e que 8,46% continuavam trabalhando. Grande parte dos idosos (71,54%) vive com até dois salários mínimos e, quanto ao estado civil, 47,69% deles se declararam casados.

As especialidades médicas foram classificadas segundo as queixas dos idosos no momento da realização das fichas de atendimento hospitalar, sendo que a maior parte (40%) requisitou atendimento na clínica médica.

Quanto à presença de sintomas depressivos, a partir da Escala de Depressão Geriátrica, cuja pontuação variava de zero a 15 pontos, 60,78% dos entrevistados obtiveram resultados menores que 6, demonstrando ausência de sintomas depressivos. Entretanto, 33,85% dos idosos obtiveram pontuação sugestiva de sintomas para depressão média (6-10 pontos) e 5,39% para depressão moderado-severa (11-15 pontos).

A grande maioria dos idosos (94,61%) foi classificada como independente, relatando apenas uma, duas ou nenhuma dificuldade em realizar as atividades básicas da vida diária. Mas também houve idosos que declararam dificuldade em executar de três a quatro atividades – dependentes parciais – ou ainda, aqueles que alegaram dificuldade para efetuar de cinco a seis

atividades básicas da vida diária (dependentes) (4,62 e 0,77%, respectivamente).

Ainda neste estudo, foi aplicado o instrumento WHOQOL-Breve para avaliar a qualidade de vida dos usuários de Pronto-Socorro.

A Tabela 1 apresenta os resultados do WHOQOL-Breve de acordo com cada domínio proveniente dos 130 entrevistados. Ressalta-se que os valores da pontuação dos domínios podem variar de zero a 100.

Dentre a pontuação relativa aos domínios do WHOQOL-Breve, o domínio físico obteve a média de menor valor (55,55), com pontuação mínima de 17,86 e máxima de 100. A partir das questões relativas a esse domínio, observou-se que a pergunta “Quão satisfeito você está com o seu sono?” foi a que mais apresentou indivíduos insatisfeitos (37). Já na pergunta “Quão sa-

tisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?”, 69 indivíduos responderam que estavam satisfeitos.

A avaliação da qualidade de vida referida pelos próprios idosos entrevistados está demonstrada na Tabela 2.

Em relação à satisfação com a própria saúde, os dados seguem na Tabela 3.

Constatou-se que 47,69% dos idosos referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde, enquanto 30,77% disseram estar insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

O WHOQOL-OLD também foi utilizado para avaliar de forma mais específica as habilidades, atitudes, crenças e valores dos idosos sobre sua qualidade de vida.

TABELA 1 - Apresentação dos Escores do WHOQOL-Breve, São Paulo, 2009

Estatísticas Descritivas						
Domínios	Média	DP±	Mínimo	Mediana	Máximo	Alfa de Cronbach
Físico	55,55	17,24	17,86	55,65	100	0,73
Psicológico	64,52	12,7	29,17	66,67	95,83	0,56*
Social	67,37	16,24	16,67	66,67	91,67	0,68
Ambiente	64,88	11,57	37,5	65,63	93,75	0,65
Total	63,08	10,34	35,83	63,71	92,19	0,82

*Com a eliminação da questão 26, o valor do coeficiente de Cronbach é de 0,60.

DP: desvio padrão.

Fonte: Elaboração própria.

TABELA 2 - Apresentação da avaliação da qualidade de vida segundo os idosos usuários de Pronto-Socorro, São Paulo, 2009

WHOQOL-Breve	n	%
1. Muito ruim	5	3,85
2. Ruim	3	2,31
3. Nem ruim nem boa	29	22,31
4. Boa	76	58,46
5. Muito boa	17	13,08

Fonte: Elaboração própria.

TABELA 3 - Apresentação do grau de satisfação com a saúde segundo os idosos usuários de Pronto-Socorro, São Paulo, 2009

WHOQOL-Breve	n	%
1. Muito insatisfeito	13	10
2. Insatisfeito	27	20,77
3. Nem satisfeito nem insatisfeito	28	21,54
4. Satisfeito	46	35,38
5. Muito satisfeito	16	12,31

Fonte: elaboração própria.

Na Tabela 4, segue o resultado de cada domínio proveniente dos 130 entrevistados.

Frente aos domínios 'morte' e 'morrer', ressalta-se a menor média (55,77), sendo a pontuação mínima zero e máxima 100. Dentre as questões relacionadas a esse domínio, notou-se que a pergunta "Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?" foi a que apresentou maior número de indivíduos extremamente preocupados (69); já na pergunta "O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?", 51 idosos responderam que muito pouco.

DISCUSSÃO

Neste estudo, contrariando a hipótese inicial, a qualidade de vida dos idosos usuários de Pronto-Socorro se mostrou alta, ainda que a maioria dos idosos tenha relatado seu estado de saúde como bom ou regular, enquanto apenas 3,85% avaliaram como muito bom e 19,23% como ruim.

Em estudo realizado na cidade de Siderópolis (SC) com 121 idosos, foram encontradas médias de 58,10 para o domínio físico, 58,20 para o domínio psicológico, 75,69 para o domínio social e 64,58 para o domínio

ambiental (CHEPP, 2006). Esses dados reforçam a ideia de que, mesmo com as adversidades ocorridas no processo de envelhecimento, os idosos pontuam alto em escalas de satisfação com a vida e, também, apoiam a ideia de Neri (2007) ao descrever que, embora exista um aumento da vulnerabilidade biológica na velhice, a resiliência psicológica também aumenta, atuando como um fator protetor frente às perdas ocorridas nessa fase da vida.

Resultados muito parecidos também foram observados por Fleck, Chachamovich e Trentini (2006) em estudo realizado com 51 idosos na cidade de Porto Alegre (RS). Ao aplicar o WHOQOL-OLD, os autores obtiveram as seguintes médias: 74,39 para a faceta habilidades sensoriais, 65,86 para autonomia, 68,26 para atividades, 65,65 para participação social, 61,89 para morte e morrer e 68,01 para a faceta intimidade.

Já em estudo realizado na cidade de Veranópolis (RS), dos 219 idosos entrevistados, 57% classificavam sua qualidade de vida como boa, enquanto 18% classificaram-na como negativa (XAVIER *et al.*, 2003). Isso demonstra, mais uma vez, a alta pontuação dos idosos nos testes de qualidade de vida, mesmo com uma pior autopercepção subjetiva do seu estado de saúde. Esses dados apoiam os obtidos no suplemento especial da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD-

TABELA 4 - Apresentação dos escores do WHOQOL-Old, São Paulo, 2009

Estatísticas Descritivas						
Facetas	Média	DP±	Mínimo	Mediana	Máximo	Alfa de Cronbach
Habilidades sensoriais	64,95	21,49	12,5	62,5	100	0,84
Autonomia	62,93	12,28	31,25	62,5	93,75	0,69
Atividades	68,41	13,69	25	68,75	93,75	0,64
Participação social	66,15	12,76	31,25	68,75	100	0,8
Morte e morrer	55,77	31,42	0	62,5	100	0,94
Intimidade	72,31	15,72	31,25	75	100	0,86
Escore total	65,09	11,3	38,54	65,63	87,5	0,87

DP: desvio padrão. Fonte: Elaboração própria.

Saúde) de 1998, citados por Camarano (2002), que indagavam como a população idosa brasileira considerava o seu estado de saúde. Observou-se que aproximadamente 83% dos idosos relatavam seu estado de saúde como regular ou bom.

Quanto ao fato de a especialidade médica mais requisitada ter sido a clínica médica, reforça-se a ideia da transição epidemiológica resultante das modificações no perfil das taxas de morbimortalidade da população brasileira, marcado pelo aumento da prevalência das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT), caracterizando maior proporção de pessoas idosas portadoras de hipertensão, diabetes, artrose, entre outras (RAMOS, 2002).

Dessa forma, se faz necessária cada vez mais a implementação de políticas públicas que visem à promoção da saúde e dos cuidados primários. É importante que se façam campanhas ensinando as pessoas, de qualquer faixa etária, os benefícios de hábitos de vida mais saudáveis, incluindo a prática da atividade física, alimentação balanceada e equilibrada, o não-uso do tabaco e do álcool, considerando que muitas das doenças podem interferir na capacidade de independência e autonomia, acarretando a necessidade de cuidados contínuos e atenção dos profissionais da saúde, assim como o uso de medicamentos, muitas vezes de alto custo, elevando os gastos com a saúde da população.

Em relação à depressão, quase 40% dos idosos pontuaram para sintomas depressivos. Para Jaluul e Stoppe Junior (2005), sintomas depressivos são bastante prevalentes em fases avançadas da vida, nas quais aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas depressivos. Esses mesmos autores relatam que estudos realizados em países em desenvolvimento mostram uma taxa maior de 30% de sintomas depressivos clinicamente significativos em idosos residentes na comunidade.

Segundo Berger (1995a), a prevalência da depressão nos idosos situa-se entre 10 e 15% e, desta per-

centagem, de 2 a 3% dos resultados são caracterizados como depressões graves. Mas é válido ressaltar que a prevalência de depressão entre idosos varia consideravelmente entre os estudos, a depender da metodologia da pesquisa, dos instrumentos utilizados e do contexto da avaliação (BATISTONI, 2005).

Como visto, os idosos usuários do Pronto-Socorro tiveram pontuação maior para sintomas depressivos do que em outras pesquisas realizadas. Tal fato pode ter ocorrido por se tratar de um ambiente aonde as pessoas vão para conhecer e tratar suas afecções, algumas delas em estado agudo, o que pode causar um estado de tristeza no indivíduo, principalmente os idosos, já que, para muitos, suas doenças são crônicas e os acompanham em estágios de progressão ao longo dos anos. Nesse sentido, torna-se importante a conversa do profissional de saúde no sentido de acalmar estes idosos em relação às suas doenças e, também, tornando-se fundamental que este profissional faça o rastreio de sintomas depressivos nos idosos, pois muitas pessoas consideram que um comportamento mais retraído e apático seja algo comum dessa fase da vida (BARCELOS *et al.*, 2007). Também se faz muito importante o apoio de familiares e amigos, sempre conversando com esses idosos de forma a confortá-los a respeito de qualquer problema, pois o processo de saúde/doença propicia um esgotamento emocional no indivíduo no decorrer da vida.

Já sobre a capacidade para realizar as atividades básicas de vida diária, apenas 5,39% dos entrevistados demonstraram algum grau de incapacidade. Estes dados reforçam a ideia de que a maioria das pessoas da terceira e quarta idades não apresentam modificações em sua capacidade funcional, ou essa alteração é apenas muito parcial (BERGER, 1995b), sendo que cerca de 80% dos idosos são suficientemente saudáveis e independentes para realizar suas atividades cotidianas sem qualquer ajuda (BERGER, 1995a).

É crucial destacar que as famílias devem continuar incentivando os idosos a fazerem as coisas que sempre fizeram. É bastante frequente que os familiares façam as coisas para os idosos por achar que ficarão cansados ou que não conseguem mais fazer as tarefas direito, no entanto, o que se deve é incentivar para que os idosos continuem ativos, mesmo que a realização de uma atividade se torne mais difícil ou mais vagarosa. Dessa forma, o idoso será sempre estimulado e conseguirá manter certa aptidão e capacidade funcional, influenciando positivamente na sua qualidade de vida.

Nesta linha de pensamento, qualidade de vida relacionada à saúde (*Health-related quality of life*) é um conceito focado na avaliação subjetiva, mas fundamentalmente ligado ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade da pessoa de viver de forma plena. Ou seja, na área relacionada à saúde, qualidade de vida emprega-se à pessoa que tem conhecimento da sua doença e refere-se ao grau de limitação e desconforto que esta e/ou a sua terapêutica ocasionam a ela e à sua vida (SILVA, 1999). Mas Bullinger, Anderson e Cella (1993) ponderaram que o conceito qualidade de vida é mais amplo e abrange diferentes condições que podem influenciar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo, e não se restringindo à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Concluiu-se que, apesar dos resultados encontrados nesta pesquisa, é necessário que o idoso seja visto de maneira global, já que seus aspectos biológicos são capazes de afetar sua vida social e sua capacidade psicológica e vice e versa. Só dessa maneira o maior desafio do envelhecimento populacional poderá ser realizado, que é viver com uma qualidade de vida maior. Salienta-se que o enfoque biopsicossocial do curso de graduação em Gerontologia foi fundamental para a realização desta pesquisa.

Também é válido ressaltar que o fato de esta pesquisa ter sido realizada na triagem do Pronto-Socorro

pode ter ocasionado um viés nos resultados, já que a maioria dos idosos entrevistados não apresentava extremo grau de sintomatologia aguda de sua doença, e por isso é recomendado que outros estudos sejam realizados no intuito de alcançar resultados mais apurados.

REFERÊNCIAS

ANDREOTTI, R.A.; OKUMA, S.S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 13, n. 1, jan./jun.1999, p. 46-66.

BARCELOS, R. *et al.* Depressão vascular no idoso: resposta ao tratamento antidepressivo associado a inibidor das colinesterases. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 290-293, nov./dez. 2007.

BATISTONI, S.S.T. Depressão. In: NERI, A.L. *Palavras-chave em Gerontologia*. 2.ed. Campinas, SP: Alínea, 2005. p. 59-62.

BERGER, L. Evitar os perigos. In: BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995a. p. 379-438.

_____. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995b. p. 123-155.

BULLINGER, M.; ANDERSON, R.; CELLA, D. Developing and an evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, Dordrech, Netherland, v. 2, n. 6, p. 451-459, Dec. 1993.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, EV. *et al.* (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 58-71.

CHEPP, C.C. Estudo transversal da qualidade de vida através da escala WHOQOL-Bref da população octogenária e nonagenária de Siderópolis. (Trabalho de conclusão de curso) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma (SC), 2006.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, out. 2006.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. Repensando o cuidado frente uma sociedade que envelhece. *Saúde Coletiva*, v. 5, n. 20, p. 38, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 4 ago. 2010.

JALUUL, O.; STOPPE JÚNIOR, A. Humor. In: JACOB-FILHO, W.; AMARAL, J.R.G. *Avaliação global do idoso: manual da liga do GAMIA*. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 99-109.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 185, p. 914-919, Sep. 1963.

NERI, A.L. *Palavras-chave em gerontologia*. 2. ed. Campinas: Alínea, 2005.

_____. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, A.L. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea, 2007. p. 13-59.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J.R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 3-12.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. *et al.* (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 72-78.

SILVA, M.A.D. Exercício e qualidade de vida. In: GHORAYEB, N.; BARROS, T. *O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos*. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 261-266.

XAVIER, F.M.F. *et al.* Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 31-39, mar. 2003.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, Amsterdã, Netherland, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, Nov. 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Genebra: WHO, 1997.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Social Science & Medicine*, v. 17, n. 1, p. 37-42, 1982-1983.

Recebido: Maio/2010

Aceito: Julho/2010

Autonomia do paciente odontológico no Hospital Universitário

Autonomy of dentistry patients in the University Hospital

Letícia Rocha Veloso ¹

Monique Pyrrho ²

Ana Cláudia Almeida Machado ³

Evelise Ribeiro Gonçalves ⁴

Volnei Garrafa ⁵

¹ Cirurgiã-dentista; Graduada pela Universidade de Brasília (UnB); Ex-bolsista do Programa de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIC/CNPq).
bioetica@unb.br

² Cirurgiã-Dentista; Especialista em Bioética; Mestre em Ciências da Saúde e Doutoranda em Bioética pela UnB.
monique@unb.br

³ Psicóloga; Especialista em Bioética pela UnB.
naclau@gmail.com

⁴ Cirurgiã-Dentista da Prefeitura Municipal de Florianópolis; Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
eveliserg72@hotmail.com

⁵ Professor Titular; Coordenador da Cátedra Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Bioética da UnB; Membro do *International Bioethics Committee* da UNESCO.
volnei@unb.br

RESUMO O estudo pesquisou se pacientes da Clínica Odontológica de Ensino do Hospital Universitário de Brasília exercem autonomia diante do tratamento oferecido. Aplicou-se um questionário a 53 dos 302 pacientes admitidos em um único mês; cinco deles foram selecionados para entrevistas. Foram identificados, entre outros, os seguintes eixos temáticos: falta de recursos financeiros, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, insegurança/imperícia dos alunos, desinformação sobre riscos. Os pacientes omitem e negam situações de fragilidade; sua participação no estabelecimento dos planos de tratamento e decisões clínicas é mínima e eles não têm noção do direito de acesso à saúde, além de não exercerem sua autonomia.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética; Hospital Universitário; Odontologia; Autonomia

ABSTRACT This study investigated whether patients at Dental Teaching Clinic of the University Hospital of Brasília exercise their autonomy in the possibilities of treatment offered. Questionnaires were applied to 53 out of the 302 patients admitted during a single month; five were selected to take part in the interviews. The study identified: lack of financial resources, difficulty in accessing health services, inexperience of the students, lack of information about risks. The patients tended to deny their situation of fragility; their participation in clinical decisions was minimal, and they had no notion of their right of access to healthcare, besides not exercising their autonomy.

KEYWORDS: Bioethics; University Hospital; Dentistry; Autonomy

INTRODUÇÃO

O atendimento a pacientes em clínicas de ensino constitui uma fase decisiva na formação do profissional em Odontologia. As instituições de ensino, por sua vez, são o alicerce dessa formação, envolvendo educação, pesquisa e assistência odontológica prestada à população por estudantes (HADEN; CATALANOTTO; ALEXANDER, 2003; HOOD, 2009).

Desta prática clínica, no entanto, podem decorrer algumas implicações éticas, dentre elas a motivação para a escolha desta modalidade de atenção e a possível instrumentalização do paciente para o alcance dos objetivos das disciplinas clínicas, contrapondo o imperativo kantiano segundo o qual o homem é sempre um fim em si mesmo e jamais um meio para o alcance de outros fins (KANT, 1991).

A participação do paciente e sua adesão ao tratamento são determinantes para o sucesso dos tratamentos que visam à saúde e à estética, em suas repercussões físicas e psicológicas (RAMOS, 2001). Contudo, a participação do paciente em clínicas odontológicas onde a atenção é gratuita, especialmente nas universidades públicas, não é espontânea ou movida pela melhor possibilidade de atendimento. Geralmente, o paciente procura atendimento público por suas próprias limitações financeiras e também devido ao alto custo do atendimento especializado particular (WATANABE; AGOSTINHO; MOREIRA, 1997). Segundo Gonçalves e Verdi (2007), embora o atendimento oferecido por estas instituições públicas seja financiado pelos impostos pagos pela própria população, é frequente que o paciente encare seu tratamento sob a perspectiva da caridade, o que o faz sentir-se constrangido em questionar o tratamento ou tirar dúvidas. Diante deste problema, Muñoz e Fortes (1998) afirmam que a orientação ao paciente deve surgir primeiramente por parte daquele que o está atendendo (no caso, o es-

tudante, em fase de aprendizado), transpondo-o de uma posição de passividade em relação ao atendimento a uma postura de participação, com opiniões formuladas com base no esclarecimento fornecido pelo profissional. O aluno, previamente informado por seus professores, é a chave da compreensão do paciente em relação ao seu tratamento (GONÇALVES; VERDI, 2005). As informações devem ser transmitidas ao paciente, levando sempre em consideração seu padrão sociocultural e nível de escolaridade, de forma que ele entenda integralmente o que está sendo proposto e se sinta à vontade para expressar seus conflitos, dúvidas e opiniões.

A bioética é uma disciplina que se propõe a analisar e mediar os conflitos morais gerados na aplicação das mais diversas áreas de conhecimento relacionadas às ciências biomédicas e da saúde (GARRAFA, 2003). Dentre várias abordagens teóricas, o Princípioalismo, teoria hegemônica da disciplina e selecionada para referenciar o presente estudo, fundamenta-se em quatro princípios básicos propostos por Beauchamp e Childress (2009): a) A 'autonomia' refere-se às escolhas próprias e autônomas: decisões individuais no cuidado da saúde em especial; diz respeito ao consentimento informado e recusa ao tratamento. Abrange o direito do paciente de saber se está com algum problema, de escolher o tipo de tratamento que deseja ou até mesmo de decidir se irá submeter-se ou não a algum tipo de tratamento proposto; b) A 'beneficência' – *bonum facere* – se relaciona com o dever do profissional de fazer o bem ao paciente, contribuindo para o seu bem-estar e procurando proporcionar sempre o melhor a esse indivíduo temporariamente vulnerável em razão de seus problemas; c) A 'não-maleficência' – *primum non nocere* – tem como ponto principal a afirmação de que, antes de tudo, o profissional não deve infringir nenhum dano ao paciente; d) O princípio da 'justiça', por sua vez, refere-se à equidade na distribuição e alocação dos recursos públicos em saúde, incluindo o tema dos direitos humanos.

A autonomia, um dos princípios desta teoria, refere-se à dimensão da liberdade individual. Segundo esta perspectiva, o sujeito autônomo é capaz de deliberar de acordo com seus desejos e planos, e de agir segundo esta decisão. A aplicação deste princípio nas práticas biomédicas alude ao direito soberano do paciente de decidir livremente sobre o seu tratamento em posse do conhecimento de seu estado e das possibilidades terapêuticas (GARRAFA, 2003).

Esta capacidade de realizar escolhas pode se encontrar restrita, ser definitiva ou temporária em razão de ignorância, doença, depressão, coerção ou condições que restrinjam as opções (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009). Não somente alterações mentais ou patológicas podem restringir a autonomia. Condições sociais, econômicas e culturais determinadas pela pobreza privam os indivíduos de meios estruturais básicos para conceber e realizar seus projetos de vida. A vulnerabilidade decorrente destas condições anula a autonomia individual em suas duas dimensões essenciais: a liberdade de escolha e a qualidade de agente do paciente. Há evidências, por exemplo, de que alguns pacientes nestas condições preferem simplesmente concordar ou discordar dos profissionais que os atendem, ao invés de assumirem uma postura ativa e participante nos seus tratamentos (CHAPPLE *et al.*, 2003).

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) – e especificamente sua Clínica Odontológica – é referência para a Região do Distrito Federal e Entorno Geo-Econômico devido principalmente à gratuidade dos serviços. Estas condições são particularmente atrativas para uma parcela da população originária de extratos socioeconômicos mais baixos, caracterizados pelo histórico de vulnerabilidade. Perante este quadro, o presente estudo teve por objetivo averiguar como ocorre o exercício da autonomia dos pacientes durante os atendimentos realizados na Clínica Odontológica de Ensino do Hospital Universitário da Universidade de Brasília (COE-HUB).

MÉTODOS

O estudo, de caráter qualitativo, teve duas fases de coleta de dados. Inicialmente, o questionário, com perguntas fechadas, foi testado com dez pacientes e devidamente ajustado. Posteriormente, foi aplicado a 53 pacientes (17,6%) escolhidos aleatoriamente – com a definição de boxes ímpares de atendimento na Clínica, no primeiro período da manhã – entre os 301 pacientes que ingressaram no sistema de atenção do HUB no mês de novembro de 2006.

Os questionários, com sete perguntas fechadas além dos dados gerais relacionados com idade, sexo, escolaridade, renda mensal e local de residência, foram aplicados nas dependências do HUB antes do atendimento clínico para que não houvesse constrangimento devido à presença de alunos ou professores. Os participantes eram maiores de idade e consentiram livremente em participar da pesquisa, após serem informados que seria guardado sigilo de suas respostas e de que não haveria qualquer implicação em seu tratamento. A análise estatística dos dados obtidos pelo questionário foi feita por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.0.

Em uma segunda etapa, foram escolhidos entre os respondentes para uma entrevista semiestruturada no próprio HUB, cinco indivíduos que:

[...] no processo de aproximação, contato e aplicação dos questionários mostraram-se mais envolvidos com o tema, com especial capacidade de interpretação dos fatos e, acima de tudo, que demonstraram inquietude frente ao assunto. (SELLI; GARRAFA, 2005, p. 474).

Os critérios de inclusão na amostra foram: ser maior de idade, estar em pleno gozo de suas faculdades

intelectuais e consentir livremente para a participação no estudo.

A primeira pergunta se referia à razão da procura pelo atendimento odontológico. A segunda questionava a informação prévia de que o atendimento seria realizado por estudantes. Posteriormente, o paciente foi consultado a respeito da elaboração de plano de tratamento para seu caso antes da fase terapêutica, buscando-se, ainda, constatação de sua participação ou não do processo de elaboração desse plano. A quarta questão buscava verificar o recebimento e a compreensão das informações sobre a natureza, riscos e benefícios do tratamento oferecido. Nas três questões restantes, averiguou-se a ocorrência ou não de discordância, pelo paciente, do tratamento proposto e seus desdobramentos.

As entrevistas, guiadas por roteiro semiestruturado, foram individuais e agendadas de acordo com a disponibilidade do paciente. As falas foram integralmente gravadas em áudio digital e posteriormente transcritas. As entrevistas seguiram os seguintes eixos temáticos: razão da escolha da instituição; o atendimento por alunos; o início e a duração do tratamento; a participação ou não do paciente no plano de tratamento; sua satisfação com o atendimento; custeio do tratamento; e, por fim, a qualidade das informações proporcionadas.

As transcrições das entrevistas foram submetidas ao método de análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2000). Inicialmente, na fase de pré-análise, o material transcrito passou por uma leitura flutuante. O segundo momento, chamado de exploração do material, consistiu na seleção das unidades textuais, no caso os parágrafos das respostas, e subsequente categorização, ou seja, classificação e agrupamento das unidades textuais de acordo com seu conteúdo. Seguiu-se a inferência e interpretação dos resultados. Depois de transcritas na íntegra, as entrevistas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo categorial (BARDIN, 2000).

RESULTADOS

Parte I: questionário

a) Perfil dos participantes

Responderam ao questionário 53 pacientes atendidos na Clínica de Odontologia do HUB; deles, 39 eram mulheres (73,6%) e 14 eram homens (26,4%). Dos pacientes, 12 tinham entre 18 e 29 anos (22,6%); 25 encontravam-se na faixa de 30 a 49 anos (47,2%); e 16 tinham 50 anos ou mais (30,2 %). Quanto à renda, 39 declararam receber até 2 salários mínimos mensais (73,6%); 8 recebiam entre 2 e 3 (15,1%); 4 recebiam entre 3 e 5 salários mínimos (7,5%); e 2 recebiam entre 5 e 10 salários (3,8%). A respeito da escolaridade, 1 paciente se declarou analfabeto (1,9%); 20 deles iniciaram, sem completar, o ensino fundamental (37,7%); 14 concluíram o ensino fundamental (26,4%); 15 finalizaram o ensino médio (28,3%); e 3 declararam ter concluído o ensino superior (5,7%). Em relação ao local de residência, 5 dos pacientes moravam no Plano Piloto de Brasília (9,5%); 41 residiam nas cidades satélites do Distrito Federal (77,3%); e 7 moravam na Região do Entorno Geoeconômico do DF (13,3%).

Os resultados encontrados no presente estudo caracterizaram a maioria dos pacientes entrevistados como de baixa escolaridade (39,6% não haviam completado sequer o ensino fundamental) e baixa renda (73,6% com renda mensal de até 2 salários mínimos).

O Hospital Universitário é um centro de referência, localizado no Plano Piloto, em posição central e privilegiada de Brasília. No entanto, percebeu-se que apenas 5 pacientes residiam em suas proximidades (9,5%), enquanto 48 deles vinham de locais distantes e periféricos para receber o tratamento (90,5%).

Considerando-se que o atendimento nas clínicas odontológicas universitárias – excetuando-se os servi-

ços de urgência – leva geralmente vários semestres, os entrevistados tinham relativamente pouco tempo de atendimento, sendo que 60,4% referiam menos de seis meses de clínica. Os pacientes com tratamentos de média duração (de 6 meses a um ano) corresponderam a 24,5% dos casos, 5,7% tinham de 1 a 2 anos de tratamento e 9,4% estavam há mais de dois anos em tratamento.

b) Dados do questionário

Quando perguntados a respeito dos motivos que os levaram a procurar o tratamento na clínica odontológica do HUB, 33 referiram a falta de recursos financeiros (62,3%); 14 pacientes escolheram o estabelecimento pela qualidade do tratamento (26,4%); 13 foram indicados por terceiros (24,5%); e 5 apontaram outros motivos para a escolha (9,4%), como o interesse científico dos docentes, proximidade do local de trabalho e de casa e busca por especialidades. Indicaram mais de um motivo para a escolha 10 participantes (18,9%).

Com relação ao questionamento se foram informados que seriam atendidos por estudantes, 39 responderam que sim (73,6%); 12 responderam que não (22,6%); e um não se lembrava (1,9%). Um paciente não respondeu à pergunta.

Foi averiguado, também, se um plano de tratamento havia sido estabelecido após o primeiro atendimento. Para 31 pacientes, esse procedimento foi realizado (58,5%); 15 pacientes responderam que foram atendidos novamente sem que houvesse a preocupação em planejar as ações terapêuticas (28,3%); e 5 deles não lembram (9,4%). Não responderam a esta pergunta 2 entrevistados (3,8%).

Nos casos em que foi estabelecido um plano de tratamento (31 pacientes), questionou-se quem participou de sua definição. Para 2 pacientes (6,5%), somente o aluno determinou o plano de tratamento. Outros dois planos de tratamento foram determinados, por sua vez,

apenas pelos professores (6,5%). Já outros quatro referiram que o aluno e o professor determinaram a sequência terapêutica conjuntamente (12,8%). Os 23 restantes (74,2%) relataram que, após as devidas informações, definiram juntamente com o aluno e o professor o plano de tratamento.

Perguntados sobre o fornecimento de informações a respeito da natureza, riscos e benefícios inerentes ao tratamento oferecido, 40 deles responderam que foram informados sobre estes aspectos (75,5%) e 13 relataram que não receberam informações sobre o tratamento (24,5%). Aqueles que receberam informações disseram que foram por eles compreendidas.

Dos 53 respondentes, apenas dois relataram que alguma vez discordaram do tratamento proposto (3,8%) e um não respondeu à pergunta (1,9%). Em um destes casos em que houve discordância, o tratamento foi levado a termo à revelia do paciente.

Finalmente, ao serem questionados sobre a importância de suas opiniões para o resultado final do tratamento, a totalidade dos pacientes respondeu afirmativamente.

Parte II: entrevistas semiestruturadas

Dentre os pacientes que responderam ao questionário, foram selecionados os cinco indivíduos mais ativos e interessados no tema da presente pesquisa. Foram entrevistados dois homens e três mulheres.

Todos os relatos, quando tomados individualmente, refletiram algumas características particulares de cada paciente; mas o destaque da análise consistiu em identificar o que havia de comum entre eles. Neste sentido, o método de análise de conteúdo de Bardin proporcionou um levantamento dos principais eixos temáticos abordados pelos entrevistados. Foi possível detectar uma convergência de ideias a partir do le-

vantamento de categorias acerca dos seguintes temas listados acima.

Na interpretação das entrevistas, foi possível inferir que os pacientes eram desinformados sobre diversos aspectos do atendimento, como seu quadro clínico e os riscos inerentes ao tratamento proposto, o caráter de ensino da clínica, a origem dos recursos para os atendimentos e a duração prevista do tratamento. Juntamente à falta de recursos financeiros, a desinformação e a falta de compreensão fizeram com que o próprio paciente ora deixasse explícito sentir-se vulnerável, e ora desse a entender que se descuidava de sua própria saúde. Por outro lado, demonstraram desconhecimento sobre seus direitos de cidadania. Dos cinco entrevistados, apenas um tinha noção da responsabilidade constitucional do Estado com relação à saúde das pessoas: “*Está escrito na nossa Constituição que o Estado tem a obrigação de dar saúde para a população.*”

Quanto à qualidade do tratamento, os pacientes demonstraram confiança na qualidade da instituição com base principalmente na habilidade e conhecimento dos professores, mas denunciaram a lentidão, inexperiência, insegurança e imperícia dos alunos. Relataram, também, a dificuldade de acesso aos serviços oferecidos e a falta de resolutividade de seus problemas (demora em terminar o tratamento), além da ausência de integralidade (atendimento completo, em todas as especialidades) nos cuidados de saúde.

Ao expressarem os sentimentos em relação à sua condição de paciente, ora entendiam como importantes e se solidarizavam com a formação dos alunos, ora se sentiam como instrumentos da prática de ensino em detrimento de suas necessidades terapêuticas e de sua dignidade individual. A aparente confusão de sensações também foi identificada quando expressavam a felicidade ao serem beneficiados com uma vaga e a humilhação ao precisarem se submeter à espera na fila de recepção e às condições de tratamento.

DISCUSSÃO

As condições socioeconômicas e culturais dos pacientes da clínica odontológica de ensino do HUB condizem com o que Watanabe, Agostinho e Moreira (1997) encontraram em um estudo mais específico desenvolvido nas clínicas de ensino da Faculdade de Odontologia da USP de Ribeirão Preto. No referido estudo, dos 404 pacientes entrevistados, 91,8% tinham renda *per capita* mensal abaixo de dois salários mínimos, contra 73,6% dos pacientes da amostra de Brasília; e 50,2% não tinham o primeiro grau completo, contra 39,6% no presente estudo.

Ao falar sobre o motivo da procura pelo serviço odontológico no HUB, a condição socioeconômica desfavorável dos pacientes atendidos foi descrita da seguinte forma por um dos entrevistados:

O paciente que tá ali, ele é muito sofrido. Ele é pobre, vem das cidades-satélite, já tá procurando por necessidade, então ele já vem desgastado porque pega ônibus, chega cedo, às vezes marcam às oito da manhã, a pessoa não consegue ser atendida, tem que esperar o período da tarde, nem todos têm dinheiro pra fazer uma refeição e aí ficam lá.

O relato mostra que a condição socioeconômica desfavorável dificulta o acesso dos pacientes aos serviços de saúde e os impede de serem atendidos em suas necessidades (GONÇALVES; VERDI, 2007). A pobreza limita sua autonomia e restringe a liberdade de escolha, impedindo-os de realizarem comparações até mesmo entre os serviços odontológicos oferecidos por uma instituição pública, onde o tratamento é geralmente paliativo e raramente curativo-reparador, com os de estabelecimentos particulares pelo simples fato de que nunca frequentaram tais lugares.

Sabe-se que, no Brasil, até bem pouco tempo atrás, o tratamento odontológico público oferecido aos adultos era preferencialmente paliativo-mutilador, geralmente extrações dentárias. Só mais recentemente o Estado, por meio da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, expandiu a atenção com estratégias de ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), financiados pelo Ministério da Saúde.

Embora 74% dos entrevistados tenham respondido que sabia que seriam atendidos por estudantes, outras respostas mostraram que não era clara a dimensão dos riscos a que poderiam se submeter por estarem participando de um processo de formação de estudantes. A autonomia desses pacientes, portanto, não é completa. De modo geral, apesar de confiar nos estudantes de odontologia e esperar que eles atuassem em nome de sua saúde bucal (GONÇALVES; VERDI, 2007), as respostas mostraram insegurança dos entrevistados frente à inexperiência dos alunos; existe a percepção de que o objetivo do tratamento é o aprendizado e não o restabelecimento da saúde, o que os transforma em meros instrumentos de outros objetivos, invertendo o imperativo kantiano já mencionado. No entanto, o tratamento é aceito pela falta de condições financeiras para a procura de um profissional julgado mais qualificado.

Até em casos em que ocorreu imperícia do aluno, o paciente não desistiu do tratamento:

Aconteceu que, na minha opinião, o primeiro aluno que me atendeu [...] que ele errou o tratamento porque ele não usou vaselina pra fazer o dente provisório. O provisório colou e não saiu mais; aí [...] tirou com a broca, só que tirou em excesso. Aí, ultrapassou a gengiva.

Mesmo assim, ao ser questionado se recomendaria a clínica do HUB, respondeu afirmativamente, demonstrando confiança nos professores:

Porque eu conheço a professora lá, né. Eu sei a capacidade dela. E eu indico muita gente pra lá. Todas as pessoas que eu conheço assim, que têm problema financeiro, que não têm condições de pagar o dentista, eu procuro indicar sempre o hospital.

Ao analisar a autonomia dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de uma universidade federal a partir do ponto de vista dos docentes, evienciou-se que os próprios professores priorizam casos de interesse acadêmico, sobrepondo-se à lista de espera e necessidades do paciente (GONÇALVES; VERDI, 2005).

As distorções éticas ocorridas durante o atendimento são de responsabilidade do professor. A formação ética dos estudantes se dá não somente a partir de aulas teóricas, mas, principalmente, de exemplos práticos concretos na vivência clínica do dia-a-dia.

Embora mais da metade dos pacientes (31) tenham informado que um plano de tratamento foi elaborado na primeira sessão clínica, algumas observações devem ser feitas para que haja uma análise crítica mais aprofundada desta resposta. Inicialmente, foi constatado que a maioria dos pacientes desconhecia o significado do termo, o que pode indicar que o plano não contou com a participação deles, como a maioria informou; ou o que é ainda mais grave, não houve elaboração formal de um planejamento.

A ausência de um plano de tratamento reflete pouco cuidado, tanto com a prática terapêutica sistematizada quanto com a decisão do paciente, já que nestes casos o futuro profissional acaba decidindo na própria sessão clínica o que será feito. Isso pode gerar

confusão e dúvidas, como se pôde constatar nas duas manifestações a seguir:

Ele não especificou o tratamento que ia fazer, se era de todos os dentes ou se era só um dente, né, eu pensei que era todos os dentes, né, mas não, era só um dente específico.

Aí, então se eu soubesse, se eu fosse informada da duração, de quantas sessões que precisava, eu tinha mais confiança, né, se o tratamento tinha ficado bem feito ou não.

Ainda que para 31 pacientes (58,5%) o plano de tratamento tenha sido elaborado, ao menos 23 (43,4%) não tiveram ou participaram do processo de formulação deste, sendo completamente excluídos do processo decisório sobre os procedimentos a serem realizados em seus corpos. A principal razão apontada pelos próprios pacientes foi que a decisão cabia ao dentista e que sua participação na decisão não teria alterado o resultado final. Os cirurgiões dentistas, segundo Torres-Quintana e Romo (2006), são para a sociedade *experts* em conhecimentos elevados e habilidades específicas, comprometidos individual e coletivamente a proporcionarem bem-estar aos seus pacientes, aceitando as normas e obrigações de sua profissão. Isto não significa entender o paciente como o que Hipócrates chama de *in-firmus* – sujeito com ausência tanto de firmeza física quanto moral. Entretanto, em alguns momentos da presente pesquisa, pôde-se evidenciar claramente a passividade do paciente, que se reconhecia incapaz devido ao seu desconhecimento, submetendo-se à decisão do dentista, mesmo que se tratasse de um profissional ainda em formação:

Eu imagino assim, que ele, mesmo sendo aluno, tem que saber o que é que tá fazendo, né, e a

gente tem que confiar. Se ele está aqui é porque já sabe o que é que deve fazer e eu não dava minha opinião porque eu não entendo dessa parte de... eu não entendo.

São frequentes estas demonstrações de que o paciente reconhece e se submete ao poder do conhecimento do profissional (no caso, o estudante de odontologia), o qual, nestes casos, transforma o saber (e o poder) técnico em poder moral, decidindo pelo outro, o que caracteriza uma postura paternalista por parte daquele que atende. Neste sentido, Silva (1997, p. 9) recorda que “o limite da beneficência é a autonomia”.

Apesar de a maioria (40 pacientes) ter relatado que recebeu e compreendeu a informação sobre o procedimento realizado e apenas dois deles alguma vez já terem discordado do procedimento proposto, cabe ainda uma dúvida sobre a real compreensão e anuência destes pacientes. Tal suspeita decorre não somente de seu grau de instrução, mas da própria impossibilidade de concordar com um plano de tratamento sem sequer compreender o seu significado. Neste ponto, provavelmente se destaca o que é chamado de *desejabilidade social*, processo em que o indivíduo responde de forma tendenciosa em pesquisas psicológicas. Os participantes tendem a apresentar respostas consideradas mais aceitáveis ou aprovadas socialmente e a negar sua associação pessoal, com opiniões e comportamentos que seriam desaprovados socialmente (ANASTASI; URBINA, 2000). Os pacientes, no momento do tratamento e também da resposta ao questionário, não se permitiram declarar sua ignorância ou denunciar a negligência do profissional durante o fornecimento de informações. Pareciam não ter noção de seu direito constitucional de acesso à saúde e viam o atendimento como dádiva. Tal comportamento pode também ser relacionado ao que Gonçalves e Verdi (2005) identificam como o resultado de uma posição de quem recebe uma caridade ao ser tratado gratuitamente.

Embora a totalidade dos pacientes tenha declarado que sua opinião era importante para o tratamento, mais uma vez foi identificada a deseabilidade social já mencionada, ao se contrapor o fato de que também afirmam, em momento anterior, que a decisão cabia ao dentista.

Se os questionários podem ser considerados inconclusivos devido a respostas aparentemente contraditórias, possibilitando escassa análise crítica – apesar da clara demonstração de desejo de atenção social pelos pacientes – a análise das entrevistas é contundente na afirmação de que o paciente é vulnerável em diversas dimensões. Os pacientes da presente amostra foram submetidos a uma posição secundária na decisão sobre seu plano de tratamento e estavam desinformados quanto à natureza e duração do tratamento propriamente dito. Este desconhecimento, somado a uma história de pouca instrução, os levam a assumir um papel de passividade na relação e a transferir ao aluno a decisão sobre sua saúde. É marcada a desconfiança do paciente com relação à insegurança, inexperiência e imperícia dos alunos:

Ah, porque até o próprio aluno se mostra inseguro. Porque a gente vê eles conversando, a dúvida deles, então às vezes chega alguém que fala 'ô isso aí eu nunca fiz, eu queria fazer', e então você, poxa, aí será que vai ser em mim o primeiro, eu vou ser o cobaia, e tal, entendeu? Então a gente fica sentido.

Se frente a este quadro os pacientes identificam no professor um merecedor de sua confiança devido ao conhecimento, experiência e habilidade técnica, a eventual ausência deste nas etapas subsequentes do tratamento faz com que os alunos e os próprios pacientes se sintam desassistidos.

Segundo Pellegrino (1990), a autonomia tal como se interpreta hoje tem certas limitações morais e práticas que podem ser reduzidas se vinculadas ao princípio

do respeito à integridade das pessoas. Por integridade da pessoa entende-se o equilíbrio e a harmonia entre as dimensões corporais, psicossociais e intelectuais da existência humana, necessárias ao bom funcionamento do organismo. Para conseguir atendimento completo, os pacientes passam por várias filas de espera; em cada especialidade clínica, eles enfrentam uma fila diferente para dar continuidade ao tratamento.

Sendo assim, além da óbvia necessidade de aperfeiçoamento e agilização do sistema de atenção aos pacientes odontológicos do HUB, falta aos pacientes lá atendidos uma comunhão entre o princípio de autonomia e um atendimento integral, para que a saúde dos mesmos possa ser (re)estabelecida.

A falta de recursos financeiros faz com que os pacientes não possam pagar por outros tipos de serviços, o que, somado à dificuldade de acesso à atenção odontológica, os leva a se submeterem a condições que julgam desfavoráveis e, algumas vezes, humilhantes. A integralidade do tratamento – muito semelhante à integralidade assegurada a todos os cidadãos brasileiros pela Constituição Federal – e a resolutividade de seus problemas são, portanto, também prejudicadas devido à compartimentalização do atendimento nas diversas especialidades.

CONCLUSÕES

Retomando o conceito inicialmente introduzido de autonomia, segundo o qual o indivíduo autônomo é aquele que delibera de acordo com seus desejos e planos e age segundo suas decisões (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009), pode-se concluir que a grande maioria dos pacientes atendidos na clínica odontológica do HUB não exerce esse que é um dos princípios referenciais da Bioética. Sua capacidade de compreensão e deliberação é limitada devido à falta de informação e à dificuldade de acesso a uma educação mais

completa, resultante de negligência do Estado em proporcionar a todos cidadãos este compromisso constitucional. O caráter de agente autônomo desses pacientes também é diminuído, já que, mesmo quando identificam riscos e problemas no atendimento, não podem escolher outro tipo de serviço devido à falta de recursos financeiros. O presente estudo, no entanto, não pode avaliar como esse processo de exercício da autonomia se dá, por exemplo, em clínicas privadas, onde geralmente o nível socioeconômico dos pacientes é diferente.

Esta vulnerabilidade imposta pelas condições socioeconômicas identificadas no estudo limita as opções da população atendida pelas clínicas odontológicas de ensino. Sem poder usufruir do atendimento privado devido aos altos custos e buscando tratamentos de maior complexidade que não são oferecidos pela maioria dos postos de saúde do sistema público (como endodontias, cirurgias periodontais, reabilitações orais ou implantes, entre outros), o paciente se sujeita ao atendimento em uma clínica-escola. A conquista da vaga é então encarada como dádiva em razão da dificuldade de ingresso. Além disso, o não-reconhecimento do papel do Estado como provedor do atendimento demonstra desconhecimento de direitos, enquanto cidadãos, às garantias constitucionais de integralidade e universalidade de acesso aos serviços de saúde. Mesmo ao perceber a inexperiência e insegurança dos alunos, e apesar do receio em relação à qualidade do atendimento, submetem-se a ele pela falta de escolhas gerada pelo baixo poder aquisitivo, permitindo que haja continuidade do tratamento mesmo em casos nos quais o paciente constata imperícia do aluno.

A não-elaboração do plano, por outro lado, reflete desatenção e descuido do profissional em formação e da própria estruturação do processo de ensino-aprendizagem. Nesses casos, o aluno assume uma postura paternalista em relação à participação do paciente no processo decisório, não proporcionando oportunidades para que ele opine e decida sobre seu tratamento. O

próprio paciente abdica de seus direitos, julgando-se incapaz de deliberar e agir. Por não possuir conhecimento técnico-científico, assume uma posição de passividade em relação ao tratamento.

Diante desta falta de autonomia, a conduta correta durante o atendimento deve ser aquela que procura superar as condições que a determinam. A ideia de libertação, a partir da epistemologia de Paulo Freire, refere-se à capacidade do indivíduo de despir-se da sujeição e fragilidade para, assim, desvencilhar-se da submissão (GARRAFA, 2005). Para que isso ocorra, o corpo docente tem grande responsabilidade na construção da competência ética dos futuros odontólogos e da sua postura frente aos pacientes, que vivenciam, mesmo que por um período determinado, a condição de objetos de ensino para os profissionais em formação (GONÇALVES; VERDI, 2007). Assim, cabe aos alunos, orientados por seus professores, 'libertarem' (ou 'empoderarem') os pacientes atendidos para que eles passem a ter capacidade real de deliberação durante a escolha do tratamento, restringindo o caráter limitador da pobreza e da exclusão social.

Para isso, o termo de consentimento livre e informado, a ser assinado pelos pacientes antes do início de qualquer tratamento, não deve ser encarado apenas como um documento legal, mas também como uma ratificação da participação e compreensão do paciente com relação ao que será feito. Ao receber as informações sobre seu tratamento e compreendê-las, o paciente está em posse de ferramentas cidadãs para exercer plenamente a autonomia em suas duas dimensões essenciais: liberdade de escolha e capacidade de ação (SCHOUTEN; HOOGSTRATEN; EIJKMAN, 2003). A adequada conduta clínica e o respeito na relação profissional-paciente, que levam conseqüentemente à construção de um termo de consentimento informado verdadeiramente livre e esclarecido, proporcionam condições concretas para o exercício da real autonomia e para a prática concreta da cidadania pelos indivíduos em uma sociedade livre e verdadeiramente democrática.

AGRADECIMENTOS

O presente projeto foi financiado com bolsa de Iniciação Científica (PIC) proporcionada pelo CNPq. Os autores agradecem também a leitura cuidadosa da Profa. Dra. Nilce Santos de Melo.

REFERÊNCIAS

- ANASTASI, A.; URBINA, S. *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000.
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. *Principles of biomedical ethics*. 6. ed. New York: Oxford University Press, 2009.
- CHAPPLE, H. *et al.* Exploring dental patients' preferred roles in treatment decision-making – a novel approach. *British Dental Journal*, v.194, p. 321-327, 2003.
- GARRAFA, V. Bioética e odontologia. In: KRIEGER, L. (Org.). *Promoção de saúde bucal*. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 495-504.
- GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005.
- GONÇALVES, E.R.; VERDI, M.I.M. A vulnerabilidade e o paciente da clínica odontológica de ensino. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 1, n. 2, p. 195-205, 2005.
- GONÇALVES, E.R.; VERDI, M.I.M. Os problemas éticos no atendimento a paciente na clínica odontológica de ensino. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 755-764, 2007.
- HADEN, N.K.; CATALANOTTO, F.A.; ALEXANDER, C.J. Improving the oral health status of all Americans: roles and responsibilities of academic dental institutions. *Journal of Dental Education*, v. 67, n. 5, p. 563-583, 2003.
- HOOD, J.G. Service-learning in dental education: meeting needs and challenges *Journal of Dental Education*, v. 73, n. 4, p. 454-463, 2009.
- KANT, I. *Lezione di etica*. Roma-Bari: Editori Laterza, 1991.
- MUÑOZ, D.R.; FORTES, P.A.C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Org.). *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.
- PELLEGRINO, E.D. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 108, n. 5-6, p. 379-389, 1990.
- RAMOS, F.B. Como o paciente se sente ao ser atendido por um aluno de Odontologia? *Revista do CROMG*, v. 7, n. 1, p. 10-15, 2001.
- SCHOUTEN, B.C.; HOOGSTRATEN, J.; EIJKMAN, M.A.J. Patient participation during dental consultations: the influence of patients' characteristics and dentists' behavior. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, v. 31, n. 5, p. 368-377, 2003.
- SELLI, L.; GARRAFA, V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico. *Revista de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 473-478, 2005.
- SILVA, F.L. Beneficência e paternalismo. *Medicina - Conselho Federal*, v. 87, p. 8-9, 1997.
- TORRES-QUINTANA, M.A.; ROMO, F. Bioética y ejercicio profesional de la odontología. *Acta Bioethica*, v. 12, n. 1, p. 65-74, 2006.
- WATANABE, M.G.C.; AGOSTINHO, A.M.; MOREIRA, A. Aspectos sócio-econômicos dos pacientes atendidos nas clínicas odontológicas da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, v. 11, n. 2, p. 147-151, 1997.

Recebido: Maio/2010

Aceito: Junho/2010

Percepções de cuidadores de crianças deficientes visuais sobre saúde bucal

Visually impaired children caregivers's perceptions about oral health

Lucimar Aparecida Britto Codato ¹

Natália de Cássia Assolini ²

¹ Docente do Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil da Universidade Estadual de Londrina (UEL); Mestre em Saúde Coletiva pela UEL.

lucimar@sercomtel.com.br

² Cirurgiã-dentista graduada pela UEL.

natyassolini@hotmail.com

RESUMO *Trata-se de estudo qualitativo realizado com cuidadores de crianças com deficiência visual cujo objetivo foi conhecer a visão desses sujeitos sobre saúde bucal, sendo que os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas por roteiro de perguntas, seguida de análise de conteúdo temática. A análise e a interpretação dos dados mostraram que os sujeitos da pesquisa valorizam a saúde bucal, relacionando-a à saúde geral, prevenção de patologias bucais e também à estética pessoal. Hábitos alimentares inadequados foram relacionados ao sentimento de dó da criança, devido às limitações impostas pela deficiência.*

PALAVRAS-CHAVE: *portadores de deficiência visual; cuidadores; saúde bucal; pesquisa qualitativa.*

ABSTRACT *This is a qualitative study conducted with caregivers of visually impaired children aimed to meet the vision of these subjects about oral health, whose data were collected by semi-structured interviews followed by analysis of thematic content. The analysis and interpretation of these data showed that caregivers value the oral health and relate it to general health and prevention of oral diseases and esthetics. Inadequate dietary habits were related to the feeling of pity for the child due to limitations imposed by their disabilities.*

KEYWORDS: *visually impaired persons; caregivers; oral health; qualitative research.*

INTRODUÇÃO

A concepção ampliada do processo saúde-doença é baseada na promoção de saúde, estruturada por meio da vigilância à saúde da população. Portanto, deve ser concebida como um processo de responsabilidade compartilhada, no qual os indivíduos são sujeitos ativos (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

Na Odontologia, a educação em saúde, entendida como prática social e dirigida para a formação de condutas, é uma importante ferramenta quando se almeja a integralidade da atenção (ANTUNES; PERES, 2006).

A infância é o melhor momento para o estabelecimento e incorporação de hábitos saudáveis que podem se estender por toda a vida, pois nessa fase as crianças são mais receptivas a exemplos e ensinamentos dos pais, o que evidencia o importante papel da família na educação em saúde (MARCELINO; PARRILHA, 2007; PUNOSEVAC, 2007; COSTA; SALIBA; MOREIRA, 2002).

A introdução de um novo hábito é muito mais difícil na idade adulta, pois padrões de comportamento aprendidos na infância permanecem fixados profundamente e são resistentes a mudanças.

Por outro lado, também são necessárias ações voltadas à promoção de saúde, que devem estar atreladas às realidades específicas de cada população, considerando-se as crenças, valores, anseios, organização comunitária e práticas relacionadas ao processo saúde-doença. Portanto, tais condutas educativas devem considerar os aspectos sociais e culturais visando garantir a compreensão e o envolvimento da família.

Os portadores de deficiências neuropsicomotoras são mais suscetíveis a necessidades odontológicas que comprometem seriamente os dentes e a função mastigatória, pois, além de não possuírem habilidade satisfatória para promover a higiene bucal, muitas vezes

não permitem que seus cuidadores a realizem (BATISTA *et al.*, 2003).

Nessa parcela da população incluem-se os deficientes visuais que, em função das limitações inerentes à sua condição somática, necessitam de orientações e cuidados especiais relacionados à higienização e ao monitoramento das condições de saúde bucal. É fato que a saúde oral é importante para a saúde geral do indivíduo, para a autoestima e também para a inclusão social. Daí a necessidade da atuação efetiva do cuidador no assessoramento e no desenvolvimento do autocuidado bucal do deficiente visual.

Tratando-se de pacientes especiais, a relação mãe-filho é ainda mais importante porque é necessário que a cuidadora tenha conhecimento dos aspectos que envolvem a natureza da deficiência de seu filho e que seja capacitada não só para convivência diária, mas também para estimulá-lo ao tratamento e à incorporação de hábitos saudáveis.

Porém, conhecimentos e práticas de saúde não são homogêneos, razões que motivaram a realização deste estudo, que teve como objetivo conhecer a visão de cuidadores de deficientes visuais sobre a saúde bucal.

METODOLOGIA

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação prévia pela coordenação do local de pesquisa – Instituto de Instrução e Trabalho para Cegos de Londrina (PR) – em relação à relevância do estudo. Após a anuência do Instituto, foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (parecer 006/09), tendo seguido os critérios definidos na resolução 196/96 do CNS que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Os sujeitos da pesquisa eram cuidadores de crianças cegas da faixa etária de 0 a 12 anos que realizavam atividades no local de pesquisa no mês de maio de 2009, totalizando seis entrevistas, já que houve duas recusas. Todos os cuidadores que participaram do estudo eram as próprias mães das crianças.

O instrumento para coleta de dados foi uma entrevista aberta, na qual a cuidadora falou livremente sobre o assunto proposto, auxiliada por roteiro semiestruturado de questões, que teve a seguinte pergunta norteadora: O que você pensa sobre saúde bucal?

Em seguida, foram lançadas as perguntas adicionais que se adaptaram ao conteúdo manifestado pelos sujeitos de pesquisa, não tendo seguido, portanto, uma sequência uniforme nas entrevistas. Importante ressaltar que todas as questões do roteiro foram abordadas com as entrevistadas de acordo com a dinâmica e singularidade de cada entrevista.

As entrevistas foram realizadas individualmente conforme a preferência e comodidade de cada participante no próprio Instituto, gravadas e transcritas literalmente por uma das pesquisadoras.

Utilizou-se também um caderno de campo. Nele, após cada entrevista, foram registradas sínteses do conteúdo manifestado por cada entrevistada. Essas anotações auxiliaram na conferência das transcrições e também na análise e interpretação de alguns resultados.

Os dados obtidos foram analisados por meio de análise de conteúdo temática (MINAYO, 2000; BAUER; GASKELL, 2003). A análise dos dados foi iniciada por meio da audição e leitura simultânea das transcrições das entrevistas, visando obter maior familiarização do conteúdo manifestado. Essa fase de pré-análise é destinada à organização e sistematização da análise, pois acontece o contato inicial com o texto de onde advêm impressões e orientações para a análise propriamente dita.

Em seguida, realizou-se leitura exaustiva de cada uma das entrevistas e do conjunto delas, ou seja, do *cor-*

pus da pesquisa. O passo seguinte foi o agrupamento dos fragmentos dos textos por temas que emergiram a partir das entrevistas, cujos recortes foram feitos manualmente; nessa conduta, viu-se a oportunidade de familiarização e aprofundamento dos conteúdos manifestados. As entrevistas foram numeradas de 1 a 6, de forma que E1 significa a entrevista da 1ª cuidadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os sujeitos pesquisados, a saúde bucal foi percebida como importante para a saúde geral.

[...] Eu acho muito importante a saúde da boca, ter um sorriso bonito e também pela saúde geral do corpo [...]. (E1).

[...] Eu acho que a saúde bucal é importante porque pode influenciar a saúde geral [...]. (E4).

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo (FREDDO *et al.*, 2008), relacionada a condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas) que possibilitam ao ser humano o exercício das funções de mastigação, deglutição e fonação. É também relacionada à estética, autoestima e à inserção social (GIFT; REDFORT, 1992).

Assim, a saúde bucal é importante na prevenção de afecções sistêmicas não apenas em indivíduos com deficiências de mecanismos de defesa, idosos e imunocomprometidos, mas também em toda a população, o que evidencia a necessidade de atuação interdisciplinar, com abordagem de saúde bucal dentro da integralidade da atenção (ALMEIDA; PIZZIGATTI, 2003).

A valorização da saúde bucal mostrou estar relacionada à estética e ao convívio social:

[...] Eu acho que a saúde bucal é tudo hoje em dia. Tem que estar sempre cuidando, porque é a aparência e andar com os dentes estragados é horrível. E também a pessoa sente vergonha de encontrar com os outros [...]. (E6).

Esse achado aponta a valorização dos dentes, não os limitando somente à função mastigatória, mas relacionando-os à inserção social e à autoestima.

A boa aparência não está somente relacionada à vaidade, mas também a uma necessidade imposta pela sociedade em virtude de um mercado de trabalho competitivo e seletivo. A publicidade e mídia em geral enfatizam o efeito de uma boa aparência em muitas situações cotidianas (AKARSLAN *et al.*, 2009).

Além disso, as estéticas faciais e bucais possuem implicações significativas na socialização do ser humano, influenciando o desenvolvimento psicológico desde a infância até a fase adulta (TUNG; KIYAK, 1998). Logo, os dentes são componentes essenciais da imagem corpórea e podem originar sentimentos que variam de constrangimentos até profunda ansiedade (GOLDSTEIN, 1980).

Segundo Dal Rio, Nicola e Teixeira (2007), a halitose e a aparência escurecida dos dentes têm grande impacto social, pois levam a constrangimentos e inseguranças tanto no convívio social quanto familiar. A preocupação dos adolescentes com a saúde bucal pode estar relacionada à própria aparência pessoal, à sexualidade, ao emprego e à saúde de um modo geral (ELIAS *et al.*, 2001). No nível psicossocial, uma boca sadia garante a manutenção da boa aparência, da expressão e da comunicação interpessoal, fatores importantes para a preservação de autoestima (WEINE, 1997).

Em contraposição à valorização ampliada da saúde bucal, surge o pouco conhecimento da associação entre alimentação e saúde bucal:

[...] Eu não sei explicar pra você, mas a parte do doce pode influenciar a saúde bucal [...]. (E1).

A expressão ‘a parte do doce’ sugere desconhecimento da etiologia e de fatores associados à cárie dentária. Tal fato está relacionado ao pouco conhecimento ou mesmo a mitos relacionados à etiologia da cárie dentária:

[...] Eu acho que dependendo da comida vai prejudicar muito os dentes como os doces, salgadinhos, essas coisas [...]. (E2).

[...] Não comer muito doces e coisas artificiais, né, porque pode prejudicar o esmalte do dente e dar cárie [...]. (E5).

As cuidadoras têm ressalvas a determinados alimentos, principalmente os industrializados, que possuem conservantes em sua composição, acreditando que o consumo de tais produtos pode interferir na saúde dental de seus filhos, evidenciando conhecimento limitado em relação à etiologia da doença cárie. Resultado semelhante foi encontrado por Abreu, Pordeus e Modena (2005), em um estudo sobre saúde bucal com mães do meio rural de Itaúna (MG), que demonstraram certa resistência aos alimentos industrializados por apresentar muita ‘química’, tornando-se perigosos para a saúde bucal.

Esse achado evidencia a necessidade de educação em saúde visando à desmistificação de conceitos. Quando os sujeitos são preparados e informados para participarem do cuidado, há favorecimento da responsabilização, diminuição da ansiedade do paciente durante o tratamento e melhorias na prevenção das doenças bucais (MARCELINO; PARRILHA, 2007).

Para que a ação preventiva se processe integralmente, é essencial que o cuidador tenha conhecimentos básicos sobre saúde, englobando higiene bucal, etiologia

das doenças bucais, influência da dieta alimentar e dos hábitos deletérios, o que favoreceria a extensão dos benefícios aos deficientes visuais. Isso não é tarefa fácil porque a educação em saúde bucal implica aquisição e incorporação de novos conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, e tais atitudes requerem disciplina e abertura para novas práticas, pois estão relacionadas a mudanças de condutas e hábitos em benefício do próprio cuidador e daqueles que dependem de sua atenção.

Por outro lado, os cuidadores muitas vezes não se sentem motivados a monitorar a saúde bucal dos deficientes. Esse fato pode estar associado à relutância por parte dos dentistas em proporcionar tratamento a essa parcela da população, aos altos custos, barreiras arquitetônicas e dificuldade de transporte, além das condições de saúde que podem vir associadas às deficiências, como as cardiopatias que requerem controle de infecções (BIJELLA; BIJELLA, 1990).

Alguns sujeitos da pesquisa, apesar de conhecerem a influência dos doces em relação à saúde bucal, acabam oferecendo esses alimentos aos deficientes visuais:

[...] Eu acho que não é legal ficar dando doce pra a criança porque atrapalha os dentes, mas ele pede e fico com dó e acabo dando o que ele quer [...] (E3).

Deste modo, percebe-se que as limitações físicas do deficiente geram nos sujeitos de pesquisa sentimentos de dó e compaixão, que são compensados por atitudes que possam agradar a criança. Neste achado, os cuidados mostraram-se relegados a segundo plano em relação à higiene bucal, com priorização das condições físicas, mentais, sociais e emocionais.

O desenvolvimento da criança com necessidades especiais pode ser afetado por padrões inadequados de mediação e comportamentos maternos (CUNHA; ENUNO; CANAL, 2006; OLIVEIRA; MARQUES 2005), pois as mães de-

sempenham papel-chave na família em questões de saúde, porque elas muitas vezes determinam e influenciam muitos dos comportamentos que seus filhos adotarão (MENINO, 1995), o que evidencia a importância da atuação efetiva e racional da mãe visando favorecer a incorporação de hábitos saudáveis pelos filhos, sejam eles portadores ou não de necessidades especiais. Porém, é fato que a superação de sentimentos e atitudes negativas é favorecida quando há envolvimento de toda a família, além da mãe, o que favorece o desenvolvimento dos portadores de necessidades especiais em aspectos físicos, afetivos, sociais e intelectuais (FALKENBACK; DREXLER; WERLER, 2008).

Entre os pesquisados, o cuidado com a saúde bucal foi mais relacionado à prevenção das patologias bucais mais conhecidas pela população:

[...] Eu penso que é muito importante para a criança desde pequena aprender a cuidar da saúde bucal para não ter problema futuramente como dor de dente, cárie e até mesmo afta [...]. (E5).

[...] Porque se não cuidar pode causar alguns problemas como mau hálito, cárie, doença na gengiva, essas coisas [...]. (E2).

Desta forma, outros aspectos relacionados à importância do cuidado com a saúde bucal, tais como a qualidade fonética e a preservação da saúde ao longo da vida, não foram reconhecidos pelos sujeitos da pesquisa, o que evidenciou a necessidade de educação em saúde bucal direcionada a esse grupo. Segundo Budtz, Chung e Rapin (2001), a deficiência na função mastigatória de idosos com menos de 20 dentes na cavidade bucal pode provocar desnutrição, problemas de saúde e baixa qualidade de vida.

Outro resultado identificado entre os sujeitos pesquisados foi que a sintomatologia dolorosa causada por problemas bucais pode levar a faltas na escola.

[...] Quando começa a estragar o dente a criança começa a sentir dor, começa a ficar doente e daí falta na escola, perde aula e eu não tenho onde deixar ele. Por isso eu acho melhor prevenir tudo isso antes [...] (E1).

Tal achado pode estar relacionado à valorização da escola como espaço de aprendizagem. Porém, as anotações no caderno de campo apontam que está mais ligado ao fato de que, na escola, há cuidadores responsáveis, o que permite que a mãe desenvolva outras atividades nesse horário. Em decorrência da sobrecarga de atividades inerentes ao cuidador, a permanência do deficiente na escola foi vista como oportunidade e tempo disponível para o desenvolvimento de outras tarefas, fatores esses que evidenciam o estreito relacionamento entre a educação, o social e a saúde.

CONCLUSÕES

Apesar de este estudo ter sido limitado à realidade de um grupo específico de cuidadores, foi possível concluir que, entre os sujeitos pesquisados, a saúde bucal é valorizada, porém hábitos alimentares inadequados e concessões durante o cuidado estiveram presentes e foram relacionados ao sentimento de dó em relação à criança devido às limitações impostas pela deficiência.

REFERÊNCIAS

ABREU, M.H.N.G.; PORDEUS, I.A.; MODENA, C.M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005.

AKARSLAN, Z.Z. et al. Dental esthetic satisfaction, received and desired dental treatments for improvement of esthetics. *Indian Journal of Dental Research*, Ahmedabad, v. 20, n. 2, p. 195-200, 2009.

ALMEIDA, O.P.; PIZZIGATTI, C.M.E. Infecções bucais e doenças sistêmicas. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v.4, n. 60, p. 175-176, 2003.

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BATISTA, C.G. et al. A odontologia e os deficientes visuais. *Jornal Brasileiro de Odonto-psicologia e Odontologia para Pacientes Especiais*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 170-174, 2003.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BIJELLA, M.F.T.B.; BIJELLA, V.T. Educação e prevenção em saúde bucal do pré-escolar. *RGO*, Porto Alegre, v.38, n.6, p. 445-449, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo humanos*. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/docs/resolucoes/reso196.doc>

BUDTZ, J.E.; CHUNG, J.P.; RAPIN, C.H. Nutrition and oral health. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, London, v. 15, n. 6, p. 885-896, 2001.

COSTA, I.C.C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A.S. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. *RPG Revista de Pós-Graduação*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 232-243, 2002.

CUNHA, A.C.B.; ENUNO, S.R.F.; CANAL, C.P.P. Operacionalização de escala para análise de padrão de mediação materna: um estudo com díades mãe-criança com deficiência visual. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 12, n. 3, p. 393-412, 2006.

DAL RIO, A.C.C.; NICOLA, E.M.D.; TEIXEIRA, A.R.F. Halitose: proposta de um protocolo de avaliação. *Revista Brasileira*

de *Otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 73, n. 6, p. 835-842, 2007.

ELIAS, M.S. *et al.* A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 88-95, 2001.

FALKENBACK, A.P.; DREXSLER, G.; WERLER, V.A. relação mãe/criança com deficiência: sentimentos e experiências. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13 (sup.2), p. 2065-2073, 2008.

FREDDO, S.L. *et al.* Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade do sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1991-2000, 2008.

GIFT, H.C.; REDFORD, M. Oral health and the quality of life. *Clinics in Geriatric Medicine*, Philadelphia, v. 8, n. 53, p. 673-683, 1992.

GOLDSTEIN, R.E. *Estética em Odontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

LACERDA, J.T.; TRAEBERT, J.L. *A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família*. Tubarão: Unisul, 2006.

MARCELINO, G; PARRILHA, V.A. Educação em saúde bucal para mães de crianças especiais: um espaço para a prática dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 37-43, 2007.

MENINO, R.T.M. *Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru*: conhecimentos com relação à própria saúde bucal e a da criança. 82f. Tese (Doutorado em Patologia Bucal) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, 1995.

MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

OLIVEIRA, J.P.; MARQUES, S.L. Análise da comunicação verbal e não verbal de crianças com deficiência visual durante a interação com a mãe. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 11, n. 3, p. 409-428, 2005.

PUNOSEVAC, M.P. Evaluación Del Programa de Educación para la salud em el tratamiento estomatológico de mujeres embarazadas em la ciudad de Nis-Serbia. *Rev ADM*, Cidade do México, v. LXIV, n. 5, p. 197-200, 2007.

TUNG, A.W.; KIYAK, H.A. Psychological influences on the timing of orthodontic treatment. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, St. Louis, v. 113, n. 1, p. 29-39, 1998.

WEYNE, S.C. A Construção do paradigma de promoção de saúde: um desafio para as novas gerações. In: KRIGER, L. (Org.). *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 46-57.

Recebido: Fevereiro/2010

Aceito: Abril/2010

O cotidiano familiar de quem vivencia o transtorno mental

The familial routine of those who experience mental disorder

Carolina Santos da Silva ¹

Bernadete Dalmolin ²

¹Terapeuta Ocupacional; Especialista em Intervenções Psicossociais pela Universidade de Passo Fundo (UPF); Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde na linha de pesquisa Atenção Primária à Saúde na UFRGS. carol2s@hotmail.com

² Professora da UPF; Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). berna@upf.br

RESUMO *O propósito deste artigo foi discutir a dinâmica, os significados e as mudanças sentidas e experimentadas na família que vivencia o transtorno mental. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada junto a familiares que participam de um grupo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de um município de médio porte do Estado do Rio Grande do Sul. Destaca-se a importância de reconhecer o investimento dos familiares para, junto com seus membros adoecidos, superarem as barreiras impostas por essa condição humana. A identificação dos distintos movimentos familiares constitui um recurso terapêutico potencial para o trabalho de atenção psicossocial, compartilhando e acolhendo o sofrimento e as incertezas, e dando suporte às novas configurações que se tecem nesse percurso.*

PALAVRAS-CHAVES: *Família; Serviço de saúde mental.*

ABSTRACT *The main purpose of this article was to discuss the dynamics, the meanings and the changes observed and experienced by the family that goes through severe mental disorder. This is a qualitative research conducted with relatives who attend a group at the Psychosocial Attention Center (CAPS II) of a medium-sized city in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. It is important to recognize the investment of the relatives, along with their diseased family members, in overcoming the barriers imposed by this human condition. The identification of the distinct familial movements is constituted by the therapeutic potential resource to the psychosocial attention, sharing and welcoming the suffering and the uncertainties, besides supporting the new configurations weaved on this path.*

KEYWORDS: *Family; Mental health services.*

INTRODUÇÃO

A discussão acerca da loucura no decorrer dos tempos estimulou vários estudos e diversos entendimentos, dependendo da construção social e cultural da época e do território. Sabe-se que foi entendida como algo divino, místico ou como expressão artística, passando pela insanidade – sendo assim, categorizada como doença. Tornou-se, predominantemente um objeto naturalizado, reduzido a alterações biológicas cujos tratamentos foram orientados por uma lógica de apagamento dos sintomas, das diferenças, de um modo de existência do sujeito.

Os locais socialmente reservados aos loucos acompanharam a sua compreensão, passando por um longo percurso que vai da reclusão em instituições asilares à proposta de uma rede de atenção integral à saúde mental diversificada, porosa, democrática, responsável, com base territorial e com ofertas que ajudem as pessoas a conquistarem gradativamente novos patamares de existência subjetiva e de autonomia.

As transformações vão sendo construídas por uma tessitura complexa, mas, seguramente, os modos de pensar e fazer dos profissionais frente ao louco, à loucura, à saúde, à doença, à visão de mundo e de sujeito é que vão definindo e sustentando suas práticas. Foi num contexto conturbado de discussão e necessidade de serviços de saúde mental que pudesse dar vez e voz às pessoas em sofrimento psíquico grave e suas famílias que nasceu, no município em estudo, um espaço que se propunha a construir outros modos de cuidado aberto e comunitário, constituindo o projeto-embrião do atual Centro de Atenção Psicossocial.

O movimento de mudança das práticas de saúde mental do local, a exemplo do que acontecia no estado do RS e do país, foi disparada por trabalhadores de saúde, trazendo a aproximação de usuários, familiares e da comunidade. O novo lugar – institucional e social – foi

se constituindo a partir de 1991 e foi denominado pelos seus frequentadores de ‘Nosso Espaço’. Ao final de 2002, o serviço foi oficialmente credenciado pelo Ministério da Saúde como um Centro de Atenção Psicossocial II, passando a se chamar CAPS Nosso Espaço.

Os desafios de construção e consolidação de uma política inclusiva para aqueles que sofrem psiquicamente são cotidianos. Nesse sentido, não se pode pensar num processo de atenção psicossocial se não houver outros agentes envolvidos e comprometidos com o sujeito que sofre, a exemplo dos familiares. Entende-se que os serviços de saúde são apenas uma parte do processo necessário para a transformação do lugar social de quem vive e convive com o transtorno mental.

No modelo de atenção psiquiátrica tradicional, historicamente, as famílias tiveram pouco envolvimento e apoio no processo de cuidado de seus familiares, em parte pela exclusão a que seus membros foram submetidos, atingindo toda a família na maioria das vezes. Porém, diante da necessidade de Reforma Psiquiátrica, a família é ‘convidada’ a assumir um novo papel, já que no tradicional modelo ela acabava desautorizada, em função de um projeto que não previa suporte terapêutico às famílias para lidarem com a situação do adoecimento e com as suas implicações na vida familiar e social.

Apesar da dificuldade de adesão dos familiares à nova proposta, algumas delas vão se agregando à forma de abordagem promovida pelo CAPS Nosso Espaço, buscando construir referências mais contínuas e sólidas, capazes de oferecer suporte para os distintos momentos da vida. A partir de então, inicia-se um grupo de familiares que se autodenomina ‘Raízes’. Participantes desse grupo foram sujeitos deste estudo que objetivou compreender a dinâmica vivida pelos familiares, os significados do adoecimento psíquico para aqueles que convivem com essa experiência e as mudanças vividas e sentidas pela família no percurso do tratamento. Desta forma, o que se pretende aqui é realizar uma reflexão acerca dessa aproximação,

tomando o enfrentamento dos episódios do adoecimento como parte constitutiva do cotidiano dos sujeitos, de seus familiares e dos trabalhadores de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada no CAPS II de um município de médio porte da região norte do Estado do Rio Grande do Sul, com familiares que frequentam o serviço.

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2006, por meio de uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras, por meio da qual os entrevistados puderam “discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador” (MINAYO, 1996, p. 108).

Os sujeitos entrevistados foram seis familiares de usuários cadastrados no referido serviço e em regime intensivo de tratamento no período da pesquisa. O convite para a pesquisa foi realizado após um encontro do grupo de familiares, quando foi explicado o objetivo do trabalho. A entrevista individual foi realizada no CAPS, gravada e posteriormente transcrita. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (UPF/RS), com registro sob o protocolo de número 833/2005.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os sujeitos do estudo

As famílias são aqui representadas com nomes fictícios: Sara (filha), Mariana (esposa), Camilo (pai), Fabiana, Fernanda e Jussara (mães). Ao aceitarem participar da pesquisa, notou-se a necessidade de socializar

suas trajetórias e ajudar a compor uma reflexão sobre este tema, com intuito de provocar questionamentos sobre esta difícil tarefa do ‘cuidar’.

Os usuários do CAPS, familiares dos sujeitos em questão, estavam em momentos diferentes do tratamento, o que refletiu no resultado do estudo.

Sara, filha de usuária do CAPS, já é mãe e se questiona sobre seu papel tanto como cuidadora da própria mãe como das suas filhas. A esposa, Mariana, sente-se mãe do sujeito doente, que é seu marido, e, por vezes, notamos uma relação fraternal entre eles. O pai, Sr. Camilo, sente-se “quase” a mãe da usuária, pois esta a abandonou, juntamente com a filha, apesar de viverem sobre o mesmo teto. As mães, Fabiana e Fernanda, se separaram dos maridos e criam seus filhos, demonstrando que, apesar das dificuldades, tiveram coragem de enfrentar a situação. Jussara, também mãe, sente-se frágil e vitimizada, e teve de deixar o emprego para auxiliar seu familiar doente.

As famílias e suas dinâmicas diante do sofrimento psíquico

Quando pensamos em família, na maioria das vezes, a primeira ideia que nos ocorre é da família nuclear com papéis familiares tradicionais (pai, mãe, irmão, filho, entre outros). No entanto, esses nem sempre correspondem aos indivíduos que, convencionalmente, são designados como seus depositários pelos laços de sangue, sendo que tais papéis podem ser exercidos por outras configurações, por vezes distante da linhagem genética. Como afirma Osório (1996, p. 21), uma “função contigente, nutricia e protetora nem sempre é exercida pela mãe reprodutora”, mas, conforme contemporiza Wagner (2002), independentemente da estrutura, configuração e contexto, a família é o cenário onde se vivenciam as mais intensas e marcantes vivências, promovendo assim o desenvolvimento de seus membros.

Cada família é singular, tem rotinas, rituais, códigos e crenças, sendo fundamental conhecermos e compreendermos tais pontos para aproximarmos-nos dessa realidade e identificarmos como esses fatores podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros.

Estudos sobre a família no mundo contemporâneo (NEGREIROS; FÉRES-CARNEIRO, 2004; SINGLY, 2007; ANDOLFI, 2002) sinalizam alterações na dinâmica familiar, tais como as novas configurações familiares, as mudanças nos papéis assumidos, tornando as fronteiras de identidades entre os sexos fluidas e permeáveis, com possibilidades plurais de representação, o homem como coadjuvante na criação dos filhos e nas lidas domésticas, a mulher com um papel pelo menos auxiliar quanto à economia da família, a valorização do individualismo, as fragilizações dos vínculos afetivos e o aumento das intervenções do Estado sobre as mesmas.

Apesar das mudanças, Minuchin (1982) refere que as famílias se mantêm sempre conservadoras na medida em que reproduz os movimentos da sociedade, ensinando os seus a se portarem e a escolherem conforme o que consideram adequado e verdadeiro diante da multiplicidade de aspectos históricos e culturais presentes em cada sociedade. Na mesma direção, Singly (2007) destaca que o ponto em comum existente entre a família antiga e a contemporânea consiste em contribuir para a função da reprodução biológica e social da sociedade, e ambas procuram manter e melhorar a posição da família no espaço social de uma geração a outra.

Cooper, em 1989 já trazia a hipótese de que a família funcionava como um sistema, tendo em vista que o paciente identificado é compreendido como “portador de um sintoma para proteger a família”, e essa primeira evidência, se não for compartilhada com os demais membros, pode ser uma forma de manter as interações familiares rígidas e inflexíveis. Quando um membro da família adoece, os demais são afetados direta-

ou indiretamente, pois a rede e os laços afetivos podem enfraquecer, possibilitando uma mudança dos papéis anteriormente exercidos.

Em que pesem as diferentes formas de compreender as famílias na sociedade contemporânea, há de se considerar que essas também são instituições sociais, imperfeitas e, portanto, passíveis de entraves e constrangimentos sociais, no caso que interessa ao nosso tema, de serem elas próprias sede ou fonte de processos geradores de sofrimento.

Se assumirmos que famílias funcionam como sistemas e que são “invenções humanas”, necessitando ser repensadas a cada momento histórico, conforme Horta (2003), talvez sejam abertas perspectivas inovadoras para o trabalho psicossocial, uma vez que é também inegável que os transtornos psíquicos, sejam quais forem, são potencialmente geradores de sofrimento e/ou modificadores dos papéis neste sistema, especialmente quando se envolve diretamente com o cuidado, conforme refere Sara: “Eu acho, assim, que o doente não é só o paciente, a família adoece junto e sofre, sofre.”

Pensar cada membro da família em seus diferentes âmbitos de pertencimento pode possibilitar a descoberta de outras experiências e a revisão de situações e alívio da dor. Segundo Andolfi *et al.* (1989), numa abordagem sistêmica, sintomas, sofrimentos e loucura não são encarados como perturbações mentais inerentes aos indivíduos, mas como sinal de uma perturbação mais ampla que afeta e é afetada por outros fatores que envolvem a família e o contexto social em que ele apareceu. No entanto, o que observamos nessas famílias é que há (principalmente) um membro que se “ocupa” do cuidado com o sujeito doente, sobrecarregando-se e, muitas vezes, tendo de rever os seus planos de vida.

O pai nunca tá em casa, sempre tá trabalhando fora, quem convive mais com ele sou eu. E o

que a gente pôde fazer neste tempo todo, a gente fez. (Jussara)

Não me considero o que atende melhor, mas tô sempre presente. (Camilo)

A irmã dele morava bem do lado da nossa casa e ela só ia visitar. Eu me virei sempre sozinha e isso me ajudou a ficar esgotada, com dor de cabeça, muita dor de cabeça que eu tinha, forte. (Mariana)

Poderíamos nos questionar como se dão as ‘escolhas’ (ou ‘não-escolhas’) de quem cuida? Por que alguns se poupam e os outros, a seu modo, cuidam quase heroicamente, frente aos tantos obstáculos que encontram até mesmo na própria família? Sem a pretensão de responder, talvez seja necessário não naturalizar determinados mandatos que são colocados no seio familiar, levando a ‘esgotamentos’ e, possivelmente, à manutenção do sofrimento.

Sara fala da sua mágoa de filha que ficava à espera do aconchego desse lugar, mas estava diante de uma mãe que não conseguia corresponder:

É muito difícil falar sobre esse assunto sem a gente se emocionar, porque fala nas emoções da gente mais profundas. Eu acho que é bom falar sobre isso, só que hoje a gente tá tentando se reaproximar e dar amor pra ela, só que ao mesmo tempo parece que o lado bom e ruim da gente fica brigando dentro da gente, a gente não sabe as emoções, o que a gente tem que sentir por ela. (...) Eu sempre tive carência. Até esse assunto é muito delicado pra mim (chora). Eu sempre só quis amor, que ela não podia me dar. Então, ela não consegue assim dar amor e carinho, e receber amor e carinho. Então ela se

excluí, ela se excluiu da nossa família. (Sara, grifo nosso).

O transtorno mental de uma mãe abala, frequentemente de forma intensa, seus filhos que, no lugar de continente, de exercer sua função de proteção e preparação desses para o mundo, veem escancarada toda a fragilidade e a dor de ter que enfrentar um ‘estranho’ produzido por essa condição humana.

Os depoimentos ainda revelam outros desmoronamentos provocados pelo adoecimento, levando-os a adotar novos hábitos na tentativa de manter um ordenamento e uma reorganização possível:

A gente deixou de fazer praticamente tudo, a gente deixou de receber visita em casa, a gente não sai de casa pra não deixar ele sozinho. Porque, daí, ele sai, deixa casa aberta, sai pra rua (...). Nesses anos todos, nós abrimos mão de muita, muita, muita coisa, de comprar uma roupa, um móvel pra dentro de casa porque ele quebrou tudo. A gente não tem mais nada inteiro dentro de casa e vamos ficar com o que temos. Porque, daí, vai comprar hoje pra quebrar amanhã. (Jussara)

O adoecimento provoca abalos e desestabilização na dinâmica familiar, por vezes mais circunscritos em certos membros. Nas estruturas sadias, os papéis flutuam e as experiências se misturam, porém notamos que nas estruturações familiares em questão há certa estagnação de papéis, o sujeito doente passa a ser o depositário das ansiedades da família, conceito que Pichon (1988) analisa em *O Processo Grupal*. Essa ótica nos dá um indicativo de que os demais membros podem não estar sendo suficientemente trabalhados e o sintoma de fato fica como uma ‘solução protetora’ da família. Intervir nesse contexto implica pensar na atenção às famílias por nossas instituições,

buscando mudanças significativas nas formas de olhar, de compreender e de intervir nos problemas apresentados, construindo e desconstruindo concepções e lugares sociais antes e depois do adoecimento, o que constitui o primeiro passo para a análise e problematização do processo em que estamos inseridos.

Significado do adoecimento para os familiares

Quando uma pessoa adoce, causa um impacto na família, a expectativa de sucesso na vida é rompida e os familiares, juntamente com o sujeito doente, passam a ter uma imagem muito negativa de si. Colvero, Ide e Rolim (2004) falam da representação do processo de objetivação do familiar doente mental como aquele que é – o diferente – que faz coisas que os outros, ditos normais, não fazem. Esse conceito vai se materializando por meio de repetidas comparações entre o tempo da saúde e o tempo da doença, esta última identificada pelos aspectos negativos impostos pelos comportamentos que despertam o estranhamento e o desconforto. Como ressignificar esta imagem? Essas famílias passam por diversos sentimentos, desde o não saber o que fazer até a revolta de ver o seu familiar se transformando em um “outro” que já não mais se sintoniza, nem responde àquilo que foi construído e pactuado no âmbito familiar.

Quer dizer, ao invés da gente pensar de maneira diferente, a gente vai pensar que tudo induz a gente a não gostar da pessoa. Sabe? Porque dá a impressão que a pessoa não se ajudou, não fez nada por ela, destruiu ainda os outros, e ainda por cima no final sempre precisa que a gente tenha força, que a gente tenha dinheiro, tempo disponível, paciência, tudo, pra poder recomençar, tratar, escutar, entender, participar das coisas, pra poder saber o que aconteceu com ela, o que ela tem. (Sara).

Quantas vezes nós, técnicos, criticamos, mesmo sem verbalizar, os familiares que chegavam até nós solicitando uma internação psiquiátrica para poderem descansar? Quantas vezes nós emudecemos frente a um desabafo do cuidador, revelando intransigência ou resistência frente ao sujeito doente? Mas, ao aproximarmos-nos mais da situação vivida por esses familiares, percebemos uma relação que está sendo engaçada e que necessita de suporte:

Tem horas que a gente quer ser bom pra ela, e tem horas que tem uma revolta que a gente não quer nem ver ela na frente, só que a gente tem que controlar isso. (Sara)

Os familiares sentem-se aprisionados pelo problema, culpabilizados e vitimizados, entrando numa espécie de círculo vicioso cuja única solução conhecida para o alívio de tamanha sobrecarga é a internação psiquiátrica. Que fatores poderiam estar contribuindo para essa decisão? A falta de informação sobre o funcionamento dos serviços de saúde (onde está a rede de saúde mental?), um suporte mais consistente que consiga fazer outras ofertas ao sujeito e seus familiares? A manutenção de um circuito psiquiátrico (internação-alta-internação), ou todos esses fatores associados?

E o que teve no alcance da gente, a gente fez: psicólogo, médico e medicação. Mas só que ele não aceita o problema, se ele aceitasse ele estaria bem controlado. (Jussara).

Eu fiz o que tava no meu alcance; eu fiz e vou continuar fazendo, além de dar carinho e atenção. Deixei de trabalhar dois dias por semana pra ficar com ela. “Deixei de ir a muitos lugares e sair, até tive um namorado, mas desisti porque eu saía pensando nela. (Fernanda).

Bandeira *et al.* (2005), em estudo que buscou adaptar uma escala para o Brasil a fim de avaliar a sobrecarga de familiares dos pacientes psiquiátricos, discutem as experiências negativas resultantes do adoecimento mental no âmbito familiar e levantam uma discussão sobre a necessidade de se conhecer melhor quais dimensões são mais afetadas e quais fatores estão associados. Na discussão dos autores, estudos desta natureza possibilitariam elaborar programas de intervenção e apoio para aumentar o conhecimento e o manejo desses familiares com os seus, atenuando esses efeitos e contribuindo para o tratamento dos pacientes.

Tanto no grupo para familiares quanto nos depoimentos aparece a necessidade de dividir a carga. Percebe-se que, muitas vezes, familiares e usuários depositam no CAPS esta esperança, porque com frequência não encontram neles mesmos, nem em outro membro da família ou serviço de saúde, a possibilidade de repensar e ressignificar essa experiência e os seus significados:

E quando ele se acha assim louco, extraviado, daí quer vir pro CAPS, eu hoje vou pro CAPS. Às vezes, é domingo e ele quer ir pro CAPS. (...) No CAPS, ele é bem atendido porque eu não tenho tempo de cuidar dele e, às vezes, eu chego e ele já tá limpinho, já tomou o remédio e já está em casa. (Fabiana, grifo nosso).

Eu me sinto sozinha, a gente tem um pouquinho de apoio no CAPS, com o pessoal daqui, mas quanto ao resto eu me sinto sozinha. Às vezes as pessoas se negam até a dar um telefonema lá pra casa, pra evitar que ele atenda ou coisa assim. (Jussara).

O esgotamento pode gerar este adoecimento familiar e surge o desejo de fuga seguido da vontade de se afastar do sujeito doente. Em contrapartida, surge a

culpa, tornando difícil escapar dos efeitos aterrorizantes “dessa percepção negativa e estigmatizante relacionada à doença mental”. Melman (2001) afirma, ainda, que essa situação “corrói a auto-estima e a auto-confiança das pessoas envolvidas, roubando uma parcela importante de suas potencialidades e das oportunidades de suas vidas.” Sara também elucida com seu depoimento:

É uma doença assim, pode destruir, destrói uma família, destrói, destrói. Porque, assim, são poucos que juntam seus caquinhos e conseguem se manter, manter sua dignidade, manter sua personalidade e ser uma pessoa boa. (Sara).

Ainda que as pessoas busquem mecanismos próprios para superar as adversidades, nossos sujeitos ainda nos mostram as dimensões simbólica e cultural do adoecimento, especialmente pelo desconhecimento da existência desse sofrimento no cotidiano das famílias:

(...) é difícil pra mim me reaproximar dela e ser cobrada da sociedade, das pessoas que não conhecem a história, que geralmente os vilões são a família que abandonou, família que não quer saber, coitadinho do velhinho, coitadinho. Só que não sabem a bagagem lá atrás, tudo o que as pessoas passaram, que as pessoas fizeram, como elas eram. É uma consequência, eu não sei, se a culpa é de alguém, não é de ninguém de repente (Sara).

A gente, às vezes, não consegue entender a doença do menino, que nós somos da família, imagina os vizinhos que tem preconceito assim, chamam de louquinho e ficam. Né? Isso aí acarreta mais revolta, porque ele sabe que os vizinhos tratam ele dessa maneira. Parente; também têm certos parentes que não conseguem

entender, às vezes eles pensam que eu to inventando. (Jussara)

Durante o longo e sinuoso percurso do adoecimento e da assistência (ou não) recebida, os familiares vão dando a dimensão desse sofrimento humano e a importância de repensar o processo de Reforma Psiquiátrica que traz na sua essência o desafio de mudanças, tanto no campo conceitual e da atenção à saúde quanto no campo político e sociocultural. Nessa direção, é fundamental construirmos planos terapêuticos singularizados, respeitando as peculiaridades do sujeito e de sua família, mas também é nosso desafio ajudarmos as pessoas que vivem e sofrem psiquicamente a encontrarem novos significados e sentidos para suas vidas. Nas palavras de Melman (2001), “(...) as intervenções familiares podem estimular experiências e práticas para buscar outras maneiras de ver e viver a vida.”

As raízes como potencializadoras na atenção psicossocial

Escolhido pelos primeiros integrantes deste espaço, o nome traz um significado que, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2005), quer dizer princípio, origem ou base. Talvez essa denominação possa significar a possibilidade de crescer e se fortalecer.

Está em tempo de compartilharmos os saberes teórico e prático e de desenvolvermos uma prática clínica mais enlaçada com o cotidiano das famílias e mais consciente do que ocorre no contexto socio-cultural no qual nos inserimos todos. Talvez assim possamos pensar nas ‘raízes’ como potencializadoras, seja essa raiz a família e suas inter-relações, o grupo de familiares ou suas redes sociais mais amplas. Essa potência aparece em pequenos analisadores, como o que nos mostra uma mãe relatando sua angústia ao chegar em casa após um dia de trabalho e encontrar o filho em sofrimento.

Acho que ele quer achar uma solução para ele. Daí ele diz: mãe eu to louco, né? Daí eu digo: não você não é louco meu filho, você é normal, você é bonito, cheio de saúde. Eu procuro sempre envolver sempre coisas boas. (Fabiana)

Daí eu chegava em casa, ela se acalmava, porque tinha alguém com ela e tal, daí eu conversava com ela e dizia não tu tem que te acalmar, não é assim. Tá certo que tu pense que existe o que tu pensa, digo, mas não é nada disso, a gente tá aqui pra te ajudar. (Fernanda)

Percebe-se que os papéis, assim como as funções e as expectativas dos familiares, necessitam ser ressignificados; assim, negociar passa a ser uma estratégia fundamental na família.. O enfrentamento das dificuldades produz saber e possibilidades, mas também contradições e ambivalências:

Eu acredito que seja tipo uma segunda chance, mesmo ela sendo doente, pra gente se reaproximar. Ficar sempre atento, pra levar num médico, leva ela aqui, leva ali. Eu acho que pelo menos os irmãos que se dispuseram fazer isso. Claro que sempre dá aqueles atritos, né? Um acha que tá fazendo um pouco mais que o outro, mas, cada um faz na medida do possível e se esforça pra ajudar ela. Hoje, eu acredito que não é o máximo o que eu tô fazendo por ela, isso que eu tô fazendo deve ser o mínimo que um filho pode fazer por uma mãe. Mas, hoje o que eu posso dar, que eu posso contribuir, é isso, eu não tenho, assim, de repente se a situação fosse totalmente diferente, que eu tivesse recebido amor incondicionalmente dela. (Sara)

Num universo tão amplo, há infinitas possibilidades. No entanto, é importante que possamos considerar que, embora seja desejável que a família proteja, ampare e prepare as pessoas para o enfrentamento cotidiano dos seus problemas, não funciona sempre assim. Muitas vezes, as famílias não conseguem conviver e lidar com a situação do adoecimento, vivendo situações de profundos conflitos que atravessam gerações, pais absolutamente rígidos e incapazes de se deslocarem da rota prevista para acompanhar ou apoiar os filhos amargurados e distantes, dentre tantos outros adjetivos que poderíamos elencar.

Estabelecemos algum critério de saúde através da comparação dos nossos modelos internalizados. Sabemos que devemos ter o maior cuidado em determinar o que julgamos adequado e saudável apenas a partir da nossa experiência, mas também não conseguimos chegar a algum parâmetro sem trazer nossa vivência. Ao constatarmos que não somos “donos da verdade” já estabelecemos fronteiras sadias nesta reflexão.

Sara e Camilo declaram seus entendimentos sobre o processo de tratamento:

Ela se trata aqui, no CAPS; ela tem um bom acompanhamento, então ela conseguiu, parece assim, trabalhar um pouco e se reaproximar de nós. (...) Hoje a gente tá tentando se reaproximar e dar amor pra ela. (Sara)

Aceitar o atendimento dos profissionais do CAPS, evitando a baixa, porque é muito complicada a baixa pra ela. Não resolve quase nada. Porque o neurologista só faz a visita dele, não é aquele acompanhamento de afeto que ela precisa. A gente não foi criado assim com muito afeto pra poder dar. (Camilo)

Percebe-se o esforço de investimento dos familiares para que os seus possam superar as barreiras por vezes

tão difíceis, mas como raízes, vão procurando terrenos férteis que ainda possibilitem abastecer-se com os substratos necessários, nutrindo novos processos de subjetivação capazes de revitalizar suas vidas. Assim como os rizomas descritos por Deleuze e Guatarri (1995), que não começam nem terminam, eles se encontram sempre no meio, entre as coisas, *inter-ser, intermezzo*, formando alianças para sobreviver à adversidade, a família também luta para criar novas possibilidades de significar sua existência diante da situação do transtorno mental. Acreditamos que os serviços podem constituir uma dessas tramas que potencializam e disparam para outras direções produtoras de vida.

Apontamentos finais

A família, através dos tempos, vive experiências muito diversas, tendo que se repensar, se reconstituir e, muitas vezes, buscar novos sentidos para a sua existência, a exemplo de determinadas raízes que transpõem obstáculos, conectam-se com a diversidade e constroem novas direções e possibilidades.

A oportunidade de aprofundarmos questões da prática terapêutica elucidou o universo das famílias que é marcado por dificuldades diversas e barreiras impostas por essa condição humana que estabelece verdades e condutas *a priori*.

O Grupo Raízes valida a competência da família e de suas redes, assim como da estratégia do grupo multifamiliar, acrescentando nas relações interações potencializadoras de cuidados mútuos desdobres de conhecimentos das experiências vivenciadas e, especialmente, da produção e ressignificação de si mesmos.

O CAPS pode ser o semeador da ideia de cuidar em liberdade, mas para isso precisa também questionar o seu ‘saber fazer’, incluindo o questionamento, a inquietação, a dimensão singular de cada família sem perder a dimensão ampla do contexto. A identificação

dos distintos movimentos familiares constitui um recurso terapêutico potencial para o trabalho de atenção psicossocial, compartilhando e acolhendo o sofrimento, as incertezas e dando suporte às novas configurações que se tecem nesse percurso. Olhar para esses aspectos representa ajudar pessoas a ressignificarem suas histórias, protagonizarem e redefinirem seus projetos terapêuticos numa ampla rede social e solidária.

A identificação dos distintos movimentos familiares constitui um recurso terapêutico potencial para o trabalho de atenção psicossocial, compartilhando e acolhendo o sofrimento e as incertezas, e dando suporte às novas configurações que se tecem nesse percurso.

REFERÊNCIAS

- ANDOLFI, M. *A crise do casal: uma perspectiva sistêmico-relacional*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.
- ANDOLFI, M. *et al. Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia familiar*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BANDEIRA, M. *et al. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR)*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.
- COLVEROL, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.
- COOPER, D. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. Tradução Regina Schnaiderman. São Paulo: Editora Perspectiva, 1989.
- FERREIRA, A.B. de H. *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. 6ª edição revista e atualizada. Curitiba: Positivo, 2005.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs*. São Paulo: Editora 34, 1995. Vol. 1.
- HORTA, R.L. As famílias e as drogas na contemporaneidade. In: GUARESCHI, P. *et al. Psicologia questões contemporâneas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 57-78.
- MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. 2ª ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.
- MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO, 1996.
- MINUCHIN, S. *Famílias funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- NEGREIROS, T.C. de G.M.; FERES-CARNEIRO, T. Masculino e feminino na família contemporânea. *Estudos e Pesquisas em Psicologia [on-line]*, v. 4, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000100004-&lng=es&nrm=iso>. Acesso: 1º out. 2010.
- OSÓRIO, L.C. *Família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- PICHON, E.R. *O processo grupal*. Tradução Marco Aurélio Fernandes Velloso. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- SINGLY, F. de. *Sociologia da família contemporânea*. Tradução Clarice Ehlers Peixoto. Rio de Janeiro: Editora FGV (Família, geração & cultura), 2007.
- WAGNER, A. (Coord.). *Família em cena: tramas, dramas e transformações*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

Recebido: Abril/2008

Aceito: Maio/2010

A integralidade em saúde e a formação em Psicologia: reflexões sobre a prática clínica do psicólogo no contexto do SUS

The integrality in health and the formation in Psychology: reflections on the clinical practice of the psychologist in the context of SUS

Ana Vicentina Santiago de Souza ¹

Ana Cleide Guedes Moreira ²

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira ³

¹ Administradora; Sanitarista; Professora de cursos de graduação da área da saúde; Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA), pertencente ao quadro do Ministério da Saúde.
anavicentina@gmail.com

² Psicóloga; Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); Coordenadora do Programa de Pós-graduação (Mestrado) em Psicologia da UFPA.
acleide@uol.com.br

³ Psicólogo; Doutor em Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ/ENSP) do Rio de Janeiro; Professor do Programa de Pós-Graduação e da Faculdade de Psicologia da UFPA.
ptarso@ufpa.br

RESUMO Este artigo é uma síntese do projeto de pesquisa de Mestrado em Psicologia na Universidade Federal do Pará, cujo objetivo consistiu em analisar a prática clínica do psicólogo na relação ensino-serviço dentro da instituição hospitalar sob a perspectiva da integralidade em saúde. Produto de investigação bibliográfica e da experiência no campo da Saúde Pública, o trabalho centra foco no levantamento do cotidiano das relações dos docentes e discentes e das necessidades dos serviços e demandas dos usuários no Hospital Universitário João de Barros Barreto, em Belém, Pará, e parte de uma constatação inicial de que a formação de pessoal na área, em particular do psicólogo, ainda se encontra distante do debate e da formulação da política pública de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Integralidade; Ensino-Serviço; Formação de Recursos Humanos; Subjetividade; Psicologia.

ABSTRACT This article is a synthesis of research project of Masters in Psychology of the Universidade Federal do Pará, whose objective consisted of an analysis of the clinical practice of the psychologist regarding the relation teaching-service at the hospital under the perspective of integrality in health. Product of bibliographical inquiry and of the experience in Public Health, this paper focuses on the survey of the everyday relations established between professors and students, and of the necessities of the services and users' demands at the Hospital João de Barros Barreto, in Belém, (PA), Brazil, as well as part of an initial verification that the formation of staff in this field, particularly the psychologist, is still excluded from the debate and the building of the public health policy.

KEYWORDS: Integrality; Teaching-Service; Human resources formation; Subjectivity; Psychology.

INTRODUÇÃO

Construindo o objeto da integralidade em saúde

A integralidade em saúde é definida, na atual Constituição Federal, como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, atendimento integral, com atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Segundo Mattos (2006), a integralidade pode também ser compreendida como acesso, cuidado, acolhimento, participação, política, terapêutica não-convencional, 'gestão de sistemas e ensino', sempre na perspectiva de buscar compreender e praticar de forma eficaz as ações de saúde de modo integral.

Alguns interesses surgem ao se relacionar a integralidade em saúde e a Psicologia, quando se pensa uma psicologia que não precisa do enquadramento limitador de um consultório, mas, ao contrário, tem como campo de atuação a própria realidade em que está inserida, detendo, por isso, uma visão mais ampla dos conceitos de saúde, em que a subjetividade e a intersubjetividade estão imbricadas no processo de trabalho em saúde (OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

A Psicologia faz parte do rol das disciplinas consideradas inerentes à formação do profissional de saúde, tendo a Associação Brasileira de Educação em Psicologia recomendado, durante a realização do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde, em 2006, pensar a saúde como um fenômeno complexo, de produção social e, portanto, pertinente a todos os cenários de atuação do psicólogo e não restrito àqueles que trabalham diretamente no setor saúde.

No Brasil, adotou-se uma definição de integralidade em saúde ao se vincularem ações preventivas com ações curativas nos Serviços de Atenção Básica. Para Mattos (2004), entretanto, uma coisa é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de

saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, outra, igualmente importante, é defender que em qualquer nível de atenção deve existir uma articulação entre a lógica da prevenção e a da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de um sujeito que produz subjetividades. E estas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica de escuta e conversação. Como nos diz Dejours (2004, p. 29), "A subjetividade só se experimenta na singularidade irreduzível de uma encarnação, de um corpo particular e de uma corporeidade absolutamente única". É a relação entre sujeitos. Assim, é possível problematizar que a Psicologia se relaciona com o campo da integralidade porque as práticas em saúde, sob o ponto de vista da integralidade, serão sempre intersubjetivas, pois os profissionais de saúde interagem com sujeitos e não com objetos, como comenta Mattos (2004).

É certo que os profissionais detêm vastos conhecimentos sobre doenças e os sofrimentos por elas causados, bem como sobre ações capazes de intervir, em algum grau, sobre o "modo de andar a vida", numa expressão utilizada por Canguilhem (2006) quando se refere às consequências causadas pelo adoecimento das pessoas nos contextos de suas vivências e valores. Mas, na perspectiva da integralidade, tais conhecimentos podem ser insuficientes, sob o risco de se reduzir o sujeito à doença que lhe provoca o sofrimento. Para se manter o exercício da intersubjetividade, além do 'domínio' sobre as doenças, há que se ter ainda o conhecimento sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de atenção, na busca pela promoção da saúde, aqui colocada como uma experiência subjetiva, considerados os traços socioculturais internalizados ao longo dos tempos, e a constatação de que as pessoas sofrem e buscam cuidados.

Ao buscar o diálogo sobre a noção de integralidade em saúde na formação do psicólogo, analisa-se: a psicologia está mais próxima da relação integral? A

prática clínica na relação ensino-serviço é um espaço de produção da integralidade? Segundo dados do Estágio no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HU-JBB), desde o início da década de 1990 o tratamento psicológico aos pacientes internados nas enfermarias é oferecido por profissionais de serviços, professores e alunos do Departamento de Psicologia Social e Escolar da UFPA. Os pacientes, ao receberem alta hospitalar, são encaminhados ao atendimento ambulatorial do HUJBB. Durante o estágio, realizam-se atividades no Ambulatório do Programa de Endocrinologia e Diabetes, no Programa de Assistência Domiciliar do hospital, no Setor de Internação do Serviço de Infecologia e Clínica Médica, além de ações junto à ONG Associação dos Amigos do Barros Barreto e no Projeto de Pesquisa “Modo de constituição da subjetividade na clínica da melancolia” (MOREIRA, 2006, p.21). O estágio se propõe a preparar o profissional psicólogo, por meio do ensino-serviço-comunidade, para a terapêutica e para a intervenção e pesquisa na área institucional e em movimentos sociais.

É importante reconhecer o muito que há para se aprender com o acúmulo dos vários saberes da Psicologia na construção do SUS – entre suas diretrizes nacionais curriculares (BRASIL, 2007), consta “a compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais”; assim como se constata que a disciplina, segundo avaliação do Conselho Federal de Psicologia (BRASIL, 2006), é imbatível na abordagem das dimensões da subjetividade – e as experiências de saúde e doença, vale reforçar, são profundamente marcadas por dimensões subjetivas.

No entanto, segundo afirma Dimenstein (2006), é necessário revisitar o campo da prática da Psicologia e de seus desenhos curriculares no contexto do atual sistema de saúde brasileiro, como aprendiz, construindo redes de outros saberes, produzindo escutas-intervenções

que alarguem os sentidos e as possibilidades de criação e transformação do cotidiano, e evidenciando a missão do psicólogo na Saúde Pública. A abordagem aqui proposta abre a possibilidade de contribuir com a discussão da formação desse profissional pela UFPA de forma articulada ao processo de implementação da integralidade na atenção à saúde.

BREVE PANORAMA SOBRE A INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Os avanços tecnológicos, políticos e sociais obtidos na área da saúde ao longo dos últimos anos, responsáveis por mudanças significativas na forma de cuidar do bem-estar físico e mental, possibilitaram, no Brasil, o reconhecimento do direito à saúde como um bem universal, fundamento da garantia de cidadania. Mesmo assim, os modos de exercitar esses cuidados, nos níveis individual e institucional, ainda transitam num processo demorado de transformações para uma etapa mais desejável de melhores níveis de saúde da sociedade.

Essas transformações caracterizam um momento de transição de modelos: da assistência médico-curativa, fundamentada na recuperação de doentes como forma de se chegar à saúde e na concepção de um alcance coletivo por meio da soma das assistências individuais, tendo, portanto, o profissional como centro, para uma atenção integral à saúde, em que se expande o enfoque do modelo atual por uma abordagem ampliada da saúde do sujeito/usuário, em suas dimensões biopsicossociais, intervindo nos diversos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença com vistas às necessidades individuais e coletivas de saúde da população.

Na prática, isso corresponde à alteração de um sistema estruturado nos anos de 1970, com base no INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica

e Previdência Social), de um lado, responsável pelas ações assistenciais destinadas à demanda espontânea para populações seguradas pelo Instituto e, de outro, o Ministério da Saúde, voltado à atenção primária e às necessidades da Saúde Pública para o restante da população, sem vínculo empregatício. A criação do SUS, em 1988, modificou esse arranjo institucional, mas não transformou necessariamente as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência.

Como toda experiência de transição, passou-se a conviver com duas realidades contrapostas. A estrutura e os procedimentos do modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica cirúrgica ou medicamentosa específica, reforçando a atitude dos indivíduos de só procurarem os serviços de saúde quando se sentem doentes; e os novos compromissos do modelo de atenção integral à saúde, centrados na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários – as famílias.

As resistências ao novo perfil da atenção têm suas origens não só no cotidiano cultural da sociedade, impregnado dos conceitos de saúde como ausência de doença do modelo que se quer transformar. Apesar de serem inegáveis os avanços representados, por exemplo, pelo Programa de Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, estes, embora tenham alcançado um número expressivo de pessoas, ainda se configuram insuficientes para consolidar a mudança pretendida dado o padrão de desigualdade brasileiro (OLIVEIRA, 2008). Nesse contexto, a formação de recursos humanos constitui uma das vertentes mais frágeis para a nova construção. Segundo Teixeira (2003), a despeito dos investimentos feitos até aqui, um grande contingente dos profissionais de saúde ainda vem ingressando no campo de trabalho com os limites

de uma formação curricular restrita aos princípios da atenção médico-curativa, fragmentada e dissociada de um contexto social.

Mesmo que possa parecer evidente o avanço da tecnologia em diagnóstico e terapêutica nos últimos 50 anos, possibilitando um conjunto de soluções para o problema designado coletivamente como doença, surge um impasse fundamental inerente ao campo da Medicina Tecnobiomédica, quando ela reduz completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico; e, segundo Camargo (2003), ao pesado preço de excluir precisamente tal sofrimento, origem do pedido do cuidado por aquele que sofre.

Essa inquietação, entendida como mal-estar, e também reveladora do desejo de se aprofundarem estudos sobre a integralidade em saúde capazes de responder às preocupações quanto à qualidade da atenção, cresceu ao se ter acesso a autores da área da Psicologia e da Saúde Pública, inseridos no Programa de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde, que buscava ‘transformar’ a rede do SUS numa grande rede-escola de aprendizagem do cuidado em saúde, como instrumento de avanço do sistema, a partir da relação ensino-trabalho.

Uma característica da integralidade, como argumenta Camargo (2003), é que ela foi “construída” mediante um conjunto de tradições argumentativas: tanto um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às ideias de atenção primária e de promoção da saúde, como a demarcação de princípios na documentação oficial – propostas do Ministério da Saúde, Constituição Federal; e, por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos de nosso meio.

Portanto, ao tomar a integralidade no contexto da luta do movimento sanitário brasileiro, pretende-se refletir sobre a noção de integralidade, ou melhor, as noções de integralidade – alguns usos do termo no bojo

do sistema de saúde, onde é travado cotidianamente o debate sobre os rumos do SUS.

A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO E A INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Embora a prática psicológica remonte à década de 1920, a profissão do psicólogo só foi regulamentada na década de 1960, e a criação do Conselho Federal de Psicologia, em 1977; portanto, pode-se afirmar que a profissão do psicólogo começou a se estabelecer em princípios da década de 1970 “apesar de duramente atacada pela corporação médica, que pretendia conservar supostos direitos seus de intervenção em problemas de ajustamento” (CARVALHO; YAMAMOTO, 2003, p. 4).

Em meados da década de 1980, os psicólogos foram convocados pelo seu nexos mais evidente com as atividades do campo da Saúde Mental, passando a ser reconhecidos como profissionais de saúde e a desenvolver um rol mais ampliado no campo das ofertas de seu conhecimento e competências técnicas em cenários diversificados de trabalho para uma parte da população que estava fora da sua clientela. Contudo, reconhece a ABEP (BRASIL, 2006, p. 11) que os desajustes existentes entre as expectativas do sistema de saúde acerca das possibilidades da atuação dos psicólogos e sua efetiva preparação acadêmica não têm motivado, na intensidade necessária, o debate sobre a urgência das transformações no processo do ensino de graduação.

A formação de profissionais de saúde tem sido um tema central na agenda da política governamental nas duas últimas décadas, impulsionada pelos movimentos sociais, que não cessam de crescer no país. Dentre as dificuldades identificadas na construção de um novo modelo de atenção à saúde, a questão de recursos humanos

é um componente em evidência, sobretudo na demanda de formação e qualificação de força de trabalho.

Na medida em que a mudança na formação profissional na área da saúde deve ser permanentemente renovada, em função da necessidade de adequação às necessidades e demandas de um sistema de saúde que envolve sempre alterações, a consolidação desse processo requer, a nosso ver, o enfrentamento de alguns desafios que vão além da implantação das diretrizes curriculares, como: a formação e educação permanente de docentes; a introdução de inovações pedagógicas no processo ensino-aprendizagem; a inserção dos docentes e alunos nas práticas do sistema de serviços de saúde.

Outro tema importante quando se questiona a formação de psicólogos para o atual sistema de saúde é a discussão no campo da saúde coletiva. O debate teórico atual nesse campo contempla uma conceituação mais avançada da saúde enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, entendida como parte do:

[...] complexo saúde-doença-cuidados progressivos, que incorpora a historicidade das relações que a determinam, inclusive a relação dos indivíduos, grupos sociais e populações com o sistema de serviços de saúde. (TEIXEIRA, 2003, p. 5).

A possibilidade de a saúde ser a produção até mesmo da vida que se dá no coletivo não está afastada da própria lei (CF, 1988; LOS 1990) (BRASIL, 1990). Mattos (2007) chama a atenção para o fato de que a disputa pela Reforma Sanitária Brasileira produziu um dos sentidos da integralidade gravado na Constituição Federal: a não-aceitação de uma política voltada para a oferta de serviços assistenciais descompromissados com as consequências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população; portanto, a não-aceitação do ordenamento de um sistema descontextualizado das

nascentes de sentido, das necessidades e problemas de saúde das pessoas e da população.

Atualmente, tematizar a formação em saúde no bojo do SUS implica inserir também o Curso de Psicologia, sendo que, embora tenha seu campo específico de conhecimento, a própria ABEP recomenda “pensar a saúde como um fenômeno complexo e não restrito ‘aqueles que trabalham diretamente no setor saúde’” (BRASIL, 2006). O conjunto de debates que culminou com a realização da Oficina Nacional da ABEP, no primeiro semestre de 2006, teve como objetivo discutir a formação de psicólogos de forma geral e, em especial, a formação de psicólogos para atender às políticas públicas de saúde.

É importante observar o atual esforço por parte da Psicologia ao reconhecer a necessidade de se rever a formação de recursos humanos, sobretudo na graduação, que vem sendo apontada como importante dificuldade no desenvolvimento do SUS, como observado no Fórum Nacional de Psicologia e Saúde (BRASIL, 2006).

A avaliação feita durante o Fórum vem estimular ainda mais o interesse em se investigar a integralidade em saúde na formação do psicólogo, mesmo que num recorte restrito, como é o Estágio Supervisionado em Psicologia Social das Organizações, na UFPA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a subjetividade como eixo de problematizações na Psicologia Social, o advento do SUS trouxe os conceitos de cidadania, dever e sujeito de direito, produzidos socialmente no movimento da Reforma Sanitária, ao final da década de 1980, para a concepção da saúde como direito universal e dever do Estado; então, ser cidadão e sujeito de direito são formas de subjetividade, de viver e relacionar-se consigo.

Assim, a Psicologia entra nessa problematização à medida que a saúde está relacionada como algo para todos e como produção de vida, ou seja, condições físicas, psicológicas e sociais, e a saúde é compreendida como categoria de análise na Psicologia Social quando se volta para os processos de produção de saúde – formas de conhecimento, tecnologias de cuidado, prevenção e manutenção da saúde.

A evolução da concepção de saúde como um campo de lutas entre o sofrimento, adoecimento e prazer, torna complexa a ação do sujeito como um ser desnaturalizado. Há, então, uma necessidade de articulação com os vários âmbitos – físico, psíquico e social – em consonância com o desenvolvimento econômico incluyente, socialmente justo e ambientalmente sustentável. Nesta perspectiva, a integralidade é um movimento interdisciplinar entre campos de saber distintos na saúde coletiva – Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Educação Física – não se restringindo apenas ao saber médico.

A Psicologia passa, hoje, a figurar nas conferências de saúde e nos estabelecimentos da rede pública de saúde, reorganizando as práticas psicológicas tanto no sentido acadêmico e curricular, quanto no âmbito da saúde, enfrentando os dilemas do complexo público-privado brasileiro.

Apesar de todo o investimento realizado na educação para o setor saúde, é comum a constatação, por gestores e trabalhadores da área, de que tais investimentos em programas educacionais não têm se convertido em mudança das práticas de cuidado.

Espera-se, contudo, que a inserção do tratamento psicológico no SUS, ao exigir preparação de profissionais com conhecimentos mais aprofundados na área da saúde coletiva, contribua para mudar as práticas de cuidados no SUS, fato já reconhecido pela ABEP e outros segmentos do Sistema de Saúde.

R E F E R Ê N C I A S

- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*. Brasília: CFP, 2006.
- BRASIL. Resolução nº 08, de 7 de maio de 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2007.
- CARVALHO, D.B.; YAMAMOTO, O.H. Psicologia e políticas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. *Revista de la Unión Latinoamericana de Psicología*, v. 11, n. 23, 2003.
- CAMARGO Jr, K.R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS-ABRASCO, 2003. p. 31-47.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Produção*, v. 14, n. 3, p. 11-27, 2004.
- DIMENSTEIN, M. A Prática dos Psicólogos no Sistema de Saúde. In: I FÓRUM NACIONAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA. Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2007.
- _____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2007.
- MOREIRA, A.C.G. Dispositivos Clínicos em Hospital Geral. *Revista de Psicologia Clínica*, v. 1, n. 11, p. 11-28, 2003/2006.
- OLIVEIRA, P.T.R. *Desigualdade regional e o território da saúde na Amazônia*. EDUFPA/UFPA, 2008.
- OLIVEIRA, P.T.R.; MOREIRA, A.C.G. Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. *Pulsional revista de psicanálise*, v. 19, n. 185, p. 52-65, mar. 2006.
- TEIXEIRA, C.F. Ensino da Saúde Coletiva na Graduação. *Revista da ABEM*, v. 3. p. 3-9, 2003.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA). Hospital Universitário João de Barros Barreto. *Serviço de Psicologia*. Belém, 2005. Word for Windows 7.0.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ. Hospital Universitário João de Barros Barreto. *Estágio supervisionado em Psicologia Social das organizações I e II*. Belém, 2005. Word for Windows 7.0.

Recebido: Setembro/2008

Aceito: Setembro/2009

Residência terapêutica: um espaço de inclusão social

Therapeutic residence: a place for social inclusion

Francisca Bezerra de Oliveira ¹

Maria Lucinete Fortunato ²

Rafaela Maciel Dantas ³

¹ Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); Professora Associada II da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida e da Escola Técnica de Saúde, Campus de Cajazeiras, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).
oliveirafb@uol.com.br

² Historiadora; Doutora em História pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Professora da Unidade Acadêmica de Ciências Sociais, Campus de Cajazeiras, UFCG.
mlucinete@uol.com.br

³ Aluna do Curso de Graduação em Medicina, Campus Campina Grande, UFCG.
florycultura@gmail.com

RESUMO *Este estudo procurou traçar o perfil dos possíveis moradores do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) de Cajazeiras (PB), conhecer suas relações com a família, a comunidade e as expectativas estabelecidas com relação à referida residência. Os contatos com os usuários revelaram que o sofrimento e a dor fazem parte de seu cotidiano marcado por perdas, rupturas de vínculos familiares e sociais, de forma que a implantação do SRT constitui para eles uma perspectiva para a melhoria da qualidade de vida. Espera-se que este trabalho possa contribuir para a implementação de políticas públicas que visem à inclusão social de pessoas com transtornos mentais por meio do SRT no município de Cajazeiras.*

Palavras-chave: *Saúde mental; Residência terapêutica; Participação social.*

ABSTRACT *This paper aimed to build the profile of the possible resident of the Therapeutic Residence Service (TRS) from Cajazeiras (PB), Brazil, and to determine their relationships with their families, the community and the established expectations with regard to this residence. The contacts with the users show that the suffering and the pain are daily routines marked with losses, breaking of familial and social links, so the implantation of TRS may represent a perspective of a better quality of life to them. We hope that this study can contribute to the implantation of public policies that provide social inclusion to people with mental disorders by installing the TRS in Cajazeiras.*

Keywords: *Mental health; Therapeutic residence; Social participation.*

INTRODUÇÃO

“Devemos lutar pela igualdade sempre que a diferença nos inferioriza, mas, devemos lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracteriza.”

Boaventura de Souza Santos

No Brasil, a atenção à saúde mental passa por importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando-se o modelo historicamente centrado no hospital psiquiátrico para um novo modelo de atenção de base comunitária e territorial, com a inclusão de novas tecnologias de cuidado.

Esse processo de mudança teve início no final da década de 1970, com o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, que passou a ser o ator privilegiado de denúncias contra os manicômios como instituições de violência, a mercantilização da saúde e a busca pela humanização na saúde mental. Esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização e na mobilização/participação político-social que ocorreu naquela época (AMARANTE, 1995).

Na década de 1980, alguns acontecimentos importantes impulsionaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP), onde surgiu o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, o Movimento de Luta Antimanicomial, e a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, em 1987; a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, Santos (SP), considerada a ‘Casa dos Horrores’ devido aos maus-tratos causados nos pacientes; a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Federal Paulo Delgado, por meio do Projeto de Lei 3.657, ambos ocorridos em 1989.

Além desses eventos, nas últimas décadas, as edições das Conferências Nacionais de Saúde Mental

(CNSM) têm originado propostas que vão ao encontro dos princípios norteadores de assistência à saúde delimitada no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase em uma assistência de qualidade que proporcione acolhimento, autonomia, cidadania e inclusão social.

A I CNSM, realizada no Rio de Janeiro, em 1987, criticou veementemente o modelo assistencial ‘hospitalocêntrico’, considerado de alto custo, iatrogênico, ineficaz, segregador e violador dos direitos humanos fundamentais. Ficou patente a necessidade de superação desse modelo de atendimento.

Em 1992, ocorreu em Brasília a II CNSM, onde foram destacados os resultados obtidos em eventos político-científico-éticos fundamentais para o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Entre eles, a ‘Declaração de Caracas’ e os processos de reorientação do modelo de atenção psiquiátrica e em saúde mental (Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, promovida pela OPAS, em 1990).

A III CNSM, em Brasília, em 2001, cujo tema principal foi a “Reorientação do Modelo Assistencial: cuidar sim, excluir não”, mostrou a necessidade urgente de superação do modelo manicomial e a necessidade de propostas, metas e estratégias que, efetivamente, contribuam para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, a III CNSM consolida a reforma psiquiátrica como política de governo e confere ao CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2002).

Como marco legal da Reforma Psiquiátrica, foi sancionada a lei federal 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de cuidados em serviços de base territorial.

Dessa lei, origina-se a Política Nacional de Saúde Mental, a qual objetiva: oferecer um atendimento de qualidade ao usuário com transtorno mental em serviços

substitutivos aos hospitais manicomial; promover a redução programada de leitos psiquiátricos, estimulando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, ocorram em leitos de atenção em saúde mental de hospitais gerais ou em CAPS, e sejam de curta duração. Além disso, essa política possibilitou a elaboração e aprovação da lei nº 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação no valor de R\$ 320,00 para usuários egressos de internações psiquiátricas (Programa “de Volta para Casa”); a criação de tecnologias de cuidado diversificadas, como a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica de forma que a pessoa com sofrimento mental seja atendida no seu território; ações que permitam a reabilitação por meio da inserção pelo trabalho e geração de renda; bem como a reinserção social de usuários com longa história de permanência em hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007; MEDEIROS; DIMENSTEIN, 2009; BRASIL, 2009).

No Brasil, a base legal para o cuidado dessas pessoas que permaneceram muito tempo internadas surgiu com a publicação da portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde (MS), que estabelece a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Portanto, esses serviços fazem parte do processo da nova Política de Saúde Mental ancorada na Reforma Psiquiátrica que, inspirada nos princípios do SUS, tem estimulado o debate sobre a necessidade da efetiva reintegração social de pessoas com transtornos mentais.

Os SRTs, também conhecidos como Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia destinadas a pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não, que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem, tendo perdido os vínculos familiares. Esses dispositivos são fundamentais no processo de desinstitucionalização, reabilitação e reinserção social de usuários na sociedade, promovendo a cidadania, a retomada dos laços sociais perdidos e a autonomia. Podem servir também de apoio a usuários de outros

serviços em saúde mental que não possuam suporte familiar e social, como os dependentes de álcool e outras drogas. O número de usuários da residência terapêutica pode variar de uma até no máximo oito pessoas, que deverão contar com suporte profissional sensível às demandas de cada um. O suporte pode ser de uma equipe de um CAPS, de um serviço ambulatorial ou de um acompanhante terapêutico vinculado à casa de acordo com as necessidades dos moradores (BRASIL, 2004b).

Este trabalho procurou traçar o perfil dos possíveis moradores da Residência Terapêutica de Cajazeiras (PB), bem como conhecer suas relações com a família, a sociedade e as expectativas estabelecidas com relação a esse serviço que, desde 2007, está em processo de criação e implantação no município. Buscamos mostrar os impasses e desafios para a implantação do referido SRT.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Utilizaram-se como respaldo teórico autores que abordam as temáticas: reforma psiquiátrica, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial como Amarante (1995, 1996, 2007), Desviat (1999) e Pitta (1996). Além desses autores, utilizou-se a legislação pertinente à saúde mental: lei federal 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redimensionando o modelo assistencial em saúde mental; lei 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa de Volta Para Casa); e, portaria nº 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os SRT no SUS para egressos de longas histórias de internações psiquiátricas, e dados do DATASUS.

O Projeto que fundamentou este artigo foi aprovado pela Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) do Centro de Saúde de Tecnologia Rural da UFCG, com o Parecer favorável sob número de protocolo 47/2007, estando vinculado a uma pesquisa maior, intitulada “Doença mental e (re)integração social: uma relação possível e necessária”. Ademais, tomou-se o devido cuidado em omitir quaisquer informações que pudessem levar à identificação dos sujeitos da pesquisa, e todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme preconiza a resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A técnica para a caracterização do perfil dos possíveis moradores das Residências Terapêuticas foi elaborada coletivamente a partir de um roteiro de entrevistas semiestruturadas com dados pessoais e questões abertas sobre relações interpessoais com a família e a comunidade e expectativas estabelecidas em relação à referida residência. As entrevistas foram realizadas com os usuários que se encaixavam no perfil do SRT proposto.

A realização das entrevistas com os usuários se deu entre os meses de agosto e setembro de 2007, nos próprios serviços. Foram entrevistados oito usuários. Os contatos estabelecidos foram importantes, eles se mostraram receptivos desde o início, e responderam a todas as questões formuladas. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pelas pesquisadoras.

O primeiro passo para a organização do material coletado foi a leitura das entrevistas realizadas. Os temas que emergiram da análise de conteúdo temática proposta por Bardin (1977) foram: perdas, estigma e exclusão social e residência terapêutica como espaço para mudança de vida. A análise exigiu um transitar constante entre conhecimento científico e realidade empírica.

RESULTADOS

O perfil dos possíveis moradores da Residência Terapêutica pode ser traçado da seguinte forma: Sexo: seis são do sexo masculino e dois do feminino; Profissão: cinco não têm profissão, dois são agricultores e um é servente; Religião: todos afirmam praticar a religião católica; Procedência: todos são procedentes da zona urbana; Diagnóstico: três apresentam transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas (F-10); 1 apresentava hipótese diagnóstica de esquizofrenia (F-20); os demais não tinham nenhuma hipótese diagnóstica; Internações psiquiátricas: seis usuários apresentam histórias de várias internações psiquiátricas. A maioria desses sujeitos é morador de rua, e poucos deles, mesmo tendo residência fixa, apresentam dificuldade de convivência com a ‘família’.

Perdas, estigma e exclusão social

O doente mental ainda é representado pela maioria da população, como também por profissionais e estudantes da área de saúde, como um ‘outro’ perigoso, um ser ‘fora de si’, irresponsável, incapaz ou bizarro. As representações sociais associam tais comportamentos à incapacidade social, à impossibilidade de estabelecer trocas sociais. Portanto, as nossas concepções de como cuidar do doente mental devem passar necessariamente pelo reconhecimento do significado social da doença mental e do valor simbólico da loucura.

Tanto em Foucault (1978) com suas análises sobre o conflito entre loucura e desrazão e os princípios da ciência moderna, quanto em Goffman (1990) com seus estudos sobre instituições psiquiátricas e estigma, fica claro que a doença mental como algo ameaçador tem

sido construído e perpetuado por práticas discriminatórias. A loucura, ao ser apropriada pela medicina passando a significar *alienação* – algo estranho à razão, erro, estado de contradição da alma, distúrbio das paixões humanas, impossibilitou o “alienado” de estabelecer pactos sociais, de exercer liberdade de escolha, de modo que, não sendo livre, não poderia ser considerado cidadão. Na medida em que o alienado é visto como um sujeito incapaz da razão e da verdade, ele é, por extensão, percebido como perigoso para si e para os demais membros da sociedade.

Jodelet (1989) reforça essas ideias a partir de um estudo realizado em uma instituição psiquiátrica aberta, cujos usuários viviam em liberdade numa comunidade rural francesa em que os habitantes se encarregavam do acolhimento, hospedagem, manutenção e cuidados dos doentes mentais. Em seu estudo, a autora verificou que a loucura provocava nos membros da família acolhedora um sentimento de medo e fragilidade, face ao que implicitamente suposto ser o louco considerado um “outro” diferente e imprevisível. A convivência com os doentes representava, portanto, um verdadeiro perigo para a identidade coletiva.

O trabalho desta autora aponta as dificuldades de (re)inserção social do doente mental, a necessidade de estarmos atentos às crenças e valores sociais atribuídos à loucura, e as implicações para o sucesso de um trabalho de saúde mental inserido na comunidade, como é o caso de um Serviço Residencial Terapêutico.

Nessa perspectiva, os contatos estabelecidos com os usuários revelaram que o sofrimento e a dor fazem parte de suas vidas cotidianas. Vidas marcadas por perdas (de amores, trabalho, estudos, amigos), desencontros, fragilidades, rupturas de vínculos familiares e sociais, permeadas pela não-aceitação, rejeição e por brigas, levando a uma situação estressante e progressivamente insustentável, culminando com a exclusão da pessoa com transtorno mental.

Algumas falas explicitam essa questão:

Porque todo dia lá em casa tem uma briga, ‘minha cumadre’. Todo dia é uma briga lá em casa. [...] Ai eu não aguento tomar o remédio, dá vontade de bater. (F.A.).

É porque a família não tem consciência não, viu? Porque, assim [...] intenção, naquela família, só existiu minha mãe mesmo. [...] De personalidade só. [...] Uma irmã no Rio de Janeiro e um irmão no São Paulo. [...] Só. Já faleceu os dois maior. (M.S.).

Com essa ruptura dos vínculos familiares, esses sujeitos passaram a habitar as ruas da cidade ou foram institucionalizados em hospitais manicomiais, em meio à estigmatização que o fenômeno da doença mental provoca. A maioria dos entrevistados tem história de várias internações psiquiátricas.

Observa-se que, além das perdas imediatas, mais tarde instalaram-se novas perdas, pois, de acordo com Goffman (1990), mesmo que o paciente consiga escapar da cela individual que o sofrimento psíquico produz, a sociedade encarrega-se de fazer o contrário, dificulta tudo, segregando-o por meio do isolamento em hospitais psiquiátricos manicomiais.

A convivência com os usuários deixou claro também que é frágil e delicada a linha que nos separa da loucura. Postula-se que a linha, ao invés de separar, isolar e excluir, como historicamente tem sido essa prática, pode ser usada para conectar, unir.

A partir do contato estabelecido com os usuários, observou-se ainda em suas falas “um novo olhar” da comunidade direcionado ao doente mental, uma visão solidária e de respeito à singularidade. É algo ainda considerado incipiente, mas significativo: “Converso demais! [...] Não tenho briga com ninguém, não procuro

briga com ninguém.” (F.A.); “A família lá. [...] O pessoal lá da rua todinha gosta de mim, viu? Todo dia de manhã eu tenho meu café pra tomar.” (M.S.).

Os profissionais de saúde mental, que trabalham fundamentados nos princípios da Reforma Psiquiátrica, devem ter um discurso competente e sedutor junto à família e à comunidade, como forma de (des)construir a ideia de que o doente mental é um ser incapaz e perigoso. Portanto, os profissionais devem buscar construir a necessária tolerância para que a sociedade possa dar continência à diversidade e “desmistificar o ‘olhar’ que vê no diferente, a ameaça” (OLIVEIRA, 2002, p. 118).

Residência terapêutica como espaço para mudança de vida

Encontram-se em curso no Ministério da Saúde ações objetivando articular os programas “de Volta para Casa” com o de Serviços Residenciais Terapêuticos. Assim, pretende-se aumentar o número de beneficiários do auxílio reabilitação (atualmente em torno de 3.346), e o número de moradores em SRT (atualmente em torno de 2.829), que se dividem em 671 moradias. No Estado da Paraíba, existem em funcionamento 15 SRT, com 95 moradores e 74 beneficiários do auxílio reabilitação. É importante ressaltar que, de acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o número potencial de SRT e do auxílio reabilitação é de aproximadamente 14 mil pessoas (BRASIL, 2009).

Dessa forma, percebe-se que aproximadamente 20% destes potenciais beneficiários estão inseridos em SRTs, o que nos leva a afirmar que o número destes dispositivos está aquém do necessário se considerada a clientela potencial a ser beneficiada. Tal situação nos faz refletir sobre possíveis causas da limitada expansão dessas moradias no país, se considerado o volume das necessidades de pessoas com problemas mentais com longas histórias de internações psiquiátricas que per-

deram os vínculos com a família e não dispõem de um espaço para moradia.

Em relação ao município de Cajazeiras, é importante afirmar que, atualmente, o mesmo dispõe de um Hospital Psiquiátrico “Santa Helena”, funcionando desde 1977, de um CAPS II, implantado em 2001, de um CAPSad, desde 2006, e de um CAPSi, desde 2009. O referido hospital atende aproximadamente 20 usuários pelo SUS sem um quadro de profissionais adequados para proporcionar uma assistência de qualidade. Em relação ao Serviço Residencial Terapêutico, o projeto de criação da STR, elaborado em 2007 e aprovado no mesmo ano pelo Conselho Municipal e no ano seguinte pela Comissão Bipartite em João Pessoa (PB), até o presente momento o serviço não foi implantado.

Questiona-se: quais os possíveis condicionantes para a não-implantação desse dispositivo de moradia e de cuidado neste município do ‘Alto Sertão Paraibano’?

A partir das entrevistas realizadas, percebe-se que os usuários desejam que o SRT seja implantado, e esperam que esse espaço lhes proporcione principalmente condições favoráveis de moradia, de atenção específica e de qualidade para o devido seguimento dos seus tratamentos, de autonomia para realização das suas atividades diárias e para administração do seu próprio dinheiro. A realização de tarefas cotidianas, a negociação constante entre necessidades, vontade expressa e a disponibilidade fazem parte do processo de reabilitação psicossocial. O desejo de vir a ter um espaço para morar é constatado nas seguintes falas:

Espero que essa casa possa existir de verdade para melhorar minha vida (J.B.).

Minha expectativa... Ah!... É bom demais! [...] Vou tentar mudar minha vida. [...] Tanta coisa! Tanta coisa vai mudar da minha vida. [...] Vai mudar tanto minha vida! De não ir

mais pros bar pra beber! [...] Trabalhar! [...] Eu trabalho lá no mercadinho carregando saco de feijão, pra ganhar meu dinheiro. [...] Penso em estudar! (F.A.).

Ab! Vai ser muita coisa! Só eu não dormir no meio da rua [...] Que esses dia eu tô dormindo no meio da rua! [...] Na rua mesmo. Na calçada de uma casa lá. [...]. Primeiro é [...] Deixar a bebida de lado. (A.S.).

DISCUSSÃO

Os SRTs têm como objetivo a inserção social, a autonomia e a moradia. Busca ser um espaço aberto com múltiplas entradas, capaz de experimentações, possibilitando os conflitos, o agenciamento de experiências subjetivas, a solidariedade, as trocas sociais e a aprendizagem. Para Deleuze e Guattari (1995), o agenciamento corresponde a um ‘ente’ coletivo, que convida as subjetividades a se conectarem sem reduzi-la a sujeitos, a individuações. Caracteriza-se por um devir, zona de circulação do desejo, movimento do imprevisível, do inventivo. Os SRTs são também constituídos por inusitadas saídas para espaços diversos da cidade: ruas, praças, igrejas, festas, supermercados.

Vale destacar que os moradores desses serviços são pessoas que foram secularmente excluídas e estigmatizadas, afastadas do seu território, do seu grupo familiar e social, e perderam sua cidadania. Desse modo,

[...] a tarefa de incluir o louco em uma forma distinta de habitar e circular pela cidade transcende o âmbito da Reforma Psiquiátrica. [...] é preciso considerar que muitos dos ex-

pacientes que têm passado a viver nas casas, ficaram vários anos internados. As longas décadas de reclusão promoveram significativas experiências de desenraizamento da cidade e de suas tradições culturais. [...] A possibilidade de voltar a frequentar diferentes espaços públicos de uma cidade implica o retorno e a circulação de modos de viver e de habitar a cena urbana que, já em um momento anterior, não foram aceitos e sofreram o banimento nos manicômios. (WEYLER; FERNANDES, 2005, p. 5).

Circular livremente pelos espaços da comunidade constitui um dos direitos mais fundamentais do ser humano, mas, ao mesmo tempo, um desafio para pessoas secularmente excluídas. É necessário que essas pessoas sejam acompanhadas e acolhidas pelos profissionais, pelo menos no início da trajetória do morar. Desse modo, “o acompanhamento terapêutico e o morar assistido são temas incessantemente discutidos no âmbito do serviço de saúde mental” (MEDEIROS; DIMENSTEIN, 2009, p. 223).

É possível que ‘esses novos moradores da cidade’ se deparem com espaços abertos, por vezes enigmáticos, hostis, ameaçadores, imprevisíveis. É possível criar novas veredas na cidade, no lar e novas formas de convivência. É preciso estar por perto e atento para que a inserção da pessoa com problema mental não mantenha o caráter excludente e opressor característico do modelo manicomial. O objetivo da inserção é possibilitar “novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos”.

O morador que passa a viver em uma casa, em vez da rua ou do hospital psiquiátrico, é atravessado por um duplo vínculo: em alguns momentos, são usuários que necessitam de cuidados efetivos, em outros são pessoas que se relacionam entre si, com os profissionais e os habitantes da cidade. O cotidiano nas casas pode favorecer:

[...] a ligação com experiências passadas, através da preservação de espaços, refúgios e atividades cotidianas que guardariam e resgatariam os sonhos, os devaneios e as memórias. (WEYLER; FERNANDES, 2005)

No espaço da residência terapêutica, é fundamental trabalhar o vínculo, a escuta a responsabilização, as relações sociais, o processo de aprendizagem das atividades de vida diária, a disponibilidade no serviço e a apropriação do lugar pelos moradores.

A despeito da relevância que o SRT representa na definição de uma nova conformação das ações de saúde mental na rede de saúde de Cajazeiras, já que existem muitas pessoas que perderam os vínculos com a família depois de longas internações psiquiátricas e passaram a morar na rua, observa-se que o projeto de criação e instalação deste serviço, apresentado na II Jornada Municipal de Saúde Mental em 2007, não foi colocado em prática nem pelo gestor anterior, nem pelo atual.

A portaria nº106/2000, em seu artigo 2º, define que os SRTs constituem modalidades substitutivas da internação psiquiátrica prolongada. Isso implica que, a cada transferência de pacientes do hospital psiquiátrico para o SRT, haja redução de igual número de leitos nos hospitais de origem, ou seja, as AIHs, que antes eram repassadas para o hospital, passam a ser transferidas para o órgão responsável pela residência.

Um estudo realizado por Furtado (2006) analisa o processo de implantação de SRTs no Brasil e aponta várias dificuldades relacionadas tanto à gestão como à implantação deste serviço. No contexto cajazeirense, dentre as dificuldades e impasses, destacam-se: o rodízio de gestores que leva frequentemente à descontinuidade de iniciativas, como os SRTs; falta de sensibilidade e vontade política dos gestores com a questão da saúde mental; ausência de instrumentos que garantam o investimento dos recursos oriundos

das AIH em outras ações de saúde mental, como os SRTs; falta de recursos para tal iniciativa; falta de interação, de comunicabilidade dos gestores com os profissionais; e pouco envolvimento dos profissionais de saúde mental no processo.

A complexidade dos problemas colocados exige de todos um movimento orquestrado, objetivando avançar o processo da Reforma Psiquiátrica no município de Cajazeiras. Urge, portanto, um movimento social com a participação efetiva de usuários, familiares, profissionais, gestores e comunidade, a união de esforços e de recursos numa ação concentrada e articulada, para que a rede de atenção em saúde mental daquele município seja ampliada, com a implantação do SRT. Além disso, é necessário trabalhar o imaginário social sobre a loucura que ainda percebe no 'louco' um ser perigoso, imprevisível e incapaz de estabelecer laços sociais e de viver em comunidade.

CONCLUSÕES

Entende-se que a Reforma Psiquiátrica no município de Cajazeiras tem possibilitado novas tecnologias de cuidado em saúde mental, novas formas de subjetividade, uma possível autonomia e cidadania ao usuário. No entanto, necessita avançar mais, e isso seria possível a partir da implantação do SRT, da geração de renda e trabalho para os usuários, do necessário diálogo, comunicabilidade, saúde mental e rede básica. É preciso que haja a participação da sociedade, dos profissionais e que o gestor municipal tenha desejo e vontade política para a consecução dessas ações no campo da saúde mental.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para implementação de políticas públicas que visem à efetiva implantação do SRT no município de Cajazeiras, pois, à medida que esse dispositivo for sistematizado, maiores

serão as chances de inclusão do usuário/morador. Os sujeitos deste estudo estão de certa forma 'abandonados' pelas ruas da cidade, já que perderam os vínculos familiares e sociais devido ao transtorno mental. É preciso proporcionar a esses sujeitos novas experiências de vida, novas subjetividades. É necessário construir caminhos e condições de possibilidades para que a vida possa acontecer em liberdade e pleno sentido.

Sair da surdez, escutar o outro e proporcionar o resgate de perdas ocorridas em diversos cenários vivenciais implica para nós (enquanto pesquisadoras) e para o usuário (como sujeito do estudo) a abertura para a construção de novas práticas, conceitos, propostas e utopias.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- _____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL, Ministério da Saúde. [site oficial]. 2009 [acesso em novembro de 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1
- _____. Ministério da Saúde. *Manual do Programa "De Volta Para Casa"*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. RELATÓRIO FINAL DA III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996a.
- _____. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996b.
- DELEUZE, G. GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora, 34, v.1, 1995.
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p.785-795, 2006.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1990.
- JODELET, D. *Folies et representations sociales*. Paris: PUF. (Trad. Inglesa 1991). *Madness and social representations*. Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 1989.
- MEDEIROS, A.S.; DIMENSTEIN, M. O Serviço Residencial Terapêutico de Natal na perspectiva de sua equipe técnica. In: DIMENSTEIN, M. (Org.). *Produção do conhecimento agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia*. Natal: EDUFERN, 2009. p. 219-232.
- OLIVEIRA, F.B. de. *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: UFPB, 2002.
- PITTA, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Casa Civil. Subchefia para Assuntos jurídicos. *Lei nº 10.216* de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>, Acesso em: 15 jul. 2007.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos jurídicos. *Lei nº 10.708/2003*, disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>, acessado em 28 jul. 2007.

WEYLER, A. R.; FERNANDES, M. I. A. *Os caminhos das propostas de moradias para ex-pacientes psiquiátricos*. Vínculo. [on-line]. dez. 2005, v. 2, n. 2. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902005000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2009.

Recebido: Outubro/2009

Aceito: Maio/2010

Os instrumentos terapêuticos utilizados pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial do Mato Grosso*

Therapeutic tools used by the teams of Psychosocial Care Centers of Mato Grosso, Brazil

Carla Gabriela Wunsch ¹

Roselma Lucchese ²

¹Graduanda em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT); Aluna bolsista PIBIC/CNPq, Pró-reitoria de Pesquisa (PROPEq) da UFMT.
carlagabi20@hotmail.com

²Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP); Professor Adjunto da Universidade Federal de Goiás (UFG), *Campus* Catalão.
roselmalucchese@hotmail.com

RESUMO *Este estudo resultou de uma pesquisa de Iniciação Científica e objetivou descrever os instrumentos terapêuticos utilizados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso e sua relação com a rede de saúde, comunidade e outros setores. Foi feita uma análise temática do discurso de 248 profissionais de 27 equipes, resultando nos temas: medicalização/projeto terapêutico como forma de controle da pessoa em sofrimento mental, oficinas conduzidas sem planejamento, repetitivas e desmotivadoras. Persistem práticas reprodutoras da lógica manicomial, fundamentadas no saber médico-psiquiátrico, pouco efetivas, mesmo diante de uma 'boa' cobertura de 0,57 CAPS/100 mil habitantes. Apenas duas equipes constituíram um serviço comunitário/territorializado.*

Palavras-chave: *Saúde mental; Serviços de Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.*

ABSTRACT *This study resulted from a research for Scientific Initiation and aimed to describe the therapeutic tools used by the Centers for Psychosocial Care (CAPS) of Mato Grosso, Brazil, and its relationship with the health system, community and other sectors. We carried out a discourse analysis on 248 professional from 27 teams, which resulted in the following themes: medicalization/therapeutic project as a way to control the person in mental distress, workshops conducted without planning, repetitive and demotivating. Manicomial practices based on the medical-psychiatric knowledge are persistent and ineffective, even with the 'good' assistance of 0.57 CAPS/100,000 inhabitants. Only two teams constituted a community/territorialized service.*

Keywords: *Mental Health; Mental Health Services; Health Care Reform; National Health System.*

*Artigo elaborado a partir do Relatório de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq), Ganador do Prêmio "Severino Meireles 2007/2008", Vinculado ao Projeto PRATICAPS financiado pelo CNPq.

INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é considerado por vários estudiosos como um complexo movimento social, com pouco mais de 20 anos de luta, que já conquistou avanços e enfrenta desafios (AMARANTE, 2007). Contemporâneo aos movimentos da Reforma Sanitária, tem em comum com esse movimento perspectivas muito próximas, como a ampliação do conceito de saúde, de reinserção social e ideais de liberdade, igualdade e fraternidade (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Para compreender a Reforma Psiquiátrica, é essencial ampliarmos o olhar que vai além da reforma de serviços ou da reestruturação assistencial em saúde mental, visão que parte do conceito de desinstitucionalização segundo a experiência italiana que, por sua vez, significa uma transformação das relações de poder entre os sujeitos nela envolvidos, instituição e institucionalizados. Todo um modo de desconstrução do modelo assistencial e político asilar excludente para a construção de “outro *lugar social* para o sofrimento humano, a diferença, a diversidade”. A constituição de um caminho contra-hegemônico, de um comportamento crítico-reflexivo diante dos dispositivos e estratégias de dominação (AMARANTE, 2008, p. 68).

No Brasil, esse seguimento constitui uma história própria e paralela à Reforma Sanitária, acompanhando o contexto internacional, porém adquirindo formas específicas com conquistas significativas, estabelecendo novas leis, normas e mudanças políticas, ampliação de serviços substitutivos e redução dos leitos psiquiátricos. Contudo, é um processo político e social complexo composto por instituições e forças de diferentes origens, como governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, nos movimentos sociais e nos

territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Como proposta de desconstrução da atenção psiquiátrica centrada nos manicômios, houve, por parte do Sistema Único de Saúde (SUS), a implementação de serviços substitutivos de caráter comunitário, preservando o direito da pessoa em sofrimento mental de ser assistida em seu espaço de vivência familiar. Uma das principais estratégias são os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), inicialmente oficializados pela portaria GM 224/92 e, atualmente, pela 336/GM, atribuindo aos municípios uma maior autonomia de gestão na atenção em saúde mental. São serviços de saúde destinados a acolher as pessoas com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, buscando autonomia e oferecendo atendimento multidisciplinar (COSTA, 2004) e intersetorial.

Sendo assim, os CAPS surgem como uma estratégia de reordenação do modelo de atenção e da rede de assistência à saúde mental, visando regular a porta de entrada da rede de atenção em saúde mental, articulando com a atenção primária, compartilhando espaço com outros dispositivos de desinstitucionalização, tais como as Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no “Programa de Volta para Casa” (BRASIL, 2005).

Em 2005, quando o projeto de pesquisa aqui divulgado foi elaborado, tínhamos 689 CAPS em todo o território brasileiro (BRASIL, 2005), número que, em 2009, saltou para 1.394 distribuídos em quase todos os estados; esse número representa uma cobertura populacional de 0,57 CAPS/100 mil habitantes (BRASIL, 2009). Na união federativa de Mato Grosso (MT), até o ano de 2005, havia 27 CAPS implantados, (BRASIL, 2005) passando para 32 CAPS em 2009, com cobertura de 0,66 CAPS/100 mil; portanto, acima da cobertura nacional e classificada como ‘boa cobertura’, isto é, entre 0,50 e 0,69 (BRASIL, 2009).

No Estado de Minas Gerais, houve investimento de recursos expressivos para a implantação da rede de

atenção extra-hospitalar em Saúde Mental, sem que esse fato repercutisse na redução das internações psiquiátricas nos dois hospitais do Estado, perpetuando a lógica hospitalocêntrica (ATAÍDE, 2008).

É expressiva a expansão numérica de CAPS no país e no MT, no entanto, autores como Onocko-Campos e Furtado (2006) alertam quanto aos riscos da falta de pesquisas e de constituição de novos saberes/fazer articulados entre saúde coletiva e saúde mental, entre eles, a eminente possibilidade de transformar os CAPS em “manicomialização” desses novos equipamentos. Concluem que um caminho para a efetivação de seu papel na atenção psicossocial é a avaliação sistemática dos CAPS, com a proposta de clarificar e redimensionar práticas, gestão e políticas.

Contudo, consideramos essencial a construção da atenção psicossocial dentro do processo de Reforma Psiquiátrica, bem como a inovação, criação e recriação dos espaços e práticas sociais e de atenção à pessoa que sofre mentalmente e sua família, entretanto nosso interesse é revelar as práticas do cotidiano dos CAPS no MT. Assim, realizamos este estudo com o objetivo de descrever os instrumentos utilizados nas práticas terapêuticas, relação do serviço com a rede de atenção à saúde, comunidade e com outros setores por meio da análise dos discursos das equipes dos CAPS do estado do MT. Este artigo resultou de um projeto de trabalho de iniciação científica PIBIC/CNPq vinculado a um projeto de pesquisa maior, financiado pelo CNPq, o qual analisou a efetividade das práticas terapêuticas dos CAPS do MT (PRATICAPS).

METODOLOGIA

Esta foi uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê

de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) protocolo nº 371 CEP-HUJM/05. Foram analisadas entrevistas com 248 profissionais das equipes de 27 CAPS do MT, distribuídos em 20 municípios. Eram CAPS implantados e existentes no Estado até o ano de 2005, um deles CAPS II o restante CAPS I.

As entrevistas seguiram roteiros semiestruturados, aplicadas em grupos compostos pelos membros da equipe dos CAPS e pesquisadores como moderadores da discussão grupal. Os grupos foram constituídos aleatoriamente de acordo com a disponibilidade e interesse dos participantes. Em cada CAPS, foram realizadas em média duas entrevistas com dois grupos em diferentes momentos, para que o máximo de profissionais pudesse participar, sendo que os encontros variaram de 60 a 120 minutos de duração. Cada profissional que concordou em participar da pesquisa foi orientado e assinou previamente o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O moderador estimulava as discussões mediante roteiro com perguntas abertas voltadas para os usuários de serviço e suas necessidades, quais as atividades e formas de ajuda a essas pessoas, quais os pontos fortes e fracos da assistência e da equipe. Os encontros grupais foram gravados em áudio e transcritos na íntegra para posterior análise de conteúdo, modalidade temática (MINAYO, 2007). As unidades de registro foram codificadas com a letra E e, entre parêntese, o número do referido CAPS (codificação adotada já na sistematização da coleta de dados), assim representado: E(1).

Do processo de análise emergiram temas e subtemas: tema 1 – instrumentos terapêuticos: medicalização, atenção à família, oficinas, acolhimento, estudo de caso, projeto terapêutico e visita domiciliar; tema 2 – relação com a rede, comunidade e outros setores.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tema 1: instrumentos terapêuticos

A medicalização, na maioria das equipes estudadas, constituiu o ponto mais comentado e valorizado, causando a impressão de que o serviço fosse um distribuidor de remédios:

Eles vêm aqui só pra pegar medicação praticamente e vai embora. E(9); [...] ele vem pegar o remédio. E(16).

Outros fragmentos de falas deram à medicação importância maior quando comparada a outras práticas desenvolvidas no serviço, lembrando o modelo biomédico em que a busca da cura é fundamental e de extrema importância.

Aqui de alguma maneira geral, a gente tem o apoio que é medicamentoso [...] E(12).

Em primeiro lugar o medicamento. E(16) .

Às vezes o medicamento traz algum problema de saúde, que a gente sabe que traz e às vezes a pessoa não quer usar. Tenta de certa forma ficar sem o medicamento, o que a gente sabe que não é bom. E(14).

A medicação como instrumento central da prática das equipes contraria a lógica de atenção psicossocial que, por sua vez, pretende estabelecer uma rede de relações intersujeitos, em que sujeitos se escutam e se cuidam (AMARANTE, 2007), e não apenas uma relação fundamentada e intermediada por medicamentos. Esse é um dos equívocos que colocam em risco a Reforma Psiquiátrica, visto que representa um posicionamento de boicote e renúncia das equipes dos serviços que insistem em funcionar como um ambulatório, um distribuidor

de medicamentos ou de psicoterapia com hora marcada (BASAGLIA, 2008).

Esses são os serviços que mudam de denominação, porém permanecem com os velhos hábitos dos antigos serviços, na remota lógica institucional, desconhecendo as necessidades do doente e as adversidades da família (BASAGLIA, 2008). Além do *status* de agentes sociais e sujeitos políticos no processo de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2008), a família é provedora de cuidado e possibilidade para a descentralização da assistência, e inseri-la no cuidado e com coparticipação certamente potencializaria a reinserção social. Entretanto, foram poucos os fragmentos de fala que revelaram a participação da família:

[...] é justamente a família que acompanha que a gente tem uma melhora do paciente, é igual à escola [...] E(13).

Por muitos anos, a família foi considerada um agente patogênico, causador do transtorno mental, ocupando posição de espera passiva. O cuidado ao paciente era função exclusiva do profissional da saúde mental (ROSA, 2005) e a família era por vezes “grata pela internação do paciente” (REINALDO; WETZEL; KANTORSKI, 2005, p. 5). Em várias falas, evidenciamos a participação não-efetiva da família, levando os profissionais dos CAPS a se sentirem integralmente responsabilizados pelo cuidado

[...] tem muitas famílias que identificam o problema, vamos levar no CAPS que o CAPS vai tratar, mas aí o compromisso dela morre aí. E(13).

[...] na verdade eles querem que o paciente venha pro CAPS, fica o maior tempo no CAPS [...] porque a família ainda tem aquela concepção, de preferência se tivesse manicômio pra

tacar lá dentro e nunca mais ver. E(15).

O familiar cansado e estigmatizado muitas vezes teme tornar pública a condição familiar e ter que conviver com o rótulo de 'familiar de doido' (ROSA, 2005), o que pode ser percebido por meio de atitudes muitas vezes intencionais: Reforçando a importância da família no cuidado do paciente... eles têm costume de fazer aquele quartinho separado e largar a pessoa lá. E(17).

Essas são situações de evidente desgaste da família, as quais acabam por refletir no trabalho das equipes do CAPS, pois muitas vezes as conduções não são ajustadas e seguidas por ambas as partes, família e equipe (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009). No entanto, houve uma tendência de responsabilizar a família pelo não-sucesso das práticas psicossociais nos serviços, sendo depositária das frustrações dos profissionais. Pela análise das falas, observamos que, nesse espaço, a família ainda está muito distante da corresponsabilidade e coparticipação da atenção dos CAPS.

Mesmo diante da controversa relação da equipe do CAPS com a família do doente mental, existem pesquisas que apontam a família como parceira indispensável às práticas dos profissionais de saúde mental, sobretudo para a solidificação das políticas públicas na área. Um dos caminhos virtuosos nesse processo poderá ser o acolher, conhecer e compreender a biografia familiar (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009), uma vez que o interesse pela família e suas necessidades aproxima a equipe da realidade em que vive o doente mental, de seu contexto e do âmbito de suas relações.

A relação com a família é uma prática a ser exercida cotidianamente na atenção psicossocial e, quando associada às atividades coletivas, visa, dentre outras coisas, à socialização e ao enriquecimento da relação interpessoal. Sem dúvida, representam um reforço para luta contra o

isolamento e exclusão social muitas vezes imposto pelos sintomas da doença ou pelo estigma da doença mental. Assim, nos CAPS, uma forma de terapia amplamente estimulada são as oficinas, que dentre outros benefícios, possibilitam a expressão e ressocialização das pessoas com sofrimento mental, portanto constitui uma ferramenta integrante do usuário à comunidade. Porém, podemos perceber que, em alguns dos CAPS estudados, as oficinas são profissionalizantes e funcionam como mecanismo de fonte de lucros:

[...] E eles tendo uma oficina profissionalizante eles aprendem, podem sair fora do CAPS ter algum meio de trabalhar em casa, vender esses [...] E(12).

[...] oficinas terapêuticas de geração de renda acontecendo simultaneamente. E(21).

De modo geral, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), as oficinas podem servir como instrumentos de geração de renda no mesmo contexto ou não da profissão do usuário (BRASIL, 2004). No entanto, não nos esqueçamos de que as oficinas são instrumentos que viabilizam a:

[...] produção psíquica dos sujeitos envolvidos, facilitando o trânsito social deles na família, na cultura, bem como sua inserção ou reinserção no trabalho produtivo. (RIBEIRO, 2004, p. 105).

Então, as reflexões dessas práticas deveriam permeá-las constantemente por parte da equipe e dos usuários, com vistas a não representar simplesmente uma atividade de lucro ou de passatempo.

A análise das unidades de registros mostrou também oficinas pouco atrativas, repetitivas e desestimuladoras, caracterizando-as apenas como dispositivos de ocupação do tempo dos usuários:

O ano todo fazemos as mesmas oficinas. E(9). a gente [...] tenta diversificar ao máximo por que antes eles reclamavam, quando começou o CAPS, que eles só tinham atividades com argila. E(14).

Cedraz (2006) também relatou em seu estudo que as oficinas eram por vezes apresentadas como dispositivo rígido, desgastado e cansativo, fazendo dessas atividades uma prática paralisante que em nada reflete as pretensões da atenção psicossocial da Reforma Psiquiátrica. Funcionando como ocupação de tempo dos usuários, tornando-se uma simples tarefa que deve ser cumprida diariamente.

As oficinas perdem seu valor 'terapêutico' e mediador das relações interpessoais ao serem efetivadas como uma distração, passatempo ou geração de renda para os usuários e profissionais. Elas deveriam possuir um objetivo claro, atendendo ao que lhe foi proposto: ressocialização, interação do usuário com a sociedade e uma alternativa de fonte de renda.

Durante a análise do material empírico, houve a identificação de outra prática: o acolhimento. Essa palavra esteve presente em diversos discursos dos profissionais, mas o significado dessa prática foi divergente entre as equipes. A maioria delas delineou o acolhimento com uma prática puramente de 'triagem' ou 'admissão no serviço', momento de definir a modalidade de atendimento e de elaborar um diagnóstico que atendesse à exigência formal de admissão de 'pessoas portadoras de transtorno mental severo e/ou persistente' para o CAPS.

[...] fazemos acolhimento... ela faz a triagem lá, então ela já vê. [...] é pra ele ser um intensivo porque ele teria que estar aqui presente quase todos os dias! E(18).

No primeiro momento a gente faz, através do acolhimento, dando a atenção da gente, poder

ouvir do que se trata... para fazer o diagnóstico. E(8).

O acolhimento passou a ser uma atividade pontual, realizada pelo profissional que estivesse disponível naquele momento, na qual se escutam as histórias de vida e queixas da pessoa em sofrimento ou de seu familiar. Segundo a Política de Humanização do SUS, acolher não se restringe a uma recepção em ambiente confortável, admissão em serviços ou encaminhamentos, pois essas ações pontuais e isoladas, sem uma contextualização no processo de trabalho em saúde, comprometem o processo de corresponsabilidade e qualidade de vínculo (BRASIL, 2008).

[...] quando chega aí vem o acolhimento [...] não dá para falar assim, o enfermeiro vai fazer o acolhimento, vai passar. Não tem uma rotina. E(5).

Chegando aqui eles recebem um acolhimento né, cada profissional está preparado pra receber, pra conversar, alguém pra dividir os problemas, chegando aqui encontra tudo, até uma palavra amiga. E(13).

Acolher um paciente pela primeira vez não é estar do outro lado de uma mesa, observando o comportamento, mas estar disposto a recebê-lo e estar com ele na situação, participando e tentando aprender com o código desconhecido. (GOLDBERG, 2001, p. 41).

Acolhimento, nas práticas de produção de saúde, é uma estratégia para a equipe, tendo como objetivo acolher, admitir e aceitar, reconhecendo o outro e transformando essa atividade em uma ação de 'estar com' e um 'estar perto de', ou seja, uma atitude de inclusão, adotada como diretriz relevante e norteadora do processo de trabalho (BRASIL, 2008). Além do mais, traduz uma

relação mais humana, acolhedora, que os profissionais e o serviço estabelecem com os diferentes tipos de usuários que chegam ao serviço da rede do SUS (COIMBRA; KANTORSKI, 2005).

Outra prática que poderia estimular a educação permanente, a reflexão acerca das demais atividades do CAPS, bem como a condução do tratamento da pessoa e família assistida pela equipe seria o estudo de caso, uma vez que proporciona momentos primorosos para discussão de assuntos pertinentes ao usuário e seus sofrimentos, exposição de dúvidas, práticas e uma ótima oportunidade para o desenvolvimento grupal. Uma ocasião em que todos os profissionais devem participar.

É, nessa reunião, chama de estudo de caso. Só quem não participa, só o motorista e a serviços gerais [...] Os técnicos, enfermeira, assistente social, eu, inclusive, psiquiatra e o médico não participam, porque ele não têm condição de estar. Já tentamos. E(17).

O estudo de caso se caracteriza como uma atividade de grupo que pode ser coordenada por um membro da equipe com a finalidade de aprendizado grupal. O coordenador tem função de orientar e direcionar a equipe, compartilhar informação para reflexão e interpretação por parte do grupo (MOTTA *et al.*, 2007). Nos CAPS analisados, encontramos o estudo de caso como ferramenta de controle profissional que, embora prevista no cotidiano do serviço, muitas vezes não acontece e nem sempre conta com a participação integral da equipe.

Em uma realidade em que o estudo de caso pode ou não acontecer, pode ou não contar com a participação de toda a equipe, entendemos como um instrumento não-explorado em toda sua potencialidade coletiva. E quanto ao projeto terapêutico, compreendido pelos presentes pesquisadores como um instrumento individualizado, aplicado como uma forma de assistir o

usuário e sua família em todas as suas necessidades, que foi contrariamente desvelado como um instrumento burocrático pelo processo de análise desta pesquisa e que pouco influencia ou determina o tratamento

Isso a partir de uma proposta que foi criada, que é o projeto terapêutico. Mesmo que não há uma construção desse projeto no papel, nós estamos olhando quais oficinas que eles participam. E(8).

[...] todo mundo atende, discute o paciente, faz um projeto terapêutico, só que não consegue colocá-lo em prática porque os profissionais não se sentem capazes de cumprir com aquilo ali. E(24).

Revala-se uma impropriedade em incluir no projeto terapêutico os sujeitos mais interessados da situação: o usuário e a sua família. Evidentemente, esse modo de conduzir as práticas no CAPS advém de um processo de trabalho/cuidado em saúde mental fundamentado nas relações autoritárias e repressivas, historicamente constituída pela psiquiatria (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2009) e embasada em sua conduta de colocar entre parêntese o sujeito e se ocupar de sua doença (AMARANTE, 2008).

O projeto terapêutico não deveria ser pautado pela doença e sim pela integralidade do sujeito. Usar relação entre pacientes e profissionais para, juntos, selecionarem eventos significativos para a elaboração de propostas de intervenção em saúde (MATTOS, 2004). Essa é uma prática a ser constituída conjuntamente: a equipe elabora, projeta, organiza e efetiva coletivamente o projeto terapêutico com a participação do usuário e sua família (LUCCHESI, 2005), visto que o usuário deve ser sujeito ativo nesse processo; é para ele, seus sonhos, interesses e expectativas que se deve essa tecnologia.

Outra prática também depreendida da análise do material empírico foi a visita domiciliar (VD),

compreendida no âmbito da saúde como instrumento facilitador da assistência a familiares e usuários, tanto que garante a continuidade e eficiência do tratamento. Apesar de bastante utilizadas em diversas equipes dos CAPS estudados, foram descritas como instrumentos de controle de faltosos e sempre na dependência de disponibilidade de transporte

[...] tem um dia da semana para ir atrás de quem não está vindo, porque nós procuramos buscar, resgatar, fazer a busca ativa. E(1).

[...] é a questão da VD, onde eles usavam o carro da prefeitura [...] na data que tenha disponibilidade de carro. E(4).

Não existem manuais rígidos para a ocorrência da VD ou de indicações de intervenções predeterminadas. O profissional de saúde deve lançar mão da criatividade para resolver os problemas e obstáculos encontrados. O essencial é acolher, procurar saber o motivo das faltas e superar as diferenças, que acabam levando ao distanciamento do paciente. Além do mais, a casa e a família fornecem dados importantes que relacionam os processos saúde/doença e social (OLIVEIRA; LOYOLA, 2006); assim, auxiliaria na construção da atenção psicossocial por meio do contato com as reais necessidades sociais e de saúde das pessoas envolvidas.

Tema 2: relações com a rede, comunidade e outros setores

Quando os profissionais de saúde centram suas ações no modelo biomédico, atribuindo-lhes mais valia na condução de suas práticas, certamente aprendemos 'muito bem' a trabalhar com a doença. Por outro lado, colocamos em risco a efetivação do SUS e suas diretrizes, pois fica à margem ou até mesmo ignorado o conceito ampliado e a saúde, não focando o sujeito,

os familiares, a comunidade. Uma nova lógica propõe mudar essa concepção, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), mais bem renomeada como Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem por finalidade desenvolver práticas de pensar em saúde, com coparticipação da comunidade para uma visão de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Por isso, podemos e devemos usar o PSF como uma estratégia de 'desmedicalização' (AMARANTE, 2007) e construção de novas práticas de atenção em saúde mental na atenção básica.

Nos CAPS estudados, percebemos que existe uma fragilidade desse vínculo com a rede de saúde, sobretudo com o PSF.

[...] acho que é um ponto fraco, mas não só com o hospital municipal, mas com os PSF também, a gente não tem contra-referência [...] quando a gente precisa a gente tem que ir lá. E(1).

Embora a relação com a comunidade seja descrita como difícil, e vários aspectos de preconceitos ao doente mental tenham sido identificados, os serviços substitutivos visam à construção de relações e interações sociais.

[...] eles são discriminados pela sociedade... vai no shopping, as pessoas já ficam olhando de forma diferente. E(26).

CAPS né, o pessoal que acha que aqui é o lugar do pessoal doído. Tá mudando, o pessoal tá abrindo mais a cabeça, tá enxergando diferente. E(12).

Uma tarefa legítima da equipe do CAPS é a construção de um novo lugar social da pessoa que sofre mentalmente (AMARANTE, 2008). Portanto, é essencial elaborar e efetivar práticas com a colaboração da população em geral, sem perder de vista a orientação de

Souza (2006, p. 707) de que “é preciso estar dentro da comunidade e não ao lado, pois o processo de transformação acontece na comunidade [...]”.

O desafio está na necessidade de criar a disposição para procurar e encontrar parcerias nas mais diversas dimensões da comunidade, para que juntos sejam e estabeleçam estratégias de atenção psicossocial (AMARANTE, 2007), dito em outras palavras, seria a utilização de espaços comunitários para inovar as práticas e os cenários de atenção à pessoa que sofre mentalmente e sua família, para pensar nas atividades nos mesmos espaços e no formato em que um cidadão comum as realizaria, inclusive contando com a sua participação.

Atitudes ‘transformadoras’ como essas foram identificadas em uma minoria das equipes, mais precisamente em duas delas. No entanto, foram muito significativas, pois apontaram avanços nas relações com outros setores e comunidade:

[...] a gente pediu, nos aliamos à Pestalose, aí eles emprestaram o ônibus deles, um microônibus. E(14).

[...] a gente vai começar com um grupo de sexualidade. É uma parceria que nós vamos fazer com o SESC, que, na verdade é que a gente não tem material, que seriam os bonequinhos, as próteses, e esses negócios e a gente ainda não tem [...] E(17).

Esse posicionamento da equipe nos remete à efetivação do seu trabalho no e com o território, considerando-o tanto como um espaço geográfico quanto constituído por pessoas que se relacionam. E é com essa concepção de territorialidade que devemos pensar o CAPS como articulador/organizador da rede de atenção à saúde mental (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009). Assim sendo, a territorialidade configura uma diretriz que não se completa com as práticas terapêuticas conduzi-

das pela restrição ao saber patológico, mas sim a uma interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes no acolhimento do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CAPS são serviços complexos e, para que se norteiem pelo paradigma psicossocial, não lhes cabem ações rígidas, pois são dispositivos dinâmicos e plásticos no sentido de atender às especificidades locais. Por meio desta pesquisa, concluímos que tais características não foram evidenciadas ou, quando muito, estavam em processo de constituição pelas equipes dos CAPS.

Essa afirmação foi sustentada pelos achados da pesquisa; entre eles, o que, revelou como o instrumento terapêutico mais valorizado pela maioria das equipes foi a ‘medicalização’ é um dos pontos mais valorizados nos CAPS; ou o da participação da família no acompanhamento do tratamento foi, em sua maioria pontual e, em outras circunstâncias a foi a depositária do não sucesso das ações de saúde. O acolhimento ao usuário e projeto terapêutico atingiu o status de uma atividade burocrática destinada a triagens, preenchimento de formulários e registros para a fiscalização da coordenação em saúde mental, ou uma prática idealizada de difícil realização.

As oficinas terapêuticas que deveriam ser o cerne das atividades coletivas nos CAPS muitas vezes representaram atos repetitivos, pouco criativos e desestimulantes. Outros instrumentos terapêuticos como a VD e estudos de caso foram ferramentas utilizadas pela equipe de modo limitado ou controlador do usuário. Assim, as práticas terapêuticas aqui tratadas como instrumentos terapêuticos, na maioria dos CAPS, não demonstraram força suficiente para

provocar mudanças e inovação. Porém, cabe ressaltar que alguns avanços significativos foram percebidos, como as equipes que revelaram uma relação com a rede de saúde (PSF) e com a comunidade que, de fato, deram passos concretos na construção da atenção psicossocial.

Contudo, um grande desafio para o processo de Reforma Psiquiátrica no estado do MT será construir um processo trabalho/cuidado que transforme o modelo de atenção hospitalocêntrico para uma dimensão psicossocial. Embora já existam os serviços substitutivos implantados que garantam uma 'boa' cobertura populacional, persistem práticas reprodutoras da lógica manicomial e fundamentadas no saber médico-psiquiátrico, como a excessiva valorização da medicalização, a não-inclusão da VD como prática complementar do tratamento, a fragilidade técnica para conduzir as atividades grupais e relações com a rede e comunidade em geral.

Finalizando, acreditamos nos CAPS como estratégia promotora da atenção psicossocial, e que muito está por ser construído em diversas dimensões. É de fundamental importância a incorporação de políticas públicas que ofereçam condições para desenraizar práticas biomédicas. Portanto, são requeridos investimentos em ações que estão dando certo, divulgando-as e valorizando trabalhos positivos, bem como uma melhoria da formação técnica dos profissionais.

As parcerias intersetoriais precisam ser criadas, ultrapassando a especialidade saúde mental e até mesmo a saúde em geral, criando uma rede formal (de saúde, educação, justiça) articulada com a rede social, com estratégias que complementem o CAPS com a proposta de desinstitucionalização. Isso possibilitaria à pessoa em sofrimento mental e à sua família: convivência comunitária, autonomia, capacidade de realizar tarefas como cantar, passear, trabalhar, estudar, comunicar-se com outras pessoas.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L.B (Org.). *Saúde mental, formação e cultura*. Rio de Janeiro: Lapis, 2008. p. 65-79.

ATAÍDE, I.F.C. *As internações no contexto da reforma psiquiátrica em Mato Grosso*. 2008, 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, 2008.

BASAGLIA, F.O. Saúde/doença. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L.B (Org.). *Saúde mental, formação e cultura*. Rio de Janeiro: Lapis, 2008. p. 17-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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, DF: nov, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental em dados 6*. Ano IV, n. 6. Brasília, DF, 2009.

Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 17 p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf. Acesso em: 22 mar. 2010.

CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 477-484, 2009.

CEDRAZ, A. *Nem tudo que reluz é ouro*: oficinas terapêuticas no cenário da reforma psiquiátrica. Tese (Mestrado Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2006.

COIMBRA, V.C.C.; KANTORSKI, L.P. O acolhimento em centro de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem UERJ*, n. 13, p. 57-62, 2005.

COSTA, H. Os CAPS e a democratização do acesso em saúde mental. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 33-47.

LUCCHESI, R. *A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática da enfermagem*. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOTTA, K.A.M.B. *et al.* As trilhas essenciais que fundamentam o processo e desenvolvimento da dinâmica grupal. *Revista eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 229-241, 2007. Dis-

ponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a18.htm>. Acesso em: 13 out. 2010.

OLIVEIRA, R.M.P.; LOYOLA, C.M.D. Pintando novos caminhos: a visita domiciliar em saúde mental como dispositivo de cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 645-651, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

REINALDO, A.; WETZEL, C.; KANTORSKI, L.P. A inserção da família na assistência em Saúde Mental. *Saúde em Debate*, v. 29, n. 69, p. 5-16, 2005.

RIBEIRO, R.C.F. Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A.C. (Orgs.). *Officinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 105-116.

ROSA, L.C.S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, v. 11, n. 18, p. 205-218, 2005.

RIBEIRO, C.C.; SILVA, N.G.; OLIVEIRA, A.G.B. O projeto terapêutico nos CAPS de Mato Grosso: uma análise documental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 8, n. 3, p. 393-402, 2009.

SOUZA, A.C. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 703-710, 2006.

Recebido: Setembro/2008

Aceito: Abril/2010



CEBES. Homenagem a Cecília Donnangelo. *Revista Saúde em Debate*, n.17, jul. 1985, p.7.

Cecília Donnangelo

Impossível falar de Cecília sem emoção; sem a emoção que ela colocava em tudo que fazia. Seguramente foi esse seu traço, aliado à lucidez e ao compromisso social, que imprimiu ao seu trabalho um grau de explicação e um poder de integração sobre a realidade, a que fogem muitos textos acadêmicos na área das ciências sociais quando têm por objeto a saúde, a assistência médica. Sem dúvida, Cecília Donnangelo pode ser considerada, entre nós, a grande, entre os maiores, daqueles que fizeram da área da saúde seu campo profissional.

Sua obra, não muito extensa, em termos bibliográficos não corresponde ao volume da produção que, indiretamente, Cecília induziu e orientou na sua apaixonada dedicação a alunos, orientandos e amigos. “Medicina e Sociedade” (Pioneiras) e “Saúde e Sociedade” (Duas Cidades) são clássicos no estudo da assistência médica, não só por seu pioneirismo, como pela riqueza de conceitos, dos quais estão a se valer todos os cursos de graduação e pós-graduação em Saúde Pública e Medicina Social.

Além do mais, e especialmente sob a perspectiva da prática dos profissionais de saúde, e particularmente da categoria médica, o trabalho de Cecília tem o mérito de politizar a discussão dos temas relativos à formação e mercado de trabalho, inaugurando uma nova etapa de produção intelectual nessa área. Em continuidade aos estudos realizados no início dos anos 70, Cecília vinha, com a equipe da Preventiva da USP e sob a demanda do CRM-SP, desenvolvendo novas pesquisas sobre a prática médica em São Paulo.

Maria Cecília Ferro Donnangelo, com 43 anos, professora livre-docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP morreu a 25 de janeiro de 1983, em violento acidente em que perderam a vida também seu marido e sua mãe. Deixou uma lacuna não preenchível, mas a certeza de que todos, seus alunos e amigos, somos mais ricos por ela ter existido; assim como a prática política dos profissionais de saúde tornou-se mais científica a partir dos seus trabalhos.

ASSOCIE-SE AO CEBES E RECEBA AS NOSSAS REVISTAS

O CEBES tem duas linhas editoriais. a revista *Saúde em Debate*, que o associado recebe quadrimestralmente em abril, agosto e dezembro, e a *Divulgação em Saúde para Debate*, cuja edição tem caráter temático, sem periodicidade regular.

QUEM SOMOS

Desde a sua criação em 1976 o CEBES tem como centro de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 34 anos, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, em movimentos sociais, nas instituições ou no parlamento.

Durante todo esse tempo, e a cada dia mais, o CEBES continua empenhado em fortalecer seu modelo democrático e pluralista de organização; em orientar sua ação para o plano dos movimentos sociais, sem descuidar de intervir nas políticas e nas práticas parlamentares e institucionais; em aprofundar a crítica e a formulação teórica sobre as questões de saúde; e, em contribuir para a consolidação das liberdades políticas e para a constituição de uma sociedade mais justa.

A produção editorial do CEBES é resultado do trabalho coletivo. Estamos certos que continuará assim, graças a seu apoio e participação.

A ficha abaixo é para você tornar-se sócio ou oferecer a um amigo! Basta enviar a taxa de associação (anuidade) de R\$ 150,00 (institucional), R\$ 100 (profissional) ou R\$ 50,00 (estudante) em cheque nominal e cruzado, junto com a ficha devidamente preenchida, em carta registrada, ou solicitar, nos telefones ou e-mail abaixo.

CORRESPONDÊNCIAS DEVEM SER ENVIADAS PARA

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Av. Brasil, 4.036 – Sala 802 – Manguinhos – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tel.: (21) 3882-9140 e 3882-9141 – Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br / www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br / revista@saudeemdebate.org.br

FICHA DE INSCRIÇÃO (preencher em letra de forma) Valor: R\$ 100,00

Para efetuar depósito: Caixa Econômica Federal – Agência: 1343 C/C: 0375-4 Operação: 003

CNPJ: 48.113.732/0001-14

Pagamento de Anuidade

Nome: _____

Nova Associação

Endereço: _____

Atualização de Endereço

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel.: () _____ Fax.: () _____

Cel.: _____ E-mail: _____

Local de Trabalho: _____

Profissão: _____

Data de Inscrição: _____ Assinatura: _____

INSTRUÇÕES AOS AUTORES - SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate, criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) voltada para as Políticas Públicas na área da saúde. Publicada trimestralmente, desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes.

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificadas a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada à aprovação de membros do Conselho *ad-hoc*, selecionados para cada número da revista, que avaliam os artigos pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas permanecem sigilosos até a publicação do texto. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou de conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores, por meio de comunicações via site e e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final para publicação.

MODALIDADES DE TEXTOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

Artigos originais

1. Pesquisa: artigos que apresentem resultados finais de pesquisas científicas, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Artigos resultantes de pesquisas que envolvem seres humanos devem ser enviados junto de cópia do documento da Comissão de Ética da instituição.

2. Ensaio: artigos com análise crítica sobre um tema específico de relevante interesse para a conjuntura das

políticas de saúde no Brasil, com tamanho entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão: artigos com revisão crítica da literatura sobre um tema específico, com tamanho entre 10 e 15 laudas.

4. Relato de experiência: artigos com descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão, com tamanho entre 10 e 15 laudas.

5. Opinião: de autoria exclusiva de convidados pelo Editor Científico da revista, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Nesse formato não são exigidos o resumo e o *abstract*.

Resenhas

Serão aceitas resenhas de livros de interesse para a área de Políticas Públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

Documentos e depoimentos

Serão aceitos trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

SEÇÕES DA PUBLICAÇÃO

A revista está estruturada com as seguintes seções:

Editorial

Apresentação

Artigos de Debate

Artigos Temáticos

Artigos de Tema Livre

Artigos Internacionais

Resenhas

Depoimentos

Documentos

APRESENTAÇÃO DO TEXTO

Sequência de apresentação do texto

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.

O título, por sua vez, deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do artigo.

A folha de apresentação deve trazer o nome completo do(s) autor(es) e, no rodapé, as informações profissionais (contendo filiação institucional e titulação), endereço, telefone e e-mail para contato. Essas informações são obrigatórias. Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e se houve conflito de interesses na concepção da pesquisa.

Apresentar resumo em português e inglês (*abstract*) ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres com espaço (aproximadamente 120 palavras), no qual fique clara a síntese dos propósitos, métodos empregados e principais conclusões do trabalho. Devem ser incluídos, ao final do resumo, o mínimo de três e o máximo de cinco descritores (*keywords*), utilizando, de preferência, os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis no endereço <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados descritores relacionados à temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido no âmbito acadêmico.

Em seguida apresenta-se o artigo propriamente dito:

- a. as marcações de notas de rodapé no corpo do texto deverão ser sobrescritas. Por exemplo: Reforma Sanitária¹
- b. para as palavras ou trechos do texto destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Por exem-

plo: ‘porta de entrada’. Aspas duplas serão usadas apenas para citações diretas.

- c. quadros, gráficos e figuras deverão ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco e/ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e intitulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de quadros e de gráficos deverá ser, no máximo, de cinco por artigo. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem informações sobre os autores do artigo, citando apenas a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto.
- d. os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa-baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520:2002 (disponível em bibliotecas). Por exemplo: “conforme argumentam Aciole (2003) e Crevelim e Peduzzi (2005), correspondente à atuação do usuário nos Conselhos de Saúde...”
- e. as referências bibliográficas deverão ser apresentadas, no corpo do texto, entre parênteses com o nome do autor em caixa-alta seguido do ano e, em se tratando de citação direta, da indicação da página. Por exemplo: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023:2002 (disponível em bibliotecas), com algumas adaptações (abreviar o prenome dos autores). Exemplos:

LIVRO:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

CAPÍTULO DE LIVRO:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

ARTIGO DE PERIÓDICO:

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

MATERIAL DA INTERNET:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE [internet]. Normas para publicação da Revista Saúde em Debate. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Submissão

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br, após realizar *login* fornecido junto da senha após o cadastro do autor responsável pela submissão. Todos os campos obrigatórios devem ser devidamente preenchidos. O artigo submetido e o arquivo enviado devem ser iguais, contendo as mesmas informações.

No corpo do texto não deve conter nenhuma informação que possibilite identificar os autores ou instituições. Todas as informações relacionadas aos autores devem constar apenas no arquivo submetido.

Os arquivos referentes a tabelas, gráficos e figuras devem ser submetidos separadamente do arquivo com o texto principal e não devem conter identificações sobre os autores.

O artigo deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível (salvar em formato .doc ou .docx),

em página padrão A4, com fonte Times New Roman tamanho 12 e espaçamento entre linhas de 1,5.

Os documentos solicitados (relacionados a seguir) deverão ser enviados via correio, devidamente assinados.

Declaração de autoria e de responsabilidade

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento, ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo, disponível em <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>

Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse entre os autores. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho” na página de rosto (folha de apresentação do artigo) será suficiente.

Ética em pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em

sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais) deverá ser encaminhado um documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentada a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é encaminhado ao Conselho Editorial para avaliação da pertinência temática e observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais. Depois, é verificado pela secretaria editorial, para confirmação de adequação às normas da revista. Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de revisores *Ad-Hoc* (pareceristas) da revista. Os pareceristas serão escolhidos de acordo com o tema do artigo e sua *expertise*, priorizando-se conselheiros que não sejam do mesmo estado da federação que os autores. Os conselheiros têm prazo de 45 dias para emitir o parecer. Ao final do prazo, caso o parecer não tenha sido enviado, o consultor será procurado e será avaliada a oportunidade de encaminhamento a outro conselheiro. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões:

aceito para publicação; aceito para publicação (com sugestões não-impeditivas); reapresentar para nova avaliação após efetuadas as modificações sugeridas; recusado para publicação.

Caso a avaliação do parecerista solicite modificações, o parecer será enviado aos autores para correção do artigo, com prazo para retorno de sete dias. Ao retornar, o parecer volta a ser avaliado pelo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias.

Caso haja divergência de pareceres, o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer). No caso de solicitação de alterações no artigo, poderão ser encaminhados em até três meses.

Ao fim desse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores, o artigo será considerado retirado.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Endereço para correspondência:

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Tel.: (21) 3882-9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

INSTRUCTIONS TO AUTHORS – SAÚDE EM DEBATE

The journal *Saúde em Debate*, created in 1976, is a publication by *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (Cebes) which is directed to the public policies of the health field. Published quarterly since 2010, that is, in March, June, September and December, the journal is distributed to all associates in regular situation with Cebes.

Unpublished articles structured as original articles, reviews of books of academic, politic and social meaning, as well as statements, are accepted.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted for publication.

Total or partial reproduction of the articles is allowed under the condition of indicating the source and the authorship.

The publication of the papers is conditioned to approval by members of the ad-hoc council, who are selected to each issue of the journal and assess the articles by the double-blind method, that is, the name of the authors and reviewers remain confidential till the paper is published. Eventual suggestions of structure or content modifications by the editors will be previously decided together with the authors via website or e-mail. Additions or modifications will not be accepted after the final approval for publication.

TYPES OF TEXTS ACCEPTED FOR PUBLICATION

Original Articles

1. Research: articles that present final results of scientific research, presented in 10 to 15 pages. Articles resulting from research involving human beings must be sent with a copy of the form by the Ethics Committee of the institution.

2. Essays: articles presenting critical analyses on a specific theme of relevance for the assemblage of health policies in Brazil, presented in 10 to 15 pages.

3. Review: articles presenting literature critical comments on a specific theme, presented in 10 to 15 pages.

4. Experience report: articles describing academic, assistance and extension experiences, also presented in 10 to 15 pages.

5. Opinion: the authorship is exclusive to persons invited by the journal's scientific editor, also presented in 10 to 15 pages. In this modality, the abstract is not required.

Review

Review of books directed to the field of health public policies will be accepted according to the editorial board's criteria. The papers must present a view of the content of the book, as well as its theoretical principles and an idea of the public to which it is directed, being presented in up to three pages.

Documents and statements

Papers referring to historical or conjunctive themes will be accepted according to the editorial board's criteria.

PUBLICATION SECTIONS

The journal is structured in the following sections:

Editorial

Presentation

Debate articles

Thematic articles

Free articles

International articles

Reviews

Statements

Documents

TEXT PRESENTATION

Sequence of text presentation

The papers may be written in Portuguese, Spanish or English.

Texts in Portuguese and Spanish must present the title in the original language and in English. Texts in English must present the title in English and in Portuguese.

The title, in turn, must express clearly and briefly the content of the paper.

The presentation page should present the complete name of the authors and, in the footnote, their professional information (institutional bond and titles), address, phone number and e-mail address for contact. This information is obligatory. When the article depicts the result of financed research, the financial source must be indicated, as well as the existence or not of conflict of interests during the production of the paper.

The manuscript must present an abstract in Portuguese and in English or Spanish with up to 700 characters with space (approximately 120 words), in which the synthesis of the purposes, methods employed and main conclusions of the paper must be clear. In the end of the abstract, a minimum of three and maximum of five keywords should be included, using preferentially the terms presented in the structured vocabulary Health Science Descriptors (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. If the keywords related to the article's theme are not found, other terms or expressions of common knowledge in the field may be employed.

Next, the article itself is presented:

- a. the indication of footnotes in the body of the text must be superscript. For example: Sanitary Reform¹
- b. as to words or passages emphasized to the author's discretion, simple quotation marks must be used.

For example: 'entrance door'. Quotation marks will be used only for direct citations.

- c. charts, graphs and figures must be sent in high printing quality, in black and white or grayscale, separately from the text and correctly numbered and entitled, with indication of the value's units and respective sources. The number of charts and graphs should not exceed five per article. The files must be submitted one by one, that is, one file for each image, without information about the authors, being mentioned only the source of the graph, chart or figure. These elements must be sequentially numbered, being respected their order of appearance in the text.
- d. the authors mentioned in the body of the text must be written in small letters (only the first in capital letter), being observed the ABNT NBR 10520:2002 patterns (available in libraries). For example: "according to Aciole (2003) and Crevelim and Peduzzi (2005), it corresponds to the clients' participation in Health Councils..."
- e. the bibliographical references must be presented, in the text body, in parenthesis, being the name of the authors fully written in capital letters followed by the year of publication and, in case of direct citations, by the page number. For example: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

The references must be indicated in the end of the article, being observed the ABNT NBR 6023:2002 patterns, with some adaptations (abbreviate the author's first name). Examples:

BOOK:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.) *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

BOOK CHAPTER:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

PERIODICAL ARTICLE:

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

ON-LINE MATERIAL:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE [internet]. Normas para publicação da Revista Saúde em Debate. Available from: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Cited on: Jun 9, 2010.

Submission

The articles must be submitted exclusively through the site: www.saudeemdebate.org.br, after logging in and indicating the password provided after the registration of the author who is responsible for the submission. All required fields must be correctly filled out. The file submitted and the file sent must be equal, containing the very same information.

The text body should not present any information that may allow the identification of the authors or institutions. Information related to the authors must be indicated only in the submitted file.

The files containing tables, graphs and figures must be submitted apart from the file containing the main text, and should not provide identification of the authors.

The article must be typed in Microsoft® Word or compatible software (save as .doc or .docx), in A4 page, Times New Roman typeface 12 pt and 1.5 line space.

The required documents (indicated next) should be sent by mail and properly signed.

Declaration of authorship and responsibility

According to the authorship criteria by the International Committee of Medical Journal Editors, the authors must

observe the following conditions: a) contribute substantially to the conceiving and planning, or to the analysis and data interpretation; b) contribute significantly to the elaboration of rough copy or critical review of the content; c) participate in the approval of the manuscript's final version. In order to do that, it is necessary that all authors and co-authors sign the Declaration of Authorship and Responsibility, in conformity with the model available at <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

Conflicts of interest

The papers submitted for publication should contain information about the existence or not of any kind of conflict of interests among the authors. Financial interests, for instance, are not only related to the direct financing of the research, but also to the employment relationship itself. If there is no conflict, the following information in the presentation page will do: "The authors declare that there are no conflicts of interests with regard to this article".

Research ethics

As to research initiated after January 1997 and involving human beings, in compliance with item II of the Resolution 196/96 of the National Health Council (research involving individually or collectively, directly or indirectly, totally or partially a human being, including the handling of information and material), a document of approval by the Research Ethics Committee of the institution where the study was carried out must be sent. In case of institutions that do not dispose of an Ethics Committee, an approval by other committee must be sent.

Flow of manuscripts submitted for publication

All manuscripts received by the CEBES bureau are conducted to the editorial board to assessment of thematic relevance and observation of the accomplishment of the manuscript submission general rules. Later on, the editorial bureau verifies the paper as to confirm its adequacy to the journal's patterns. Once accepted for appreciation, the manuscripts are sent to two Ad-Hoc technical reviewers of the journal (peer-review). The reviewers are chosen accord-

ingly to the theme of the article and his/her expertise, and priority is given to counselors that do not pertain to the same federation state as the authors. The counselors are given a 45-day deadline to issue their opinion. If the opinion is not issued at the end of the deadline, the counselor is contacted and the opportunity of sending the manuscript to other counselor is considered. The review form is available for consultation in the journal's website. The opinions always present the following conclusions: accepted for publication; accepted for publication (with non-hindering suggestions); resubmit for new assessment after accomplishing the suggested modifications; refused for publication.

If the reviewer's assessment requires modifications, the opinion will be sent to the authors, so they correct the manuscript within a seven-day deadline. When the manuscript is sent back, the opinion is reassessed by the reviewer within a 15-day deadline, which may be prorogated to another 15 days.

If there is divergence of opinions, the article is sent to a third counselor for decision (the editorial board may issue a third opinion to its discretion). If other alterations are requested, they may be sent in up to three months.

At the end of the deadline and not having any manifestations by the authors, it will be considered as a withdrawal.

The model of opinion used by the scientific board is available at: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Mailing address:

Avenida Brasil, 4036, room 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brazil.

Phone: (21) 3882-9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SALUD COLECTIVA



SALUD COLECTIVA
Disponible a texto completo en:

<http://redalyc.uaemex.mx>

<http://www.doaj.org>

<http://dialnet.unirioja.es>

<http://www.unla.edu.ar>

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Revista Salud Colectiva
Casilla de Correo N°10, Carrasco 31
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(CP 1407) Argentina

INDIZADORES / INDEXING SERVICES

SSCI

Social Sciences Citation Index
Thomson Reuters
<http://www.thomsonreuters.com/>

DOAJ

Directory of Open Access Journals
Universidad de Lund, Suecia
<http://www.doaj.org/>

REDALYC

Red de Revistas Científicas de América Latina y
el Caribe, España y Portugal
Universidad Autónoma del Estado de México
<http://redalyc.uaemex.mx>

LATINDEX

Sistema Regional de Información en Línea para
Revistas Científicas de América Latina, el Caribe,
España y Portugal
CAICYT - CONICET
<http://www.latindex.unam.mx/>

DIALNET

Portal de difusión de la producción científica
hispana
Universidad de La Rioja, España
<http://dialnet.unirioja.es/>

CLASE

Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y
Humanidades
Universidad Nacional Autónoma de México
<http://www.dgbiblio.unam.mx/>

LILACS

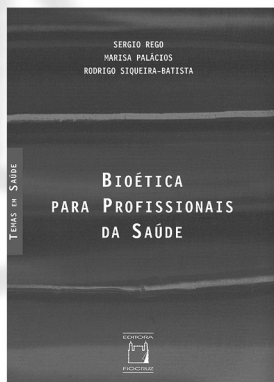
Literatura Latinoamericana y del Caribe en
Ciencias de la Salud
Bireme, OPS, Brasil
<http://www.bireme.br/>

BINACIS

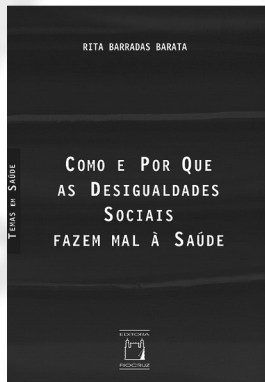
Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud
OPS, Argentina
<http://www.bvs.org.ar/bases.htm>

BVS

Biblioteca Virtual en Salud
OPS
<http://www.bvs.org.ar/>



BIOÉTICA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE
 Sergio Rego, Marisa Palácios
 e Rodrigo Siqueira Batista
 Coleção Temas em Saúde
 2009. 160p.
 Preço: R\$15,00



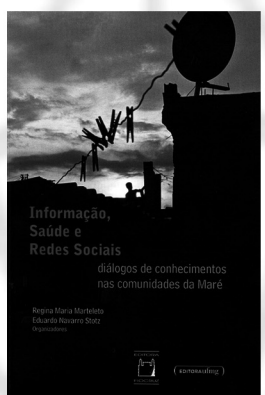
COMO E POR QUE AS DESIGUALDADES SOCIAIS FAZEM MAL A SAÚDE
 Rita Barradas Barata
 Coleção Temas em Saúde
 2009. 120p.
 Preço: R\$ 15,00



O QUE É O SUS
 Jairnilson Paim
 Coleção Temas em Saúde
 2009. 148p.
 Preço: R\$ 15,00



HISTÓRIAS DE PESSOAS E LUGARES:
 MEMÓRIAS DAS COMUNIDADES DE MANGUINHOS
 Tania Maria Fernandes e
 Renato Gama-Rosa Costa
 2009. 232p., il., mapas



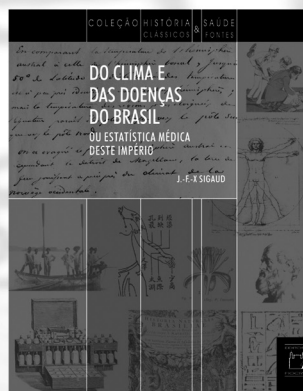
INFORMAÇÃO, SAÚDE E REDES SOCIAIS:
 DIÁLOGOS DE CONHECIMENTOS NAS
 COMUNIDADES DA MARÉ
 Regina Marteletto e
 Eduardo Navarro Stotz (orgs.)
 2009. 176p., il. Co-edição com a EdUFMG
 Preço: R\$25,00



PARTICIPAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL
 Soraya Vargas Côrtes (org.)
 2009. 208p., tab., graf.
 Preço: R\$28,00



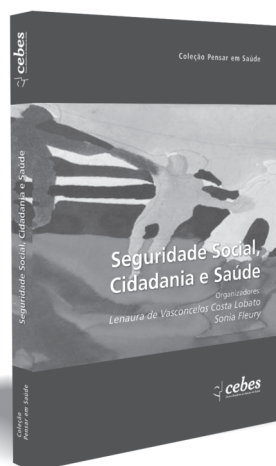
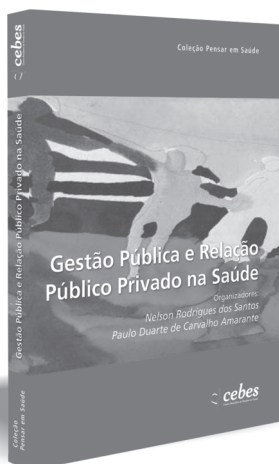
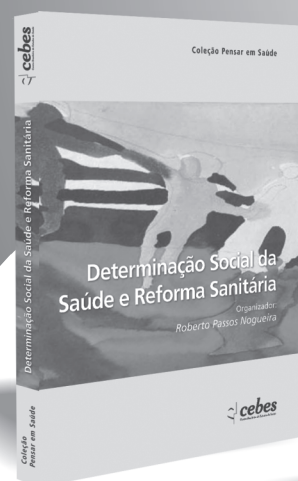
REFORMA PSIQUIÁTRICA: AS EXPERIÊNCIAS FRANCESA E ITALIANA
 Isabel C. Friche Passos
 Coleção Loucura & Civilização
 2009. 244p., tab.
 Preço: R\$ 33,00



DO CLIMA E DAS DOENÇAS DO BRASIL
 – OU ESTATÍSTICA MÉDICA DESTE IMPÉRIO
 J. F. Xavier Sigaud, Edição brasileira.
 Coleção História e Saúde/Clássicos e Fontes
 2009. 424p., il., tab.

Coleção Pensar em Saúde, apenas clássicos.

Com esta coleção o Cebes inicia a série de livros voltados à atualização da agenda da reforma sanitária brasileira. Os livros trazem contribuições de renomados especialistas nos temas mais fundamentais da reforma sanitária: a questão democrática e a participação social, seguridade social, determinação social do processo saúde/enfermidade, gestão pública e relação público privado na saúde.



Lançamento



Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141, Fax.: (21) 2260-3782

www.cebes.org.br

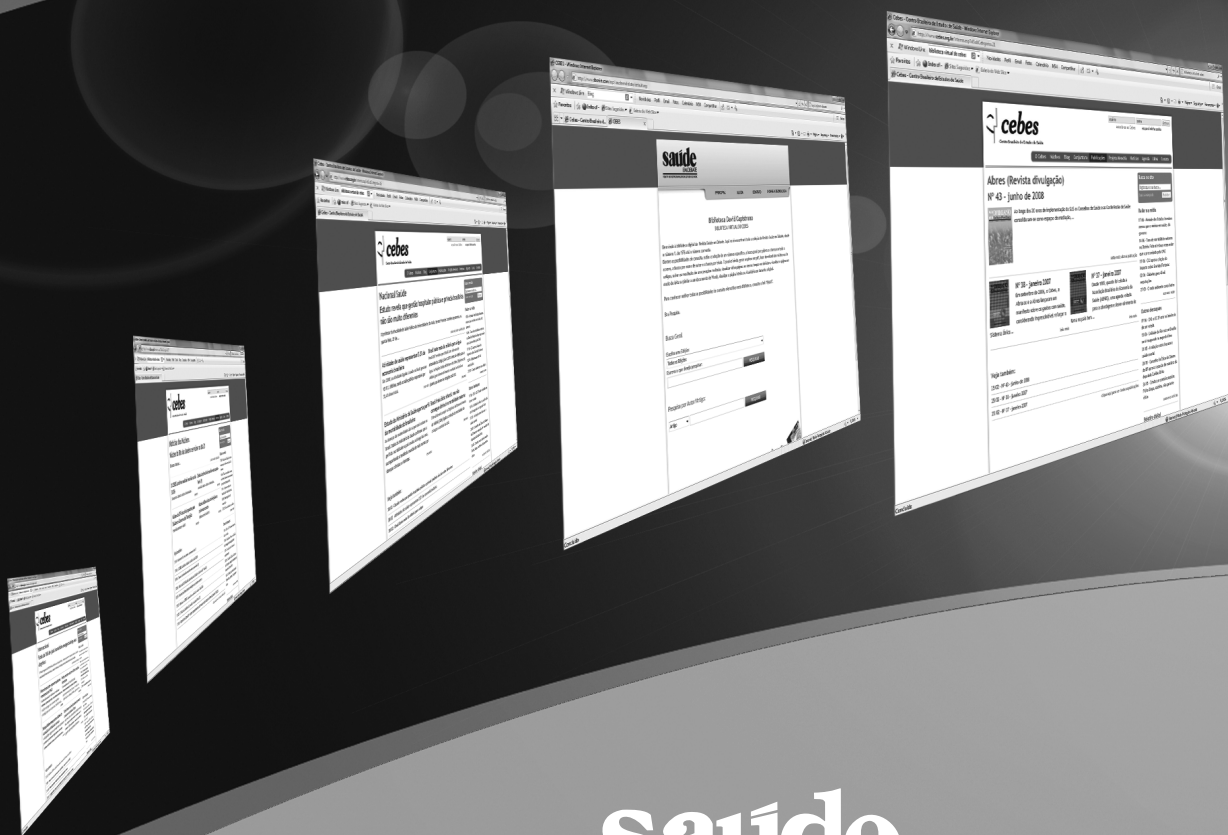
www.saudeemdebate.org.br

BIBLIOTECA VIRTUAL DO CEBES

O debate em saúde mais perto de você!



[http://www](http://www.cebes.org.br)



saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141, Fax.: (21) 2260-3782

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br

REVISÃO DE TEXTO,
CAPA, DIAGRAMAÇÃO E
EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

Zeppelini Editorial

PROOFREADING
COVER, LAYOUT AND
DESKTOP PUBLISHING

Zeppelini Editorial

IMPRESSÃO E ACABAMENTO

Corbá Editora Artes Gráficas

PRINT AND FINISH

Corbá Editora Artes Gráficas

TIRAGEM

2.000 exemplares

NUMBER OF COPIES

2,000 copies

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em Outubro de 2010

Capa em papel cartão supremo 250 g/m²

Miolo em papel kromma silk 90 g/m²

This publication was printed in Rio de Janeiro on October, 2010

Cover in premium card 250 g/m²

Core in kromma silk 90 g/m²

Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES – v.1 (out./
nov./dez.1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010.

v. 34; n. 86; 27,5 cm

Trimestral
ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES

CDD 362.1

