

ATENÇÃO INTEGRAL em saúde da família

Liberata Campos Coimbra
Geórgia Sibebe Nogueira da Silva
Maísa Paulino Rodrigues
Annatália Meneses de Amorim Gomes
organizadoras



**ATENÇÃO INTEGRAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



Reitora	<i>Ângela Maria Paiva Cruz</i>
Vice-Reitor	<i>José Daniel Diniz Melo</i>
Diretoria Administrativa da EDUFRN	<i>Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Diretor)</i> <i>Wilson Fernandes de Araújo Filho (Diretor Adjunto)</i> <i>Judithe da Costa Leite Albuquerque (Secretária)</i>
Conselho Editorial	<i>Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Presidente)</i> <i>Ana Karla Pessoa Peixoto Bezerra</i> <i>Anna Emanuella Nelson dos S. C. da Rocha</i> <i>Anne Cristine da Silva Dantas</i> <i>Christianne Medeiros Cavalcante</i> <i>Edna Maria Rangel de Sá</i> <i>Eliane Marinho Soriano</i> <i>Fábio Resende de Araújo</i> <i>Francisco Dutra de Macedo Filho</i> <i>Francisco Wildson Confessor</i> <i>George Dantas de Azevedo</i> <i>Maria Aniolly Queiroz Maia</i> <i>Maria da Conceição F. B. S. Passeggi</i> <i>Maurício Roberto Campelo de Macedo</i> <i>Nedja Suely Fernandes</i> <i>Paulo Ricardo Porfírio do Nascimento</i> <i>Paulo Roberto Medeiros de Azevedo</i> <i>Regina Simon da Silva</i> <i>Richardson Naves Leão</i> <i>Rosires Magali Bezerra de Barros</i> <i>Tânia Maria de Araújo Lima</i> <i>Tarcísio Gomes Filho</i> <i>Teodora de Araújo Alves</i>
Revisores Linguístico-textual	<i>Camila Maria Gomes</i> <i>Kaline Sampaio de Araújo</i>
Revisora ABNT	<i>Verônica Pinheiro da Silva</i>
Revisores Tipográficos	<i>José Correia Torres Neto</i>
Imagem da capa	<i>Lêda Hansen</i>
Diagramação e capa	<i>Amanda Marques</i>

ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

1ª edição

Liberata Campos Coimbra
Geórgia Sibebe Nogueira da Silva
Maísa Paulino Rodrigues
Annatália Meneses de Amorim Gomes
organizadoras



Copyright © Liberata Campos Coimbra, Geórgia Sibeles Nogueira da Silva,
Maísa Paulino Rodrigues e Annatália Meneses de Amorim Gomes, 2017

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9.610 de 19/02/1998. É proibida a reprodução total ou parcial sem autorização, por escrito, do autor.

1ª edição

Direitos reservados a Liberata Campos Coimbra, Geórgia Sibeles Nogueira da Silva,
Maísa Paulino Rodrigues e Annatália Meneses de Amorim Gomes

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da publicação na Fonte. UFRN/Biblioteca Central Zila Mamede

Atenção integral em saúde da família [recurso eletrônico] /
Organizado por Liberata Campos Coimbra [et al] – Natal:
EDUFRN, 2017.
1 CD ROM.

ISBN 978-85-425-0729-4

1. Saúde pública. 2. Enfermagem. 3. Saúde da Família.
4. Medicina. I. Coimbra, Liberata Campos. II. Nogueira da
Silva, Geórgia Sibeles. III. Rodrigues, Maísa Paulino. IV.
Gomes, Annatália Meneses de Amorim. V. Título.

CDU 614
A864

Todos os direitos desta edição reservados à EDUFRN – Editora da UFRN
Av. Senador Salgado Filho, 3000 | Campus Universitário
Lagoa Nova | 59.078-970 | Natal/RN | Brasil
e-mail: contato@editora.ufrn.br | www.editora.ufrn.br
Telefone: 84 3342 2221

Natal – Rio Grande do Norte – Brasil

2017

Printed in Brazil – Foi feito depósito legal

ORGANIZADORAS

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Psicóloga (UFC), Assistente Social (UECE), Mestra em Educação em Saúde (UNIFOR) e Doutora em Ciências da Saúde (UFRN); Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Professora dos Mestrados Profissionais Ensino na Saúde (UECE) e Saúde da Família (RENASF/UECE); Consultora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde; Membro do Laboratório de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, da UECE; Vice-Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UECE).

Geórgia Sibeles Nogueira da Silva

Psicóloga (UNIFOR), Mestra em Saúde Coletiva (UERJ) e Doutora em Medicina Preventiva (USP); Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFRN); Coordenadora do Laboratório de Estudos em Tanatologia e Humanização das Práticas em Saúde (LETHS/UFRN); Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFRN) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF)

Liberata Campos Coimbra

Enfermeira (UFMA), Mestra em Saúde e Ambiente (UFMA) e Doutora em Políticas Públicas (UFMA); Professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF); Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFMA).

Maísa Paulino Rodrigues

Cirurgiã-dentista (UFRN), Mestre em Odontologia Social (UFRN) e Doutora em Ciências da Saúde (UFRN); Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRN) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF); Vice-Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFRN).

AUTORES

Altamira Pereira da Silva Reichert

Enfermeira (UFRN); Mestre em Enfermagem (UFPB); Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente (UFPE); Professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Professora na graduação e no Programa de Pós-graduação em Enfermagem (UFPB). Vice-Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFPB);

Aluísio Ferreira de Lima

Psicólogo (UNIA); Mestre em Psicologia (PUC-SP); Doutor em Psicologia (PUC-SP); Professor da Universidade Federal do Ceará (UFC); Professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFC); Vice-Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFC).

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira

Médica (UFPE); Mestre em Medicina (USP); Doutora em Medicina (USP); Médica-assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Médica da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Ana Cybele Peixoto de Andrade

Assistente Social (UECE); Psicóloga (UNIFOR); Mestre em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UECE).

Ana Patrícia Pereira Morais

Enfermeira (UECE); Mestre em Saúde Pública (UECE) e Doutora em Saúde Pública (USP); Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Professora e Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UECE).

Ana Valeska Siebra e Silva

Enfermeira (UECE); Mestre em Saúde Pública (UFC); Doutora em Saúde Pública (USP); Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Professora do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (UECE).

Anna Luiza Castro Gomes

Enfermeira (UFPB); Mestre em Enfermagem (UFPB); Doutora em Saúde Pública (ENSP); Professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Psicóloga (UFC); Assistente Social (UECE); Mestre em Educação em Saúde (UNIFOR); Doutora em Ciências da Saúde (UFRN); Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Professora dos Mestrados Profissionais Ensino na Saúde (UECE) e Saúde da Família (RENASF/MPSF/UECE); Vice-Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UECE).

Antônio Emmanuel Paiva de Araújo

Farmacêutico (UFC); Farmacêutico Residente – Maternidade Escola Assis Chateaubrand (MEAC) – Universidade Federal do Ceará (UFC).

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Odontóloga (UFC); Mestre em Odontopediatria (University of London/Inglaterra); Doutora em Odontologia pela University of Toronto (University of Toronto/Canadá); Coordenadora Geral do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/FIOCRUZ); Pesquisadora Especialista da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ-CE.

Betânia Moreira de Morais

Psicóloga (UFC); Mestre e Doutora em Educação Brasileira (UFC); Professora na Universidade Estadual do Ceará/UECE.

Cícera Maria Arrais Pereira Vasconcelos

Enfermeira (UFRC); Mestranda em Saúde da Família (RENASF/MPSF/ UFC); Enfermeira da Emergência do Instituto Dr. José Frota.

Cleide Carneiro

Assistente Social (Instituição Toledo de Ensino); Mestre em Serviço Social (UNESP) e Doutora em Serviço Social (UNESP); Professora e Pesquisadora da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Coordenadora do Curso Mestrado Profissionalizante Ensino na Saúde (CMEPES).

Débora de Fátima Mendonça Santos Cavalcanti

Fisioterapeuta pela Faculdade Integral Diferencial; Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário Uninovafapi (UNINOVAFAPI); Docente da FATESP e FAMEP.

Diego Mendonça Viana

Psicólogo (UFC); Mestre em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFC); Servidor Público do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) de Umirim (CE).

Edna Albuquerque Brito

Enfermeira (UFPI); Mestre em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFPI); Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (PI); Enfermeira do Hospital Estadual do Mocambinho.

Elayne Cristina Costa Damasceno

Enfermeira (UVA); Mestre em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UVA); Enfermeira da Prefeitura Municipal de Coreaú (CE).

Elenice Maria Cecchetti Vaz

Enfermeira (UFRJ); Mestre em Enfermagem (UERJ); Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Professora da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Eliany Nazaré Oliveira

Enfermeira (UFC), Mestra em Enfermagem (UFC) e Doutora em Enfermagem (UFC); Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Professora do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (UFC /Sobral), do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFC) e do Mestrado Profissional em Ensino da Saúde.

Eliene de França Mascarenhas

Médica (UFC); Mestra em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UECE); Médica da ESF/SMS – Fortaleza (CE).

Emanuel Messias Aguiar de Castro

Psicólogo (UECE); Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

Érico Alexandre Vasconcelos de Menezes

Graduando em Medicina na Universidade de Fortaleza (UNIFOR – CE).

Edson Silva Soares

Professor do Instituto de Educação Física e Esportes da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Evaldo Eufrásio Vasconcelos

Enfermeiro (UVA); Mestre em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UVA); Assessor Técnico da 12ª Regional de Saúde – Acaraú (CE).

Fabiana Veloso Lima

Enfermeira (UFPB); Fisioterapeuta (UFPB); Mestranda em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFPB); Enfermeira da Área Técnica de Saúde da Mulher (Prefeitura Municipal de João Pessoa); Professora da Associação Paraibana de Ensino Renovado e do Centro Universitário de João Pessoa.

Fabrcio Bitu Sousa

Odontólogo (UEPB); Doutor em Odontologia (USP); Pós-doutor em Dermatologia pela FMUSP; Professor da Universidade Federal do Ceará (UFC); Coordenador da Pós-Graduação em Odontologia no Centro Universitário Christus (Unichristus).

Francimeiry Amorim da Silva

Médica (UECE); Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Médica da Prefeitura Municipal de Quixadá (CE).

Francilva Marta Machado Rocha

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí (2002) e Licenciada em Biologia pela Universidade Estadual do Piauí (2001); Mestra em Saúde da Família (NASF/FIOCRUZ/UECE); Professora da Escola Técnica do SUS – Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde.

Francisco Meykel Amancio Gomes

Enfermeiro (UVA); Mestre em Saúde da Família (RENASF/UVA); Professor do Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA); Professor do curso de Enfermagem das Faculdades INTA (Sobral - Ceará).

Geilson Mendes de Paiva

Enfermeiro (UVA); Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (ESP-CE); Mestrando Acadêmico em Saúde da Família (UFC/UVA); Enfermeiro do Serviço da Emergência do Hospital Regional Norte (Sobral-CE)

Geison Vasconcelos Lira

Médico (UFC); Mestre em Educação (UNIFOR); Doutor em Educação (UFC); Professor da Universidade Federal do Ceará (UFC); Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (UFC).

Geórgia Sibebe Nogueira da Silva

Psicóloga (UNIFOR); Mestre em Saúde Coletiva (IMS-UERJ); Doutora em Medicina Preventiva (USP); Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFRN) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFRN). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFRN);

Glauberto da Silva Quirino

Enfermeiro (UVA); Biólogo (URCA); Mestre em Bioprospecção Molecular (URCA) e Doutor em Educação em Ciências (UFSM); Professor da Universidade Regional do Cariri (URCA); Professor do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/URCA).

Gleice Fernandes de Sousa

Enfermeira pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI (PI).

Heloísa Esteves Gurgel do Amaral

Enfermeira (UECE); Mestre em Enfermagem (UFC); Assistente Técnica na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza/Coordenação Municipal de Tuberculose e Hanseníase.

Ingrid Bezerra Costa Maia

Assistente Social (UECE); Especialista em Saúde Mental (UECE); Coordenadora da Vigilância Social do município de Quixadá (CE).

Israel Rocha Brandão

Psicólogo (UFC); Mestre em Sociologia (UFC); Doutor em Psicologia (PUC-SP); Professor da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Ítalo Barroso Bezerra

Graduando em Medicina na Universidade de Fortaleza (UNIFOR – CE).

Jacques Antonio Cavalcante Maciel

Odontólogo (UFC); Mestrando em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFC); Cirurgião-Dentista de Saúde da Família na Prefeitura Municipal de Sobral.

Janete Galvão Martins Cassiano

Médica (UFC); Mestre em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFC); Médica do PSF da Prefeitura Municipal de Fortaleza e Médica Traumato-Ortopedista do Instituto Doutor José Frota.

João Hernando Rodrigues Alves

Enfermeiro (UVA); Especialista em Saúde da Família na modalidade de Residência Multiprofissional pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Enfermeiro na Rede de Atenção Integral em Saúde Mental (RAISM) em Sobral/CE.

José Jackson Coelho Sampaio

Médico (UFC); Mestre em Saúde Coletiva (UERJ); Doutor em Medicina Preventiva (USP); Professor da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Reitor da Universidade Estadual do Ceará.

José Jeová Mourão Netto

Enfermeiro do Hospital Regional Norte em Sobral (CE); Servidor Público Municipal de Cariré (CE); Mestre em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UVA).

José Maria Ximenes Guimarães

Enfermeiro (UVA); Mestre em Saúde Pública (UECE); Doutor em Saúde Coletiva (UECE); Professor da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Professor do Mestrado Profissional Ensino na Saúde (UECE) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UECE).

José Mário Nunes da Silva

Fisioterapeuta (Faculdade Santo Agostinho); Mestre em Ciências da Saúde (UFPI); Professor da Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão (FACEMA); Professor da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Médico (UERJ); Mestre (FMUSP/USP), Doutor (FMUSP/USP), Livre-Docente (FMUSP/USP) Professor Titular do Departamento de Especialização em Medicina Preventiva pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Káren Mendes Jorge de Souza

Enfermeira (UFPB); Mestre em Enfermagem (UFPB); Doutora em Ciências (USP); Pós-doutora pela EERP/USP; Professora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Krishna Andréia Feitosa Petrola

Odontóloga (UFC); Mestre em Saúde da Família (RENASF/MDSF/FIOCRUZ-CE); Cirurgiã-Dentista da ESF na Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Leandro Roque da Silva

Psicólogo (UFPB); Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Pesquisador do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social (SEPSSAS), vinculado à UFPB; Professor Universitário da Faculdade do Vale do Ipojuca (FAVIP/DEVRY) de Caruaru (PE).

Lenilde Duarte de Sá

Enfermeira (UFPB); Mestre em Enfermagem (UFPB); Doutora em Enfermagem (USP); Professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFPB).

Leonardo Sales Lima

Psicólogo (UESPI); Jornalista (UFPI); Mestre em Ciências e Saúde (UFPI); Professor da Universidade Estadual do Piauí (UESPI).

Liberata Campos Coimbra

Enfermeira (UFMA); Mestra em Saúde e Ambiente (UFMA); Doutora em Políticas Públicas (UFMA); Professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFMA); Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFMA).

Luís Fernando Farah de Tófoli

Médico (USP); Doutor em Medicina (USP); Professor da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Professor dos Programas de Pós-Graduação em Ciências Médicas (Concentração em Saúde Mental) e em Clínica Médica (Concentração em Ensino em Saúde) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Luzia Kalyne Almeida Moreira Leal

Farmacêutica (UFC); Mestra em Farmacologia (UFC); Doutora em Farmacologia (UFC); Professora da Universidade Federal do Ceará (UFC); Professora dos Programas de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas e em Farmacologia/UFC (Mestrado e Doutorado); Professora do Doutorado em Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Medicamentos (interinstitucional).

Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva

Psicóloga (UEPB); Especialista em Saúde Mental pela Faculdades Integradas de Patos (FIP), Especialista em Gestão do Cuidado com ênfase no Apoio Matricial; Psicóloga Hospitalar no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

Maísa Paulino Rodrigues

Cirurgiã-dentista (UFRN); Mestre em Odontologia Social (UFRN) e Doutora em Ciências da Saúde (UFRN); Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFRN) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSE/UFRN); Vice-Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSE/UFRN).

Márcia Lúcia de Oliveira Gomes

Odontóloga (UFC); Mestre em Saúde da Família (MPSF/RENASF/UECE); Cirurgiã-dentista da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará.

Maria Adelane Monteiro da Silva

Enfermeira (UVA); Mestre em Enfermagem (UFC); Doutora em Enfermagem (UFC); Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSE/UVA) e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (UFC).

Maria de Fátima Farias Valente

Pedagoga (UFC); Mestre em Planejamento e Políticas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Enfermeira (UNIFOR); Mestre em Enfermagem (UFC); Doutora em Enfermagem (UFC); Professora da Universidade Regional do Cariri (URCA); Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da URCA; Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSE/URCA).

Maria de Oliveira Ferreira Filha

Enfermeira (UFPB); Mestre em Enfermagem (UFPB); Doutora em Enfermagem (UFC); Professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Enfermeira (UFPI); Mestre em Enfermagem (UFRJ); Doutora em Enfermagem (UFRJ); Professora da Universidade Federal do Piauí (UFPI); Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UFPI).

Maria Irismar de Almeida

Enfermeira (UFC); Mestre em Educação (UFC); Doutora em Educação (UFC); Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Enfermeira do Governo do Estado do Ceará.

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira (UECE); Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2001); Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (2012); Professora da Universidade Estadual do Ceará.

Maria Socorro Carneiro Linhares

Enfermeira (UVA); Mestre em Enfermagem (UFC); Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UVA).

Maria Socorro de Araújo Dias

Enfermeira (UVA); Mestre em Enfermagem (UFC); Doutora em Enfermagem (UFC); Pós-doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Vice-Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UVA); Professora do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (UFC) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UVA).

Maria Vanderliuda de Sá Pereira

Enfermeira (Faculdade Santa Maria de Cajazeiras); Licenciada em Letras – Português/Inglês (UVA).

Maria Veraci Oliveira Queiroz

Enfermeira (UFC); Mestre em Enfermagem (UFC) e Doutora em Enfermagem (UFC); Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Maria Vieira de Lima Saintrain

Odontóloga (UFC); Licenciada em Geografia (UFC); Mestre em Licence Spécial En Santé Publique (Université Libre de Bruxelles/Bélgica); Doutora em Odontologia (UPE) e Pós-doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP); Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Marília Moura de Castro

Psicóloga (UFPB); Especialista em Saúde Mental; Assessora Técnica de Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Enfermeira (UECE); Mestre em Enfermagem (UFC); Doutora em Enfermagem (UFC); Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); Professora do Mestrado em Saúde da Família da UFC em associação com a UVA e EFSFVS e do Mestrado Profissional Ensino na Saúde (UECE). Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UVA);

Marize Melo dos Santos

Nutricionista (UFPE); Mestre em Nutrição (UFPE); Doutora em Nutrição (UFPE); Professora da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Marta Maria de França Fonteles

Farmacêutica (UFC); Mestre em Farmacologia (UFC); Doutora em Farmacologia (UFC) e Pós-doutora em Farmácia Clínica (University of Auckland/New Zealand); Professora da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Maura Vanessa Silva Sobreira

Enfermeira (UFPB); Mestre em Enfermagem (UFRN); Secretária Executiva de Estado da Saúde do Estado da Paraíba; Professora da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

Mayara Nascimento de Vasconcelos

Enfermeira (UVA); Coordenadora da Central de Marcação (CARA) na Secretaria Municipal de Saúde de Camocim (CE).

Moacir Andrade Ribeiro Filho

Enfermeiro (Faculdade Santa Maria/FSM); Mestrando em Saúde da Família (RENASF/MPSF/URCA); Enfermeiro obstetra do Hospital Regional de Cajazeiras; Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família no Município de Lavras da Mangabeira.

Mônica Oliveira Batista Oriá

Enfermeira (UNIFOR); Mestre em Enfermagem (UFC); Doutora em Enfermagem (UFC) e Pós-doutora em Enfermagem (University of Virginia); Professora da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista

Enfermeira (UFPI); Mestre em Enfermagem (UFPI); Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Teresina; Professora da Faculdade Santo Agostinho – PI (FSA).

Natália Frota Goyanna

Enfermeira (UVA); Especialista em Gestão da Saúde e Auditoria pelo Instituto Executivo de Formação/Faculdade Darcy Ribeiro; Mestranda em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFC).

Neusa Collet

Enfermeira (Fundação Educacional do Alto Uruguai Catarinense);
Mestra em Enfermagem Fundamental (USP); Doutora em Enfermagem
(USP); Professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Paula Frassinetti Castelo Branco Camurça Fernandes

Médica (UFC); Mestra em Epidemiologia pela Universidade Federal
de São Paulo (1995); Doutora em Medicina Interna e Terapêutica
pela Universidade Federal de São Paulo e Universidade de Londres
(1999); Professora do Curso de Medicina da Universidade Estadual do
Ceará (UECE); Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva/PPSAC (UECE).

Paulo Cesar de Almeida

Estatístico (UECE); Doutor em Saúde Pública (USP); Professor do
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos (UECE).

Paulo Ricardo Vasconcelos

Graduando em Enfermagem na Universidade Estadual Vale do
Acará (UVA).

Paulo Sérgio Dourado Arrais

Farmacêutico (UFC); Mestre em Farmacoepidemiologia (Universitat
Autònoma de Barcelona/Espanha); Doutor em Saúde Pública (UFBA);
Professor da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Pedro Renan Santos de Oliveira

Psicólogo (UFPE); Mestre em Saúde da Família (UFC); Doutorando em
Psicologia (UFC); Professor da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Rafaela de Jesus Nunes

Graduanda em Farmácia na Universidade Federal do Ceará (UFC).

Raila Souto Pinto Menezes

Enfermeira (UECE); Mestra em Saúde da Família (RENASF/UVA); Professora do Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA); Enfermeira no ambulatório de Coagulopatias no Hemocentro Regional de Sobral.

Raimunda Nonata Soares da Silva

Enfermeira do Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família de Nazaré – Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Natal (RN); Mestre em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFRN).

Rosana Lúcia Alves de Vilar

Enfermeira (UFRN); Doutora em Ciências Sociais (UFRN); Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFRN).

Rose Danielle de Carvalho Batista

Psicóloga (UESPI); Mestranda em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFPI); Facilitadora de Educação Permanente em Saúde pela EAD/ENSP/FIOCRUZ; Psicóloga da Prefeitura Municipal de Floriano (PI).

Sandra Cecília de Souza Lima

Enfermeira (UFC); Mestra em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UFC); Enfermeira da ESF do Centro de Saúde Poty Velho; Enfermeira Assistencialista do Hospital Infantil Lucídio Portela.

Séfora Luana Evangelista de Andrade

Enfermeira (UFPB); Mestra em Enfermagem (UFPB); Técnica do Controle da Tuberculose/Hanseníase na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Simone Soares Damasceno

Enfermeira (UFPB); Mestre em Enfermagem (UFPB); Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Tereza Alves de Souza

Enfermeira (UFC); Mestre em Saúde da Família (RENASF/MPSF/UECE); Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará.

Tereza Cristina Scatena Villa

Enfermeira (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto); Mestre em Enfermagem (USP) e Doutora em Enfermagem (USP); Professora da Universidade de São Paulo (USP); Professora da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Vanessa Medeiros da Nóbrega

Enfermeira (UFPB); Mestre em Enfermagem (UFPB); Enfermeira residente do Hospital Universitário Lauro Wanderley (UFPB).

Yara Santiago de Oliveira

Farmacêutica (UFC) e Mestranda em Ciências Farmacêuticas (UFC).

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde;
À Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;
À Fundação Osvaldo Cruz – Ceará;
À Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde;
À Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF;
À Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte;
À Lêda Hansen, pelo presente da bela e inspiradora capa;
E a todos os autores dos capítulos desse livro, por acreditarem na transformação da sociedade pela produção do conhecimento.

As organizadoras

Sumário

Apresentação.....38

1 INTEGRALIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
RELAÇÃO ESTRATÉGICA PARA A CONSOLIDAÇÃO
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....42

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Uma relação muito especial.....42

Integralidade como tecnologia para o cuidado
na Atenção Primária à Saúde.....47

Investigar a integralidade como tecnologia
na APS para discutir (e melhorar) a relação.....51

Referências.....55

2 A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB.....59

Marília Moura de Castro | Anna Luiza Castro Gomes | Leandro Roque da Silva

Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva | Maria de Oliveira Ferreira Filha

Introdução.....59

Método.....63

Resultados e discussão.....65

Considerações finais.....76

Referências.....79

3 NARRATIVAS DE PESSOAS COM COMPLICAÇÃO DECORRENTE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....82

João Hernando Rodrigues Alves | Jacques Antonio Cavalcante Maciel

Maria Socorro Carneiro Linhares | Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Maria Veraci Oliveira Queiroz

Introdução.....	82
Metodologia.....	85
Resultados e discussão.....	87
Conhecendo os colaboradores do estudo.....	88
A experiência do adoecer.....	90
A doença desconhecida: a HAS e complicações que se descobre.....	92
Itinerário terapêutico – busca de cuidados diante do adoecimento.....	96
Conclusão.....	103
Referências.....	105

4 A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....108

Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva | Anna Luiza Castro Gomes

Marília Moura de Castro | Leandro Roque da Silva

Introdução.....	108
Método.....	112
Resultados e discussão.....	114
Considerações finais.....	124
Referências.....	127

5 ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NA VISÃO DOS PACIENTES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....130

Yara Santiago de Oliveira | Janete Galvão Martins Cassiano

Mônica Oliveira Batista Oriá | Heloísa Esteves Gurgel do Amaral

Paulo Sérgio Dourado Arrais

Introdução.....	130
Metodologia.....	132
Resultados e discussão.....	133
A. Causas do abandono do tratamento.....	135
1 A influência do contexto social e o poder dos agravos associados.....	135
2 Estigmatização do paciente: a vergonha e o preconceito.....	138
3 Os medicamentos como promotores do abandono.....	139
4 A falta de benefícios como fator associado ao abandono.....	141
B. Autoavaliação da saúde.....	144
1 Autopercepção após abandono.....	144
C. Atendimento na unidade de saúde.....	145
1 Avaliação dos serviços de saúde por parte dos usuários.....	145
D. Informação.....	149
1 A repercussão da desinformação no abandono do tratamento.....	149
Conclusão.....	151
Referências.....	153

6 ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE NO BRASIL.....157

Márcia Lúcia de Oliveira Gomes | Ana Valeska Siebra e Silva

Fabício Bitu Sousa | Annatália Meneses de Amorim Gomes

Ana Patrícia Pereira Morais

Introdução.....	157
Metodologia.....	159
Resultados e discussão.....	162
Conclusões.....	169
Referências.....	172

7 AÇÕES DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE BUCAL DESENVOLVIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....175

Krishna Andréia Feitosa Petrola | Ítalo Barroso Bezerra

Érico Alexandro Vasconcelos de Menezes | Maria Vieira de Lima Saintrain

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Introdução.....	175
Métodos.....	178
Resultados.....	180
Discussão.....	200
Considerações finais.....	203
Referências.....	205

8 ADOLESCENTES GRÁVIDAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: PERFIL E PERCEPÇÃO ACERCA DA GRAVIDEZ.....209

Tereza Alves de Souza | Maria Irismar de Almeida

José Maria Ximenes Guimarães | Annatália Meneses de Amorim Gomes

Ana Patrícia Pereira Morais

Introdução.....	209
Método.....	212
Resultados e Discussão.....	214
Perfil das adolescentes.....	214
Percepção e sentimentos atribuídos pelas adolescentes à gravidez que vivenciam.....	219
Considerações finais.....	229
Referências.....	232

9 AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....235

Edna Albuquerque Brito | Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Gleice Fernandes de Sousa | Raimunda Nonata Soares da Silva

Débora de Fátima Mendonça Santos Cavalcanti

Introdução.....	235
Metodologia.....	240
Resultados e discussão.....	242
Considerações finais.....	252
Referências.....	253

10 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE: UMA REFLEXÃO SOBRE AS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS ATUAIS.....256

José Jeová Mourão Netto | Maria Socorro de Araújo Dias

Natália Frota Goyanna | Geilson Mendes de Paiva

Paulo Ricardo Vasconcelos

Introdução.....	256
Metodologia.....	258
Resultados e discussão.....	259
Avanços na atenção à saúde do adolescente.....	259
Programa Saúde na Escola (PSE).....	261
Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens.....	264
Abordagem 5S.....	265
Considerações finais.....	267
Referências.....	268

11 ATIVIDADE FÍSICA E SEDENTARISMO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....271

Rafaela de Jesus Nunes | Cícera Maria Arrais Pereira Vasconcelos

Edson Silva Soares | Paulo Sérgio Dourado Arrais

Introdução.....	271
Metodologia.....	273
Resultados.....	276
Discussão.....	281
Conclusão.....	288
Referências.....	289

12 DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA E OS (DES)CAMINHOS DO ENCAMINHAMENTO AO NEFROLOGISTA..... 294

Eliene de França Mascarenhas / Maria Rocineide Ferreira da Silva

Paula Franssinetti Castelo Branco Camurça Fernandes

Paulo César de Almeida

Introdução.....	294
Avaliação da função renal e diagnóstico da doença renal crônica.....	296
DRC e atenção básica: itinerários de produção de diagnóstico dos fatores de risco, medidas de preservação da função renal e encaminhamento ao nefrologista.....	300
Métodos.....	303
Resultados.....	304
Discussão.....	309
Considerações finais.....	311
Referências.....	313

13 MODOS DE CUIDADO DESENVOLVIDOS PELOS PROFISSIONAIS DO NASF EM FORTALEZA (CE): UMA ANÁLISE CRÍTICO-COMPREENSIVA..... 317

Pedro Renan Santos de Oliveira / Emanuel Messias Aguiar de Castro

Diego Mendonça Viana / Aluísio Ferreira de Lima / Luís Fernando Farah de Tófoli

Os desafios da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma introdução.....	317
O NASF em autoanálise numa perspectiva crítica e compreensiva: sobre a construção de uma pesquisa.....	320
Sobre os fazeres do NASF: dois casos em evidência.....	323
a. Fluxos da Atenção na ESF.....	325
b. “Organização do cuidado no NASF”.....	333
A integração com as ERSF.....	334
A integração com as Redes.....	336
Potências e desafios desse novo papel na ESF: crítica e compreensão do trabalho do NASF.....	339
Referências.....	342

14

CUIDADO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E CRACK: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIASAÚDE DA FAMÍLIA.....	345
--	-----

Ana Cybele Peixoto de Andrade | Ana Patrícia Pereira Morais

José Maria Ximenes Guimarães | Eliany Nazaré Oliveira | José Jackson Coelho Sampaio

Introdução.....	345
Percurso metodológico.....	350
Resultados e discussão.....	352
Razões para uso abusivo de álcool e crack na percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.....	352
O(des) cuidado aos usuários de álcool e crack na Estratégia Saúde da Família.....	357
Considerações finais.....	361
Referências.....	363

15

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIASAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL.....	365
--	-----

Rose Danielle de Carvalho Batista | Leonardo Sales Lima

José Mário Nunes da Silva | Marize Melo dos Santos

Introdução.....	365
Método.....	368
Desenho e participantes do estudo.....	368
Análise dos eixos da pesquisa.....	369
Resultados e discussão.....	369
Olhares e saberes em saúde mental.....	370
Ações em saúde sob a ótica da formação e do cuidado.....	372
A construção social da demanda e o processo de trabalho.....	375
Considerações finais.....	378
Referências.....	380

16 O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE: INDÍCIOS PERSCRUTADOS EM DISCURSOS DE ENFERMEIRAS.....384

Séfora Luana Evangelista de Andrade | Fabiana Veloso Lima

Káren Mendes Jorge de Souza | Tereza Cristina Scatena Villa | Lenilde Duarte de Sá

Introdução.....	384
Metodologia.....	387
Resultados.....	388
Discussão.....	390
Considerações finais.....	401
Referências.....	402

17 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA: REVISÃO INTEGRATIVA.....406

Vanessa Medeiros da Nóbrega | Simone Soares Damasceno

Altamira Pereira da Silva Reichert | Elenice Maria Cecchetti Vaz | Neusa Collet

Introdução.....	406
Materiais e métodos.....	408
Resultados e discussão.....	409
Reconstrução do paradigma de cuidado à saúde a partir do novo olhar para a doença crônica.....	412
Gestão do cuidado à criança com doença crônica.....	421
Considerações finais.....	425
Referências.....	427

18 PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO AO PRÉ-NATAL EM COREAÚ (CE).....430

Elayne Cristina Costa Damasceno | Israel Rocha Brandão

Betânia Moreira de Moraes | Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Introdução.....	430
Aspectos metodológicos.....	432

Processo de trabalho dos enfermeiros da ESF de Coreaú: perfil, percepções, práticas de atenção, limites e potencialidades no cuidado ao pré-natal.....	434
Perfil profissional dos enfermeiros participantes do estudo.....	434
Percepção sobre o cuidado ao pré-natal realizado pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Coreaú.....	435
<i>Pré-natal de qualidade</i>	435
Descrição das práticas em saúde no cuidado ao pré-natal.....	438
<i>Consultas de enfermagem</i>	438
Limites e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família ao realizar o pré-natal.....	440
<i>Dificuldades em retorno das respostas aos encaminhamentos</i>	440
Potencialidades e facilidades identificadas pelos enfermeiros para realizar o pré-natal.....	443
<i>Vínculo com as gestantes</i>	443
Considerações finais.....	445
Referências.....	448

19

PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ: PERCEPÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS.....	452
---	-----

Raila Souto Pinto Menezes | Maria Adelane Monteiro da Silva

Mayara Nascimento de Vasconcelos | Maristela Inês Osawa Chagas

Geison Vasconcelos Lira

Introdução.....	452
Método.....	455
Resultados e discussão.....	457
Ideia Central: estrutura física inadequada e falta de material para as coletas.....	458
Ideia Central: criando oportunidades de coleta.....	460
Ideia Central: atraso na devolutiva dos resultados.....	462
Ideia Central: agilizando os resultados.....	463
Ideia Central: a importância do teste do pezinho.....	464
Ideia Central: capacitar para melhor informar.....	465
Considerações finais.....	467
Referências.....	470

20 TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL: USO DE PSICOFÁRMACOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....472

Francimeiry Amorim da Silva | José Jackson Coelho Sampaio

José Maria Ximenes Guimarães | Cleide Carneiro

Ana Patrícia Pereira Morais

Introdução.....	472
Tratamento metodológico.....	476
Resultados e discussão.....	478
Razões do sofrimento psíquico e do uso de psicofármacos.....	478
Cuidados em saúde mental.....	481
Formação em saúde mental.....	484
Doença mental e preconceito.....	486
Dependência de drogas lícitas.....	488
Considerações finais.....	490
Referências.....	494

21 FARMACOTERAPIA DE GESTANTES EM UM CENTRO DE PARTO NATURAL DO NORDESTE BRASILEIRO.....498

Antônio Emmanuel Paiva de Araújo | Maria de Fátima Farias Valente

Paulo Sérgio Dourado Arrais | Marta Maria de França Fonteles

Luzia Kalyne Almeida Moreira Leal

Introdução.....	498
Materiais e métodos.....	503
Resultados.....	505
Discussão.....	511
Conclusão.....	518
Referências.....	519

22 AUTOAVALIAÇÃO EM SAÚDE: A NOVA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO PARA ATENÇÃO BÁSICA.....527

Evaldo Eufrásio Vasconcelos | Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Maria Socorro de Araújo Dias | José Maria Ximenes Guimarães

Introdução.....	527
Percurso metodológico.....	531
Apresentação e discussão dos resultados.....	532
AMAQ – a ferramenta de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica.....	532
Dimensão Gestão Municipal.....	533
Dimensão Gestão da Atenção Básica.....	539
Considerações finais.....	543
Referências.....	545

23

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL, CEARÁ.....	547
---	-----

Francisco Meykel Amancio Gomes | Ana Cecília Silveira Lins Sucupira

Introdução.....	547
Métodos.....	551
Resultados e discussão.....	554
Conclusões.....	562
Referências.....	564

24

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA AO CAPS.....	568
---	-----

Maria Vanderliuda de Sá Pereira | Maura Vanessa Silva Sobreira

Moacir Andrade Ribeiro Filho | Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Glauberto da Silva Quirino

Introdução.....	568
Metodologia.....	570
Resultados e discussão.....	571
Acolhimento e assistência aos usuários da saúde mental.....	572
Matriciamento em saúde.....	574
Matriciamento em saúde mental: entre a Estratégia Saúde da Família e o CAPS.....	576
Conduas realizadas frente aos usuários de saúde mental na ESF e no CAPS.....	577

Principais dificuldades na realização do matriciamento e do trabalho em rede de saúde mental.....	579
Treinamentos, capacitações e atualização em saúde mental.....	581
Importância do matriciamento em saúde e da organização das redes de atenção à saúde.....	583
Considerações finais.....	584
Referências.....	586

25

MÃOS QUE TECEM A REDE: REORIENTAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE UNIÃO (PI).....	589
---	-----

Francilva Marta Machado Rocha | Ana Patrícia Pereira Morais

José Maria Ximenes Guimarães | Cleide Carneiro

Ingrid Bezerra Costa Maia

Introdução.....	589
Metodologia.....	593
Resultados e discussão.....	597
Considerações finais.....	604
Referências.....	607

26

O ENQUADRAMENTO DAS INTERAÇÕES SOCIAIS ENTRE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À LUZ DOS PRESSUPOSTOS DE GOFFMAN.....	609
---	-----

Ricardo Henrique Vieira de Melo | Rosana Lúcia Alves de Vilar

Maísa Paulino Rodrigues | Geórgia Sibebe Nogueira da Silva

Liberata Campos Coimbra

Introdução.....	609
Método.....	615
Resultados e discussão.....	616
Os tipos de interações sociais.....	617

As interações sociais entre usuários e profissionais.....	617
As interações sociais entre os usuários.....	620
As interações sociais entre os profissionais.....	621
Os conteúdos expressados.....	626
As formas constituídas.....	629
Considerações finais.....	633
Referências.....	634

27

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	637
---	-----

Edna Albuquerque Rito | Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Sandra Cecília de Souza Lima | Aluísio Ferreira de Lima

Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista

Introdução.....	637
Metodologia.....	645
Resultados e discussão.....	648
Conclusão.....	652
Referências.....	654

APRESENTAÇÃO

Este livro sobre Atenção Integral em Saúde da Família é fruto da coconstrução de saberes, práticas e afetos entre professores pesquisadores, trabalhadores do SUS e usuários.

Definir integralidade não é tarefa simples. São vários os seus sentidos, possibilidades de aberturas e necessidade de reflexão na busca por ampliação e transformação. No entanto, é possível afirmarmos a integralidade como uma categoria analítica que, ao reconhecer a necessidade de articulação, integração e interações entre usuários, profissionais, gestores e os diversos equipamentos sociais do território, fazendo-os dialogar com o saber científico, institucional, popular, entre outros, pode ser capaz de exercer um grande potencial dialógico na superação das tensões no interior das práticas de saúde, a fim de produzir formas de cuidado sensíveis à realidade de seus usuários.

Como nos ensina Ayres, no capítulo introdutório, é “na intimidade dos processos de trabalho concretamente operados, é na atenção primária que a integralidade apresenta sua maior potência como tecnologia”.

Nesse sentido, é da relação potente e estratégica entre a Integralidade e a Atenção Primária em Saúde da Família que este livro convida à interlocução a partir das experiências de arranjos tecnológicos realizados no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Uma mandala contornada com flores de dente-de-leão foi a metáfora escolhida para apresentar a diversidade de práticas de cuidado em saúde que se movimentam tentando compor uma atenção integral.

Mandala é uma palavra sânscrita que significa círculo ou concentração de energia. Universalmente mandala é o símbolo da totalidade, da integração. É um arquétipo usado em orações, meditações para promoção de autoconhecimento e cura.

O desenho mandálico ou o círculo é a forma mais natural conhecida pela humanidade; pode ser encontrada na Terra e no Cosmo: a célula, o embrião, as sementes, o caule das árvores, as flores, as conchas, as estrelas, os planetas, o Sol, a Lua, as nebulosas, as galáxias. Portanto, é movimento, é a roda da vida, a imagem do universo, que surge continuamente do mesmo centro, desenvolvendo-se para o exterior e ao mesmo tempo convergindo da multiplicidade para o centro unificador.

As cores dos sete chacras de nossa mandala sinalizam a integralidade do ser em todas as suas dimensões, e no âmbito deste escrito à junção de diferentes coletivos compostos por trabalhadores e usuários em sua colorida diversidade de tecnologias, afetos e saberes buscando compor um comum – um círculo em torno das relações de cuidado integral, que seja capaz de soprar e espalhar-se em muitas outras composições.

O primeiro capítulo trata da abordagem de uma *relação especial* entre integralidade e atenção primária em saúde, enquanto estratégia para a consolidação dos Sistema Único de Saúde. Como o núcleo de uma mandala, ele se expande por meio dos vinte e seis capítulos seguintes que relatam experiências vivenciadas no cotidiano da Estratégia Saúde da Família diante do enfrentamento

diário de demandas diversas: sofrimento e transtornos mentais, questões de saúde bucal, doenças crônicas, agravos diversos nos vários momentos do ciclo de vida, processos de trabalhos e tecnologias discutidas, avaliadas e reinventadas e modos de cuidado promovedores de redução de riscos e vulnerabilidades, de novos arranjos intersetoriais, buscando interações cada vez mais ricas e inclusivas entre equipes, famílias e comunidade.

Esta mandala/livro faz circular por meio das narrativas dos professores, alunos e pesquisadores da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) experiências vivenciadas em uma diversidade de serviços de atenção primária no Nordeste do Brasil. Traduz a integração de uma rede que se formou buscando crescer com as diferenças, e converge no desejo de realizar e reinventar práticas assentadas no cuidado integral.

Ao ser representado como uma mandala com contornos de flores de dente-de-leão, símbolo também da RENASF, este escrito também fala do intuito de espalhar suas sementes.

A flor dente-de-leão possui muitos significados, dentre eles, força, cura e esperança. O nome científico do gênero é *Taraxacum*, sendo a sua espécie mais disseminada a *Taraxacum officinale*. A palavra *taraxacum* vem da união de duas palavras gregas (*taraké*, que significa agitação, confusão, e *akos* – remédio).

O nome pelo qual a dente-de-leão é popularmente conhecida parece ter origem na aparência da planta: as suas folhas são muito dentadas e as suas flores amarelas parecem com a juba de um leão. Em determinada fase, quando a flor é soprada, ela se desfaz com facilidade. As sementes são levadas pelo vento, se espalham e, no período certo, florescem novamente. Devido a essa característica, é também

conhecida pelo nome “esperança”, em especial no Nordeste do Brasil. Na Itália vem a ser popularmente chamada por *soffione* (grande sopro) pelo fato de ter, depois de sua inflorescência, as sementes recolhidas naquela bola que se parece com um pompom, pronta para voar e dispersar-se ao primeiro sopro. Sua leveza e desprendimento nos ensinam sobre mudanças e recomeços.

Todo mundo, pelo menos uma vez na vida, deve ter assoprado um fruto da dente-de-leão, talvez na esperança de ter o que se deseja.

Portanto, este livro é um convite desejante para nos unirmos e nos espalharmos na construção bela e desafiante em torno do SUS.

Nem tudo que escrevo resulta numa
realização, resulta mais numa tentativa.

O que também é um prazer.

Pois nem em tudo eu quero pegar.

Às vezes eu quero apenas tocar.

Depois o que toco às vezes floresce e os
outros podem pegar com as duas mãos.

Clarice Lispector

Geórgia Sibebe Nogueira da Silva
Liberata Campos Coimbra
Maísa Paulino Rodrigues
Annatália Meneses de Amorim Gomes

INTEGRALIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: RELAÇÃO ESTRATÉGICA PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE¹

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

UMA RELAÇÃO MUITO ESPECIAL

A atenção primária à saúde (APS) tem recebido destaque na formulação das políticas de saúde nos últimos anos, nacional e mundialmente. Um dos primeiros marcos históricos desse movimento foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978. No documento resultante desse encontro, os cuidados primários de saúde foram definidos como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento (ALMA-ATA, 2001, p. 16).

Entendida como porta de entrada dos sistemas de saúde e instância de atenção em que cerca de 90% das demandas trazidas aos serviços podem ser resolvidas, a APS configura-se como prioridade nos processos de reorganização do setor saúde em diversas partes

¹ Os desenvolvimentos conceituais aqui apresentados estão amplamente baseados na pesquisa “Caminhos da integralidade: levantamento e análise de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana”, realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob a coordenação do autor, com apoio do CNPq e da FAPESP.

do mundo (STARFIELD, 2002). Na experiência de diferentes países, a ênfase na APS tem demonstrado efeitos racionalizadores sobre o conjunto do sistema de atenção à saúde, combinando desde a redução de despesas operacionais desses sistemas até o aumento de sua eficácia técnica, com melhorias nos indicadores gerais de saúde, efeitos especialmente sensíveis em populações socialmente vulneráveis (HEFFORD; CRAMPTON; FOLEY, 2005; SHI et al., 2005; STARFIELD; SHI, 2002).

Tomemos como foco de análise, deste ponto em diante, o âmbito específico da referida eficácia técnica da APS, colocando no plano de fundo da discussão os demais aspectos relacionados (econômicos, administrativos, institucionais etc). Para compreender essa eficácia, há que se destacar certas particularidades da APS exatamente como tecnologia, isto é, como conjunto de instrumentos não materiais (saberes técnicos e dispositivos de organização do trabalho) e materiais (equipamentos e insumos) voltados para a produção da atenção à saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Com efeito, além de uma política de estado no setor saúde, e em sendo tal política, a atenção primária realiza-se como uma forma de organização de serviços, correspondendo a um dado arranjo tecnológico de práticas em saúde que termina por envolver e definir quais serão as ocupações e os profissionais pertinentes e com que recursos de equipamentos, instalações e ações de diagnóstico e intervenção irão trabalhar. Para tal, a APS configura-se como atenção a um determinado leque de agravos e sofrimentos para os quais pode prover e articular recursos de prevenção, tratamento ou recuperação, relacionados a objetos, meios e finalidades variáveis, já que tal delimitação é derivada de sua propriedade de produção de uma atenção territorializada (SCHRAIBER, 1993). Afirma-se, assim, como nível singular de assistência, não sendo apenas uma simplificação ou uma antessala do atendimento hospitalar ou ambulatorial especializado, mas constitui um nível específico no interior do sistema de atenção.

Cabe arguir, portanto, sobre o efeito dessa singularidade na atenção à saúde: Por que a APS impacta positivamente a saúde das populações? De onde vem a eficácia que os estudos vêm demonstrando? Uma hipótese para explicar esses efeitos pode ser procurada num traço característico da APS: sua vocação de orientar-se a uma *atenção integral à saúde* das populações a que serve.

Desde suas origens históricas, tanto no plano mundial como em seu desenvolvimento no Brasil (FAUSTO, 2005), as tecnologias de APS guardam uma estreita relação com a necessidade de produção de uma atenção à saúde não segmentada em especialidades, atenta aos contextos socio sanitários e interessada nos aspectos não apenas físicos, mas também psicoemocionais, dos processos saúde-doença (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000, p. 35-36).

As tarefas “integradoras” da APS, tal como apontadas acima, são de diversas ordens e níveis, e são elas, em última análise, que geram sua especificidade e complexidade. É a produção da integralidade que faz da APS não apenas mais um nível da atenção à saúde, homogêneo aos demais quanto à natureza de seus objetos e métodos, mas uma esfera particular de tecnologias da saúde. Podemos, em síntese, sustentar que a particularidade da APS e seu impacto advêm justamente de ser de seu escopo a maior responsabilidade na produção da integralidade na atenção à saúde. É claro que os demais níveis de atenção à saúde podem (e devem) orientar-se pelo princípio da integralidade – quanto mais o fizerem maior tenderá a ser a racionalidade do sistema de saúde, qualquer sistema de saúde – contudo, na intimidade dos processos de trabalho concretamente operados, é na atenção primária que a integralidade apresenta sua maior potência como tecnologia.

No processo de regulamentação da política brasileira de incremento da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade das ações de saúde foi definida formalmente como dispositivo jurídico institucional que buscava assegurar aos indivíduos

a atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, bem como a compreensão, em sua totalidade, dos indivíduos/coletividades em suas singularidades (BRASIL, 1993). Uma definição completa, precisa e unívoca de integralidade não é, porém, tarefa simples (MATTOS, 2001; PINHEIRO, GUIZARDI, 2004).

Mattos (2001) aponta para o fato de que a expressão é, por origem e desenvolvimento, plural em seus significados e borrada em suas fronteiras. Mais do que uma noção, ela se aproximaria de uma “imagem objetivo”,

um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas [...] um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001, p. 41).

Como conjunto de características e de valores, as noções que instruem o princípio da integralidade, ressalta o autor, é uma referência sobre o que está “dando certo” e deve ser mantido e promovido e, ao mesmo, o contraponto para análises críticas acerca daquilo que precisa ser superado ou transformado.

Sob essa perspectiva, Mattos destaca três sentidos da integralidade de grande relevância no processo de reforma do setor saúde em curso no Brasil: a) a integralidade como boa medicina; b) a integralidade como modo de organizar as práticas de saúde; c) a integralidade como organização da atenção à saúde de forma a responder adequadamente às necessidades específicas de grupos populacionais determinados.

No primeiro sentido – integralidade como boa medicina – estão incluídos os aspectos referentes a uma atenção à saúde ativamente ocupada em identificar e acolher as necessidades dos usuários, buscando explorar todas as possibilidades técnicas de produzir ações de prevenção, *pari passu* às ações assistenciais requeridas, como também levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle de doenças, mas que emergem como questões relevantes para a qualidade de vida.

No segundo sentido – integralidade como modo de organizar as práticas – o autor destaca todo o esforço conceitual e técnico que se vem fazendo no sentido de articular os diversos níveis de organização do setor saúde (primário, secundário e terciário) e suas diversas instâncias e ações (diferentes especialidades médicas, diferentes profissionais, diferentes tipos de serviço profissionais, ações de saúde pública e ações assistenciais, demanda espontânea e programada etc.).

O terceiro sentido – integralidade como forma de atender às necessidades de populações específicas – remete à formulação de políticas governamentais que combinam ações assistenciais com intervenções de outro caráter (legais, jurídicas, econômicas, culturais etc.), desenhadas em função de uma contextualização sociopolítica das necessidades de saúde de determinados grupos. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), não obstante os obstáculos e insucessos que enfrentou, é exemplo pioneiro desse tipo de política. O Programa Nacional de Aids é outro exemplo mais recente.

Na mesma linha de Mattos, uma série de outros grupos e autores vem defendendo concepções semelhantes ou correlatas de integralidade e de sua produtividade prática no impulso à reforma dos modelos de atenção à saúde no Brasil. Dentre elas, cabe destacar uma vertente de produção, menos debatida, talvez por ser mais recente, que valoriza o aspecto das *interações* entre usuários e profissionais de saúde. É nesse sentido que Campos (2003), por exemplo, propõe uma “saúde Paideia”, isto é, modelos de atenção que busquem a ampliação da autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre as próprias vidas. Essa reformulação reclamará, por sua vez, a capacitação das equipes de saúde em técnicas e estratégias para lidar com a subjetividade e reformular os modos como se trabalha em saúde, favorecendo a construção de vínculos entre profissionais de saúde e usuários dos serviços.

É possível, assim, acrescentar à discussão de Mattos esse outro sentido da integralidade. Em sua polissemia, a integralidade inclui

entre suas imagens-objeto a busca de interações intersubjetivas emancipadoras (bilateralmente) entre usuários e profissionais, tendo como norte a reconstrução contínua de finalidades e meios do trabalho em saúde, (re)orientando-os segundo um situar-se reflexivo. Nesses termos, a integralidade remete ao *cuidado* como forma compartilhada de conceber e produzir ações de saúde, apoiada nas trocas intersubjetivas operadas nos encontros entre usuários e equipes de saúde (AYRES, 2004).

INTEGRALIDADE COMO TECNOLOGIA PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A leitura da relação entre o princípio da integralidade e a APS na perspectiva do cuidado, tal como acima apontada, consiste em uma apropriação reconstrutiva do quadro conceitual da “Teoria do Processo de Trabalho em Saúde”, conforme desenvolvido por Mendes-Gonçalves na década de 1980 (AYRES, 2015), do qual se derivou uma profícua metodologia para análises de tecnologias, programas e serviços de saúde (CASTANHEIRA et al.; 2014; NEMES, 1996; SALA; NEMES; COHEN, 2000). Segundo esse autor, há que se considerar, nessas análises, as mútuas determinações entre, de um lado, as necessidades que engendram o trabalho e, de outro lado, suas finalidades, isto é, as ações e os produtos com os quais se busca responder às necessidades de saúde. De um modo sintético, identificava como componentes intrínsecos do processo de trabalho os seguintes elementos: a) o seu *objeto*, recortado de uma totalidade histórica e socialmente dada, recorte esse orientado para o resultado esperado; b) os *instrumentos* que se aplicam sobre esse objeto para transformá-lo na direção almejada; c) os *agentes* do trabalho, os sujeitos que atuam para que a transformação se realize (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Partindo dessa referência, torna-se possível situar em torno de quatro eixos as linhas de força que caracterizam a integralidade como princípio norteador do cuidado na atenção primária à saúde (AYRES, 2009):

A) *Eixo das necessidades*: o princípio da integralidade requer o enriquecimento da leitura das demandas por assistência à saúde em direção à escuta ativa e resposta qualificada a necessidades nem sempre imediatamente sentidas e relacionadas com a saúde, no seu sentido biomédico, mas que remete à qualidade de vida de indivíduos e comunidades de modo mais geral.

B) *Eixo das finalidades*: o norte da integralidade implica organizar os processos de trabalho em saúde de modo a integrar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social.

C) *Eixo das articulações*: para que tais finalidades sejam operantes nos processos de trabalho é necessário mobilizar e compor saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais, de modo a garantir instrumentos e ações adequadas à leitura ampliada das necessidades e alcance efetivo das ações que respondam satisfatoriamente a elas.

D) *Eixo das interações*: como uma espécie de fundamento e condição de possibilidade dos movimentos acima, é necessária a construção de práticas de cuidado favorecedoras de interações intersubjetivas sensíveis e responsivas aos projetos humanos envolvidos no trabalho, tanto os projetos dos usuários, em suas dimensões individuais, familiares, comunitárias e sociais, quanto aqueles dos sujeitos que operam o trabalho em suas atividades profissionais.

Se tomarmos esses quatro eixos como referência, será fácil perceber que o rearranjo político-institucional em curso no campo

da saúde no Brasil está implicado em profundas transformações tecnológicas na atenção primária. Como apontado no início, há uma tendência mundial de valorização da atenção primária, na qual o Brasil tem se inserido e, no caso de nosso país, esse processo tem sido capitaneado, desde meados da década de 1990, pelo que veio a ser chamado de estratégia de saúde da família (ESF) (FAUSTO, 2005). Ora, nos quatro eixos acima, poderemos encontrar rearranjos determinados pela ESF. Para citar alguns exemplos, temos que:

A) No eixo das necessidades: a territorialização, o cadastramento de famílias e a busca ativa de informações acerca de morbidade ou situações de risco e vulnerabilidade para as famílias e seu território transformam o perfil de necessidades trazidas para o trabalho cotidiano nas unidades de saúde; surgem necessidades que não são habitualmente trazidas aos serviços como demanda espontânea, tais como aspectos relacionados à saúde ambiental, à qualidade de vida etc. Temas complexos, como a violência doméstica, o trabalho infantil, o alcoolismo, também ganham maior visibilidade.

B) No eixo das finalidades: a mudança de perfil de necessidades impõe novas finalidades, entre as quais se destacam a importância renovada de práticas de promoção da saúde e redução de riscos e vulnerabilidade; também tende a haver aumento de demanda por atenção médica, com tensões sobre o sistema de referência e contrarreferência, e uma visibilidade inédita de processos que, para além de abordagens clínicas diversas, demandam ações de alcance comunitário, sanitário e político de modo mais amplo.

C) No eixo das articulações: o apoio da ESF em uma equipe mínima composta por médico(a), enfermeiro(a), auxiliar

de enfermagem e agente comunitário já traz para a cena novos agentes do trabalho, outros saberes, diferentes instrumentos e perspectivas de abordagem; além disso, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família ampliou e aprofundou, ao menos potencialmente, os diálogos entre saberes e recursos tecnológicos de diferentes profissionais e áreas do conhecimento; tem sido também frequente na experiência das equipes o recurso a ações intersetoriais (com trabalhos junto a escolas, entidades civis leigas e religiosas, instituições da área de cultura, justiça, bem-estar social, ente outras).

D) No eixo das interações: torna-se evidente que, em novos cenários, com novos sujeitos e diferentes razões para estarem uns frente aos outros (novas necessidades, finalidades e meios nos processos de trabalho), as interações intraequipe, interequipes e das equipes com os usuários têm passado também por significativos processos de reconstrução. Quando positivamente manejados, essas interações estreitadas e intensificadas têm produzido maior integração das equipes à vida das comunidades, maior participação dos cidadãos no cotidiano de suas unidades básicas e a invenção de novas modalidades e espaços de ação para a produção da saúde. Em sua face negativa, vemos, de um lado, experiências de conflito e hostilidade nas relações usuários-serviços, gerados pela criação de demandas aos quais os serviços não conseguem responder adequadamente, e, de outro lado, o desgaste e o *burn out* dos trabalhadores, imprensados entre realidades difíceis e desafiadoras e a insuficiência de recursos e apoios.

INVESTIGAR A INTEGRALIDADE COMO TECNOLOGIA NA APS PARA DISCUTIR (E MELHORAR) A RELAÇÃO

Os movimentos reconstitutivos das tecnologias operadas na APS colocam-nos diante da questão de quanto e de que modo esses rearranjos tecnológicos estão efetivando o princípio da integralidade no cotidiano do trabalho das unidades de atenção primária. As unidades que trabalham com equipes de saúde da família têm logrado favorecer a integralidade no cuidado às pessoas? E as demais unidades básicas, onde não há equipes de saúde da família ou onde essas convivem com os desenhos mais tradicionais e/ou com programas de agentes comunitários (PACS) têm também transformado seus arranjos tecnológicos? Têm seus rearranjos tecnológicos concorrido para o desenvolvimento de cuidados integrados? Tem essa integralidade da atenção efetivamente impactado positivamente a saúde das pessoas e populações?

A importância de responder a essas questões é de duas ordens. Em primeiro lugar, porque, dada a natureza e a complexidade de processos de transformação como os acima expostos, há fortes razões para crermos que há uma diversidade muito grande no modo como está efetivamente acontecendo, na capilaridade do sistema de atenção à saúde, em seu momento de operacionalidade técnica, a reestruturação da APS no Brasil, com relevantes implicações para a construção da integralidade (AYRES et al., 2012; NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013). Conhecer esse processo nesse plano da operação tecnológica pode, portanto, trazer subsídios para retroalimentar procedimentos de planejamento, monitoramento e avaliação da atenção primária sob diversos e relevantes aspectos. Em segundo lugar, porque a riqueza resultante dessa diversidade de experiências pode alimentar a inovação tecnológica no campo da APS. Identificar, compreender, estender e articular as “boas práticas” de cuidado integral em curso em nossas unidades básicas de saúde é

tarefa fundamental para a consolidação da atenção primária e para a eficácia do sistema de saúde.

O trabalho em saúde, como de resto qualquer trabalho, tem um caráter intrinsecamente histórico, visto que seus produtos e resultados representam a realização de finalidades socialmente constituídas, segundo projetos políticos e conjunturas que se transformam no tempo e no espaço, gerando formas cada vez mais adequadas de compreender as necessidades de saúde e de responder a elas. Portanto, como ação social, o processo de trabalho em saúde tem uma dupla especificidade: apresenta-se como ação produtiva e como interação social (SCHRAIBER et al., 1999).

A dimensão de interação social está, como já apontado, presente no que constitui um traço central do trabalho em saúde: a intersubjetividade. O trabalho em saúde requer o encontro entre usuários e trabalhadores, encontros que podem se configurar das mais diversas formas, matizadas entre duas situações extremas que vão da relação mecanizada e impessoal à busca de entendimento e reconhecimento mútuo (AYRES, 2004).

É sobretudo nessa dimensão, da interação, que se situa um aspecto fundamental a ser observado nos processos de trabalho em saúde: as relações que medeiam as trocas técnicas entre os sujeitos, com seus diferentes interesses, poderes, recursos. Tais relações podem ser observadas em dois grandes grupos de interação nos processos de trabalho. O primeiro diz respeito às interações entre o agente do trabalho e o usuário do serviço. De outro lado, e relacionado ao anterior, estão as interações entre os diferentes trabalhadores da equipe. As diversas formas de interação que vinculam concretamente esses diferentes sujeitos entre si no operar do trabalho das unidades de saúde, lidas conforme diferentes *modelos comunicacionais* (TEIXEIRA, 2003), são, portanto componentes valiosos das análises de processos de trabalho em saúde

e da identificação dos vínculos que estão efetivamente se estabelecendo entre APS e integralidade.

Para além dessa dimensão tecnopolítica dos processos comunicacionais, as interações no âmbito dos processos de trabalho interessam também às análises no que se refere à produtividade instrumental do agente coletivo do trabalho, isto é, ao *trabalho em equipe*. Isso porque o trabalho da equipe de saúde na atenção primária consiste em uma modalidade propriamente coletiva de atuação dos agentes, que quer superar o modo individualizado e isolado com que os profissionais de saúde usualmente executam seu trabalho no cotidiano dos serviços. Trabalhar em equipe consiste em produzir resultados pertinentes às necessidades de saúde dos usuários, que expressem o maior grau possível de articulação entre as intervenções técnicas mediadas pela interação dos trabalhadores que integram a respectiva equipe, identificando e manejando produtivamente os conflitos decorrentes das diferentes perspectivas sociotécnicas de participação na produção do trabalho em saúde (CARVALHO et al., 2012, 2014; PEDUZZI, 2001).

Cabe destacar, por fim, que, na operação de todo o processo de trabalho em saúde, já desde a expressão “objetificada” das necessidades até a produção das interações intersubjetivas envolvidas, há uma base instrumental de enorme relevância que é a *informação*. Seja na dimensão formal do modo como é produzida, como circula, como é organizada e armazenada ou (re)utilizada, seja em relação aos seus conteúdos tecnocientíficos e finalidades práticas, a informação é elemento fundamental do processo de trabalho em saúde. Isso é especialmente verdadeiro no campo da atenção primária, já que ela requer, como temos visto, processos de integração e articulação entre ações, agentes e setores extremamente complexos do ponto de vista tecnológico (KILDUFF; MCKEOWN; CROWTHER, 1998; NOVAES, 1996; TOMASI; FACHINNI; MAIA, 2004).

Em síntese, vale enfatizar que a retroalimentação do planejamento e da avaliação das ações de atenção primária segundo critérios e indicadores comprometidos com a integralidade e interessados na atenção como tecnologias para o cuidado pode concorrer para a consolidação do SUS e à potencialização de sua eficácia e efetividade por diversas razões, entre as quais destacamos como possibilidades:

- 1) Identificar e disseminar ações de atenção e gestão em APS bem sucedidas.
- 2) Integrar e otimizar atividades e recursos na unidade básica de saúde, seja de que modalidade for (ESF, UBS tradicional, UBS Integral, PACs, modelos mistos) e entre essas e outras dos demais níveis do sistema de saúde.
- 3) Articular as estratégias de saúde da família com outras atividades de interesse da APS, dentro e fora do setor saúde.
- 4) Desenvolver processos de educação permanente que sensibilizem e capacitem as equipes em relação à integralidade do cuidado, seja na perspectiva da capacitação tecnocientífica, seja no plano do aperfeiçoamento das interações intersubjetivas.
- 5) Implantar um sistema de informação apropriado às necessidades da atenção primária na perspectiva da integralidade, seja no plano da gestão, seja no da estruturação e registro das ações de cuidado, com aperfeiçoamento de sistemas já existentes, como o SIAB, QualiAB, entre outros recursos.

REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. Declaração de Alma-Ata – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 15-17.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, n.18, p. 11-23, 2009. Supl. 2.

_____. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 905-912, 2015.

AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface – Educação, Saúde, Comunicação**, v.16, n. 40, p. 67-82, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS 01/93**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo, Hucitec, 2003. p. 103-121.

CARVALHO, B. G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2012.

Integralidade e atenção primária em saúde:
relação estratégica para a consolidação do sistema único de saúde

_____. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, 2014.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

HEFFORD, M.; CRAMPTON, P.; FOLEY, J. Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment. **Health Policy**, n. 72, p. 9-23, 2005.

KILDUFF, A.; MCKEOWN, K.; CROWTHER, A. Health needs assessment in primary care: the evolution of a practical public health approach. **Public Health**, n. 112, p. 175-181, 1998.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p. 39-64.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1994.

NEMES, M. I. B. **Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde**. 1996. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.

NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação de serviços de atenção médica: novas tendências de pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 12, p. 7-12. 1996. Supl.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 37-56.

SALA, A.; NEMES, M. I. B.; COHEN, D. D. A avaliação na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 173-193.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

Integralidade e atenção primária em saúde:
relação estratégica para a consolidação do sistema único de saúde

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHRAIBER, L. B. Programação hoje: a força do debate. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SHI L, Macinko J. et al. Primary care, race and mortality in the US states. **Social Science & Medicine**, n.61, p. 65-75. 2005.

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

STARFIELD B, SHI L. Policy relevant determinants of health: na international perspective. **Health Policy**, n. 60, p. 201-18, 2002.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS; ABRASCO, 2003. p 89-111.

TOMASI, E.; FACHINNI, L. A.; MAIA, M. F. S. Health information technology in primary health care in developing countries: a literature review. **Bulletin of World Health Organization**, v. 82, n. 11, p. 867-874, 2004.

A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

Marília Moura de Castro

Anna Luiza Castro Gomes

Leandro Roque da Silva

Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva

Maria de Oliveira Ferreira Filha

INTRODUÇÃO

A organização dos serviços de saúde no Brasil foi marcada, historicamente, pela fragmentação e pela individualização do cuidado, especificamente no que diz respeito ao usuário de saúde mental, uma vez que esse cuidado era pautado apenas no modelo biomédico e hospitalocêntrico. Com as reivindicações dos movimentos sociais – como o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial – e as experiências de reformas psiquiátricas em vários países no mundo, como a Itália e a França, foram propostas várias mudanças na atenção à saúde mental, na perspectiva da superação do modelo psiquiátrico tradicional e da construção de uma rede de serviços e de dispositivos de cuidados na comunidade.

Amarante (1995a) afirma que, durante esse processo de reforma das práticas, a terapêutica deixa de ser apenas individual e passa a ser coletiva, abandonando o viés meramente assistencial de forma a abarcar também o campo da prevenção. Esse processo de mudança na atenção à saúde mental no Brasil foi intensificado na década de 1990 por meio do movimento pela Reforma Psiquiátrica, tendo como principal direcionamento o rompimento do processo de objetivação da loucura trazido pela ciência moderna. Para o Ministério da Saúde

(BRASIL, 2005), a Reforma Psiquiátrica Brasileira é resultado de um processo político e social complexo, composto de atores, de instituições e de forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de usuários de saúde mental e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

De acordo com Amarante (1995b), a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira não se concentra apenas no sucesso terapêutico-assistencial dos novos serviços, mas, principalmente, na construção de uma nova relação social com o louco, a loucura e suas instituições por meio da convivência com a diversidade e da inclusão de sujeitos em situações de vulnerabilidade social e de violação de direitos humanos.

Para Lobosque (2001), esse processo de reforma enfrentou três grandes obstáculos: os preconceitos sociais que eram fortemente enraizados na cultura; a resistência dos setores *psi*, que tenderam a encarar as transformações efetivas da situação como algo que feriam os princípios da ciência e da técnica; a produção, pela indústria da loucura, de mercantilização da saúde e medicalização do cuidado.

No entanto, na atualidade, os investimentos em práticas comunitárias nos territórios são considerados prioridade para as políticas públicas de saúde que estabelecem o âmbito da atenção básica como cenário para a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica.

Dessa forma, a atenção básica deverá cumprir algumas funções para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

ser base, atuando no mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde e produzindo intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais [...] (BRASIL, 2003, p. 19-20).

Nesse enfoque, destaca-se o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a construção do cuidado integral em saúde mental no Brasil. Segundo Brasil (2006), a ESF tem como princípios: o enfrentamento das questões de saúde de maneira pactuada com a comunidade, a atuação realizada no território por meio do diagnóstico situacional, a busca de articulações com instituições e organizações sociais de base comunitária se constituindo como espaços de construção de cidadania dos sujeitos.

O fato de as Unidades de Saúde da Família (USF) estarem inseridas nos territórios potencializa a atuação terapêutica das equipes no que diz respeito ao cuidado dos usuários, por sua proximidade com as famílias. Além disso, considera-se que as comunidades constituem um recurso estratégico para o enfrentamento das diversas maneiras de sofrimento psíquico. Como nos diz Lancetti (2009, p. 49):

as equipes do PSF, nas unidades básicas, realizam atividades grupais e o que se denomina acolhimento, isto é, uma escuta do sofrimento das pessoas de sua área de atuação. A estratégia da família é uma práxis na qual a saúde e a saúde mental se articulam de tal modo que saúde e saúde mental chegam a fundir-se.

Para Vecchia e Martins (2009), há três questões relevantes para a desinstitucionalização do cuidado às pessoas com transtornos mentais na atenção básica: a necessidade de reconhecimento institucionalmente legitimado da dimensão da subjetividade na abordagem do processo saúde-doença, a necessidade de problematização da implicação dos profissionais com a loucura e com a exclusão e a avaliação crítica do lugar ocupado pela família no processo de cuidado a seus familiares com transtornos mentais.

De acordo com o Brasil (2003), os princípios fundamentais para a articulação entre saúde mental e atenção básica são: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, interssetorialidade, reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade,

desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e de familiares.

No entanto, apesar de as USF estarem mais próximas ao contexto de vida e de saúde das pessoas com problemas mentais que moram nas comunidades por elas acompanhadas, muitas das situações não conseguem êxito em sua resolutividade por diversos motivos, tais como a inabilidade dos profissionais para lidar com as situações de crise e as fragilidades na rede de atenção à saúde mental. São constantes relatos de falta de diretrizes práticas para ação, dificuldades de identificar possíveis intervenções no território juntamente com profissionais que se declaram despreparados para lidar com as demandas do campo da saúde mental (PAULON; NEVES, 2013).

Com base em dados empíricos e a partir da experiência como apoiadora do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constatou-se que persistiam alguns desafios a serem superados para que o cuidado em saúde mental pudesse ser efetivado na atenção básica. Verificou-se que o acolhimento a esses usuários pelas ESF, muitas vezes, acarretava o estrangulamento da rede especializada, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), por demandar intervenções de profissionais específicos da área de saúde mental. Foi identificado também que as pessoas com problemas mentais, muitas vezes, eram referenciadas para os hospitais psiquiátricos, reforçando, assim, a institucionalização dessas pessoas e impossibilitando-as de realizar acompanhamento no convívio comunitário.

Para elucidar a problemática vivenciada, as seguintes questões foram elaboradas: como é realizado o cuidado às pessoas com problemas de saúde mental das comunidades acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família em João Pessoa/PB? Quais as estratégias utilizadas por essas equipes para lidar com as questões de saúde mental no território? Qual a frequência com que essas equipes utilizam, no cotidiano de suas práticas, as ações de cuidado em saúde mental?

Considerando a política de saúde mental vigente – a Reforma Psiquiátrica – que busca consolidar a rede de serviços substitutivos às instituições manicomiais, como os hospitais psiquiátricos, promover a reinserção social das pessoas consideradas loucas e a emancipação dos sujeitos sociais envolvidos no processo da opressão do modelo psiquiátrico tradicional, o presente estudo propõe uma investigação sobre a atenção à saúde mental realizada por algumas equipes de saúde família do município de João Pessoa/PB.

MÉTODOS

Estudo descritivo de campo de abordagem quantitativa, realizado em 3 Unidades de Saúde da Família (USF) no Distrito Sanitário III (DS III), no município de João Pessoa/PB. Essa região está localizada na zona sul da cidade e foi selecionada por se constituir como o mais populoso dos 5 DS da capital, possuindo 250.000 habitantes, segundo o IBGE (2010). Conta com a cobertura de 54 Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, 4 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) em sua área de abrangência, além de outros serviços de saúde incluídos em seu território.

Participaram do estudo 40 profissionais que atuam nas ESF, levando em conta a Portaria n.º 648 de 28 de março de 2006, sendo 3 médicos, 4 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 4 cirurgiões-dentista, 2 Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) e 21 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Entre os participantes, 4 não responderam a essa informação. Utilizou-se como critério de inclusão apenas ser profissional atuante em quaisquer das 3 equipes estudadas durante o processo de realização da pesquisa.

Os dados foram coletados no período outubro a novembro de 2011, por meio de um questionário previamente elaborado pela

pesquisadora com 18 questões envolvendo ações de saúde mental preconizadas pela Política Nacional de Saúde Mental para esse âmbito da atenção. Para realização das respostas foi utilizada uma escala do tipo Likert na qual os participantes deveriam se posicionar de acordo com uma medida de concordância atribuída ao item (*sempre, frequentemente, às vezes, raramente, nunca*).

A escala de verificação de Likert (1932) consiste em tomar um construto e desenvolver um conjunto de afirmações relacionadas à sua definição, para as quais os respondentes emitirão seu grau de concordância. A grande vantagem dessa escala consiste na sua facilidade de manuseio, pois é fácil a um pesquisado emitir um grau de concordância sobre uma afirmação qualquer. Além disso, a confirmação de consistência psicométrica nas métricas que utilizaram essa escala contribuiu positivamente para sua aplicação nas mais diversas pesquisas (COSTA, 2011).

A aplicação do questionário foi individual, na própria USE, e ocorreu após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante. O estudo seguiu as recomendações da Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e aprovado sob Parecer de n.º 251/09.

Os dados coletados foram digitados em planilhas do Microsoft Office Excel, versão Windows 2007, e processados por meio da estatística descritiva para condensá-los em distribuição de média e frequências absolutas e relativas. Posteriormente, foi utilizada a estatística inferencial para comparar as médias e proporções e para verificar se havia diferenças estatisticamente significantes entre os perfis dos profissionais dos serviços. Os resultados foram organizados em gráficos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, sendo essas necessariamente de base territorial e articulada com outras políticas de forma transversal, buscando, assim, o fortalecimento do vínculo, o acolhimento e o atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

O estudo mostrou que 8% dos profissionais atuantes na equipe estudada afirmaram “nunca” atender demanda de saúde mental na Unidade ou na Comunidade; 23% informaram que “às vezes” atendem esse público e 30% informaram que “raramente” realizam atendimento em saúde mental. Sabe-se que em toda e qualquer doença existe um componente de sofrimento subjetivo associado que atua também como um complicador na adesão de uma vida saudável (BRASIL, 2003). No entanto, pode-se identificar uma contradição, uma vez que mais de 60% dos profissionais (dados no Gráfico 1) afirmaram nunca ou esporadicamente atenderem demandas de saúde mental na Unidade. Essa situação demonstra que a demanda de saúde mental dos usuários pode não estar sendo considerada durante o acolhimento dos mesmos na USF, fato que contradiz, sobretudo, o princípio da integralidade do SUS.

Nesse aspecto, a integralidade na atenção à saúde mental pode ser entendida como uma ação comprometida que busca romper barreiras, superar o ideal de hospitalização, medicalização e isolamento, considerando a autonomia do usuário como a melhor forma de intervenção. Para Olschowsky (2001), faz-se necessária uma prática assistencial que considere a subjetividade e a singularidade do sujeito em sofrimento psíquico, sendo as ações integrais orientadas pelos conceitos de inclusão, cidadania, autonomia e a solidariedade, resgatando, assim, um conceito mais positivo sobre a loucura.

Atende demanda de saúde mental

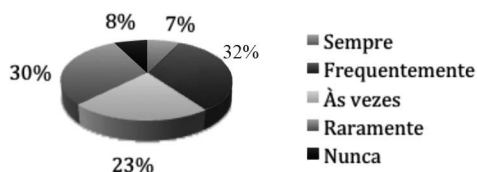


Gráfico 1 – Frequência referente ao atendimento de demandas de saúde mental na USF.

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação aos encaminhamentos realizados pelos profissionais das USF para outros serviços da Rede de Atenção, foram apresentadas questões referentes aos demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial, conforme mostra o Gráfico 2.

Encaminhamentos para serviços

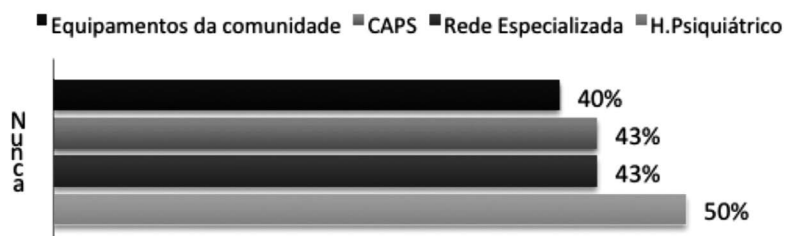


Gráfico 2 – Frequência de encaminhamentos realizados pelas ESF para outros serviços da Rede de Atenção.

Fonte: Dados da pesquisa

Verifica-se, no Gráfico 2, que 50% dos profissionais afirmaram “nunca” encaminhar os usuários com demanda de saúde mental para os Hospitais Psiquiátricos existentes no município; 43% citaram a rede especializada e o CAPS como serviços que “nunca” foram utilizados como referência para esta demanda; enquanto que 40% “nunca” encaminharam os usuários para equipamentos da própria comunidade, como grupos de dança, artesanato, associações comunitárias etc (opções incluídas no questionamento). Esses dados revelam que as USFs ainda não atuam efetivamente com o princípio de organização da atenção à saúde mental em rede (BRASIL, 2003), pois a grande maioria afirmou nunca encaminhar os usuários para outros serviços da Rede. Outro dado importante diz respeito ao encaminhamento para o Hospital Psiquiátrico. Esse dado demonstra que 50% dos profissionais que participaram desta pesquisa ainda o utilizam como referência, contradizendo o princípio de desinstitucionalização.

Faz-se necessário trazer aqui a Lei Federal n.º 10.216, de abril de 2001, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Essa lei institui os serviços substitutivos de saúde mental, como os CAPS, como dispositivo de cuidado aos usuários com transtornos mentais, evitando, desse modo, internações em hospitais psiquiátricos, que levam os sujeitos ao isolamento ao retirá-lo do convívio social e comunitário.

No que diz respeito às questões relacionadas ao acompanhamento clínico dos usuários em sofrimento psíquico do território de atuação das equipes estudadas, foi possível obter os resultados visualizados no Gráfico 3.

Acompanhamento clínico



Gráfico 3 – Frequência do acompanhamento clínico dos usuários em sofrimento psíquico pelas ESF

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação às investigações sobre a saúde mental dos usuários, realizadas durante o atendimento ou escuta deles, 25% dos profissionais afirmaram que realizam “às vezes”, quando a realização de visitas domiciliares dos usuários em sofrimento psíquico 22% referiu também esse item.

Vale destacar que a integralidade é um dos princípios norteadores da Atenção Básica, implicando uma abordagem do indivíduo e da comunidade numa visão abrangente, que deve levar em conta os aspectos sociais, emocionais, culturais e econômicos. O Ministério da Saúde traz um dos princípios gerais da Atenção Básica:

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p.10).

Nesse sentido, a investigação da saúde mental durante os atendimentos é fundamental para um acompanhamento de forma

integral, pois pode prevenir um agravamento do sofrimento psíquico, se identificado antecipadamente. Sendo a prevenção de doenças e os agravos à saúde uma das principais funções da Atenção Básica, essa deve incluir todos os aspectos de um indivíduo. Assim, a noção de cuidado integral aos usuários não está sendo considerada durante o acolhimento aos mesmos, devendo os profissionais realizar atenção à saúde para além dos problemas individuais e biológicos, procurando considerar também problemas coletivos, socioculturais e emocionais das pessoas e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária.

Em relação às visitas domiciliares, é preciso salientar que essa é uma das principais estratégias utilizadas pelas ESF, pois se trata do serviço que está mais perto do usuário, da comunidade. De acordo com a Portaria GM n.º 648, de 29/3/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário.

O que podemos encontrar no estudo foi que as visitas domiciliares realizadas aos usuários em sofrimento psíquico apenas acontecem de forma esporádica, ferindo, dessa maneira, o que é preconizado pela política citada. A visita domiciliar deve-se configurar como um instrumento inter-vencionista das equipes de saúde da família, pois, assim como em outros casos, esse recurso pode proporcionar aos profissionais uma percepção mais clara da própria dinâmica familiar, da integração do usuário com a sua família, além de incentivar a colaboração dessa no tratamento.

Com relação ao monitoramento mensal do uso de psicotrópicos, os resultados mostraram que 20% dos profissionais “sempre” realizam monitoramento mensal do uso de psicotrópicos; 40% “frequentemente”; 10% dos profissionais referiram “às vezes” realizar esse acompanhamento; 12% “raramente” realizam; e 18% “nunca” realizaram. Segue o gráfico a esse respeito:

Monitoramento mensal do uso de psicotrópicos

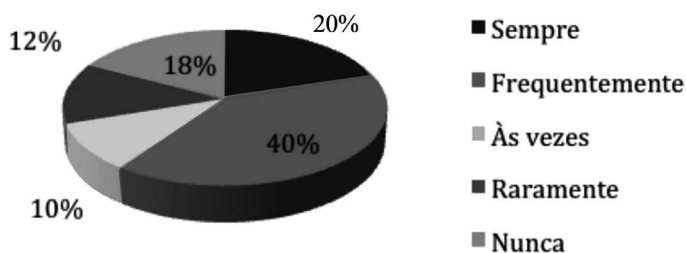


Gráfico 4 – Frequência do monitoramento mensal do uso de psicotrópicos.

Fonte: Dados da pesquisa

O monitoramento mensal do uso de psicotrópicos é de extrema importância para a realização de um cuidado responsável aos usuários em sofrimento psíquico, pois se supõe que a eficácia do medicamento, a adaptação do usuário e a necessidade da continuação do uso sejam avaliadas pelo médico antes da elaboração ou renovação da prescrição. Também se configura como uma forma de realizar esse monitoramento a visita domiciliar do ACS, pois é de responsabilidade do mesmo realizar acompanhamento mensal de todas as famílias, identificando por meio delas alguma situação que possa estar prejudicando a saúde do usuário, devendo, assim, orientá-lo a procurar o atendimento na USF. Nesse sentido, ainda temos um número considerável de profissionais que *nunca* realizaram esse monitoramento ou o fazem de forma esporádica, estando, portanto, boa parte dessa população sem os cuidados adequados à sua saúde mental.

Outra ação investigada diz respeito às atividades de grupo. Essa prática constitui-se enquanto um dos principais recursos terapêuticos em diversos contextos, podendo propiciar aos usuários momentos de reflexão acerca da própria realidade, melhorar a autoestima, potencializar as interações sociais etc. Neste estudo, os resultados apontam que 18% dos profissionais responderam que não realizam atividades de grupos e 10% “nunca” indicaram a participação dos usuários nestas atividades. No que diz respeito à Terapia Comunitária, 25% afirmaram que “nunca” indicaram esse recurso aos usuários em sofrimento psíquico. Esses dados são ilustrados no Gráfico 5.



Gráfico 5 – Frequência das ações relacionadas às atividades grupais.

Fonte: Dados da pesquisa

Uma das atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família é a de organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de abrangência da USF (BRASIL, 2006). No entanto, ainda foram encontrados resultados que demonstraram a não realização desses grupos pelos profissionais, assim como a não referência dessas atividades grupais aos usuários de forma terapêutica.

Dessa forma, destacamos a importância dos recursos grupais nesse âmbito e concordamos com Santos et al. (2006), quando ele afirma

que o trabalho com grupos objetiva a participação cooperativa entre os membros da comunidade, permitindo a construção de um espaço coletivo de troca, construindo relações baseadas no diálogo e no respeito às singularidades individuais. Nesse sentido, o processo de aprendizagem é duradouro na construção de novas crenças e cognições.

Já em relação às discussões de casos, agrupamos, no gráfico seguinte, as discussões que ocorrem durante a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, as discussões de caso com o Apoio Matricial (NASF) e com o CAPS. Nesse sentido, entendemos que a discussão em equipe de casos clínicos, principalmente os mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF (BRASIL, 2009). Seguem os resultados consolidados.

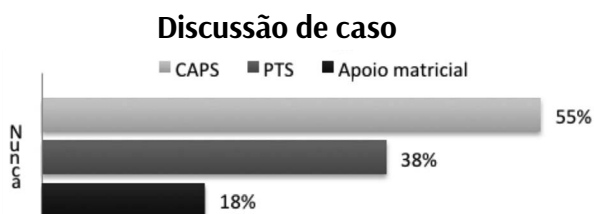


Gráfico 6 – Frequência das discussões dos casos de pessoas em sofrimento psíquico

Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 6 demonstra que 18% dos profissionais afirmam que “nunca” houve discussão dos casos de saúde mental com o apoio matricial (NASF); 38% coloca que “nunca” discutiu o PTS dos usuários com a equipe da USF; e 55% “nunca” realizou discussão de caso com o CAPS.

De acordo com o Caderno da Atenção Básica n.º 27, que aponta as diretrizes para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF),

para um melhor manejo da saúde mental na atenção básica é proposto um trabalho compartilhado de suporte as equipes de saúde da família por meio do apoio matricial em saúde mental, desenvolvido pelos profissionais dos NASE. A necessidade de ampliação da clínica deve fazer parte do conhecimento e do cotidiano dos profissionais das equipes do NASE, buscando evitar ações fragmentadas e aumentar a capacidade de acolhimento e de resolubilidade na atenção básica (BRASIL, 2009). Nesse sentido, pode-se dizer que a atuação do apoio matricial nesse cenário ainda não se configurou de forma efetiva na lógica de matriciamento em saúde mental, visto que há ainda um número considerável de profissionais que referem não compartilhar os casos de saúde mental com as equipes NASE.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma variação da discussão de caso clínico e se configura enquanto um conjunto de propostas de condutas terapêuticas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (BRASIL, 2010). Nos casos de saúde mental, a discussão do PTS é de suma importância, visto que pode propiciar a valorização de outros aspectos do usuário para além do diagnóstico e da medicação. Esse item da pesquisa apareceu com 38% de respostas apontando para a não discussão de PTS em nenhum momento de atuação dos profissionais, demonstrando, assim, uma significativa distância no que diz respeito à valorização da interdisciplinaridade, da clínica ampliada e da responsabilização compartilhada dos casos.

Em relação à discussão de caso com os profissionais dos CAPS, percebe-se que esse recurso aparece de forma ainda mais escassa, obtendo 55% de respostas de que “nunca” foi utilizado. De acordo com as diretrizes da saúde mental na atenção básica, aonde existirem CAPS os membros desses serviços deverão realizar o apoio matricial às equipes da atenção básica, programando encontros semanais, assim como formas de contato para as demandas inesperadas (BRASIL, 2003). A partir dos resultados, pode-se concluir que

esse momento de encontro entre os dois serviços tem acontecido de forma bastante tímida, não se consolidando ainda enquanto uma prática comum entre os profissionais envolvidos.

Outro questionamento realizado aos profissionais diz respeito à Educação Permanente em Saúde (EPS), considerada como uma das principais estratégias impulsionadoras de mudança das práticas em saúde. Instituída pela portaria GM/MS n.º 1.996/2007, a EPS tem o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população. Autores como Ceccim (2005), Girade, Cruz e Stefanelli (2006) e Massaroli e Saupe (2005) definem a EPS como um desdobramento do movimento institucional em educação, se configurando como um processo dinâmico e contínuo, tendo como finalidade a transformação dos serviços, oferecendo subsídios para a resolução dos problemas do cotidiano do processo de trabalho amenizando as necessidades da comunidade. O gráfico a seguir demonstra a frequência que acontece a EPS nas ESF:

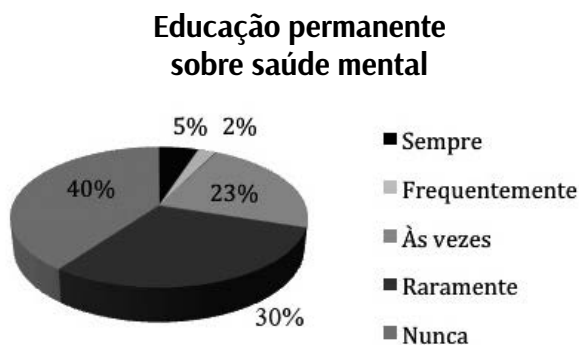


Gráfico 7 – Frequência da realização de educação permanente sobre saúde mental na equipe.

Fonte: Dados da pesquisa

Nesse quesito, apenas 7% dos profissionais referiram realizar educação permanente sobre saúde mental na equipe, sendo 2% de forma “frequente” e 5% afirmaram “sempre” realizar. Já 23% afirmaram realizar “as vezes”, 30% raramente e 40% firmaram “nunca” realizar a EPS no cotidiano do processo de trabalho. Dessa forma, pode-se dizer que a EPS não tem sido uma estratégia utilizada de forma efetiva pelas ESF para organizar as ações de saúde mental no território, tendo como consequência a pouca discussão sobre a temática de saúde mental no cotidiano das equipes que compõem a ESF.

Em se tratando da articulação entre saúde mental e atenção básica, fazemos referencia ao conceito da intersectorialidade, entendendo-o como a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos a fim de abordar um tema ou uma situação em conjunto (BRASIL, 2009). Aprofundando um pouco mais esse conceito, concordamos que a intersectorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação das ações, promovendo um impacto positivo nas condições de vida da população, revertendo a exclusão social (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1998). Segue o gráfico:

Articulação intersetorial (Assistência Social, Escola, etc.)

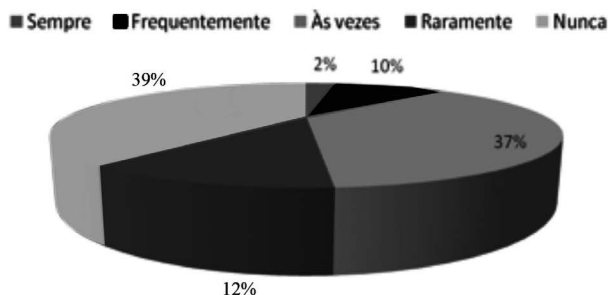


Gráfico 8 – Frequência referente à articulação intersetorial realizada pelas equipes.

Fonte: Dados da pesquisa

Considerando o conceito ampliado de saúde, é preciso que o processo de trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família esteja articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. No entanto, este estudo demonstrou que 39% dos profissionais investigados afirmaram *nunca* ter realizado nenhuma articulação intersetorial com a finalidade de compartilhar o cuidado aos usuários de saúde mental; outros 37% afirmaram que “às vezes” realizam; enquanto 12% “raramente” recorreram a outros setores da rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início da implantação do SUS, algumas propostas de organização dos serviços e das práticas têm buscado dar conta da tentativa de produzir impacto na qualidade de vida da população. A atenção básica possui papel fundamental nisso, pois se

configura, entre os níveis de atenção à saúde, como a porta de entrada preferencial dos usuários do SUS. Nesse sentido, as ações acontecidas no território são ricas em possibilidades e em produção de direitos, demonstrando um elo muito potente entre a saúde mental e a saúde da família.

Mesmo antes da instituição do SUS, o modelo de atenção à saúde mental no Brasil veio sofrendo mudanças. Como dito no início deste trabalho, essas mudanças tiveram como ator principal o movimento dos trabalhadores da saúde mental, que chamaram a atenção da sociedade para a busca de um novo lugar para a loucura, questionando, principalmente, o modelo asilar de tratamento existente nos manicômios.

Nesse contexto, considera-se fundamental que os profissionais das ESF conheçam as diretrizes das ações a serem realizadas nas Unidades de Saúde da Família, as estratégias de cuidado que podem e que devem dar conta da demanda de saúde mental no território, bem como os dispositivos e os serviços que compõem a rede de saúde local.

Foi possível perceber neste estudo que apesar da interdisciplinaridade, intersetorialidade, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, entre outros, serem referenciados enquanto princípios do campo da saúde mental e da atenção básica, essa articulação não tem se configurando ainda enquanto prática comum dos profissionais que atuam nas equipes pesquisadas.

Os sujeitos pesquisados referiram realizar estratégias de saúde mental ainda de forma muito tímida, tanto no reconhecimento dessa demanda enquanto parte importante do cuidado quanto no próprio processo de trabalho, durante as visitas domiciliares, a atuação nos grupos, a articulação com o CAPS e outro setores envolvidos no cuidado integral aos usuários. Assim, verifica-se que a estratégia saúde da família necessita, ainda, construir caminhos para efetivar o campo da saúde mental na atenção básica.

Além disso, podemos fazer alguns apontamentos sobre as dificuldades de atuação das equipes no cuidado à saúde mental dos usuários. Um dos fatos que pode ter influência nisso diz respeito à enorme pressão pela produção de procedimentos que estes profissionais estão expostos, levando, assim, a uma burocratização das práticas em oposição ao cuidado humanizado das pessoas que precisam dos serviços de saúde.

Outra questão que pode influenciar nessas dificuldades das equipes está relacionada ao fato de que as ESF não possuem capacitação permanente em saúde mental e a organização do seu processo de trabalho não está voltada para as questões que envolvem o tema. Dessa maneira, os usuários que necessitam de cuidados voltados para a saúde mental acabam não sendo acompanhados pela ESF, acarretando em encaminhamentos para outro nível de atenção à saúde ou até mesmo gerando internações psiquiátricas desnecessárias.

Para que isso se torne uma realidade, é preciso que a atenção à saúde mental seja priorizada pelos gestores de saúde nos diversos níveis de atenção e que os profissionais das ESF estejam sensibilizados a atuar na perspectiva antimanicomial, contribuindo, desse maneira, cada vez mais para a desinstitucionalização das pessoas. Isso significa mudar a lógica do cuidado em saúde mental, reconhecendo o usuário em sua integralidade, com seus direitos, desejos e angústias, atuando sempre com o princípio de que possibilitar ao usuário o tratamento em liberdade, no seio de sua comunidade, sem quebrar vínculos e laços sociais é a maneira mais eficaz de se realizar uma prática cuidadora.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./sep. 1995a.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, n. 01/03).

_____. **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. Brasília: OPAS, nov. 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunic, saúde, educ.**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005.

COSTA, F. J. **Mensuração e desenvolvimento de escalas**: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

GIRADE, M. das G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação Continuada em Enfermagem Psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev.Esc. Enferm**, USP, v. 40, n. 1, 2006.

JUNQUEIRA L. A.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersetorialidade**: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. Caracas: UNESCO/CLAD, 1998. (Série Concurso de Ensayos).

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives in Psychology**, n. 140, p. 1-55, 1932.

LOBOSQUE, A. M. **Experiência da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual**: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. 2005. Disponível em: <<http://abennacional.org.br>> Acesso em: fev.2015.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental**: análise da pós-graduação “Lato Sensu”. 2001. 240f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa Interunidades de doutoramento em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto e USP, São Paulo, 2001.

PAULON, S. NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica:**
a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

SANTOS, L. de M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, 2006.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n. 28, p. 151-64, jan./mar. 2009.

NARRATIVAS DE PESSOAS COM COMPLICAÇÃO DECORRENTE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

João Hernando Rodrigues Alves

Jacques Antonio Cavalcante Maciel

Maria Socorro Carneiro Linhares

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Maria Veraci Oliveira Queiroz

INTRODUÇÃO

Atualmente, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfica e epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional (MARTINS et al., 2007). Denominou-se transição porque as doenças prevalentes até então, as chamadas doenças infecto-parasitárias, foram superadas pelos aumentos de incidência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), configurando um novo quadro de morbimortalidade em nosso país.

Nosso interesse volta-se para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), DCNT que ganhou maior destaque nos últimos anos devido ao aumento da sua prevalência e por manifestar-se na vida das pessoas em diferentes faixas etárias. São milhões de portadores em todo o mundo e uma previsão de aumento da prevalência para 60% em 2025. No Brasil, atinge 23,3% da população adulta (BRASIL, 2012). Somente no Ceará, a prevalência da HAS corresponde a 20,7% (BRASIL, 2010).

A sua origem é multifatorial, estando implicados no seu desenvolvimento tanto os fatores considerados não modificáveis, a genética é um deles, como aqueles passíveis de intervenção,

como a ingestão excessiva de alimentos ricos em sal e gordura, o sedentarismo, a obesidade, a ingestão de álcool e o tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010b).

Nessa perspectiva de avaliação e, inclusive, do planejamento das ações em saúde voltados a esses dois agravos, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Sistema HiperDia com o objetivo de cadastrar os usuários identificados nas ações de detecção de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) e de vinculá-los às unidades básicas de saúde para acompanhamento e monitoramento desses agravos na atenção básica, mais especificamente, na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2002).

Entretanto, na minha prática diária como Enfermeiro da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Centro de Saúde da Família (CSF) da Cohab II em Sobral/CE, tenho observado que a atenção às pessoas com HAS tem sido eminentemente prescritiva, normatizada e centrada na doença e não na experiência de adoecimento vivenciada pela pessoa com esse agravo. Essa constatação se dá pela centralização do atendimento às pessoas no que se refere à aquisição e oferta de medicamentos, orientações para mudança do estilo de vida, realização de exames de monitoramento e de controle da HAS.

Com base nessa vivência profissional, senti a necessidade de ampliar e aprofundar o meu olhar sobre a condição crônica da pessoa com HAS, em especial quanto à repercussão que essa promove na vida das pessoas com essa doença. Interessei-me, também, por compreender de que maneira os serviços de saúde se organizam para oferecer cuidados a essas pessoas de modo a responder as suas necessidades, sobretudo a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Dessa forma, a hipertensão não pode ser explicada apenas por mecanismos fisiopatológicos, é preciso considerar o contexto social e o estilo de vida que a pessoa (ser biológico e psicológico) vivencia (TEIXEIRA et al., 2006).

Nos serviços de saúde, as práticas de muitos profissionais, sejam nas ações de prevenção de doenças ou de promoção da saúde, ainda se processam “sobre” os usuários e não “com” a sua participação ativa (CAMPOS, 2003). A responsabilidade pesa sobre os ombros dos sujeitos, que devem “aderir” às prescrições para que haja o sucesso do tratamento. Assim, o fracasso passa a ser resultado da sua negligência com a própria saúde. Atitudes como essas se distanciam de um cuidado integral, resolutivo e orientado ao indivíduo e à sua família, princípios defendidos pela ESF.

Foi percebido em processos de territorialização (método de conhecimento e inserção territorial da RMSF) que as pessoas empreendem cuidados que passam despercebidos pelos profissionais de saúde acionando sua rede de apoio seja ela formal ou informal e que, portanto, precisamos nos apropriar.

Diante desse contexto, foram formuladas as seguintes questões de pesquisa: Como as pessoas com complicações decorrentes da HAS compreendem sua enfermidade? O que elas pensam sobre o que essa doença pode fazer com elas? O que elas mais têm medo em relação a esse problema de saúde? Que tratamento elas pensam que deveria receber? Quais os principais problemas que esse adoecimento tem causado? Quais os itinerários terapêuticos (busca de cuidados) que essas pessoas têm percorrido na rede de atenção à saúde do município?

Assim, o estudo concentra-se na perspectiva de contribuir com a ESF, e sua rede de apoio, no SUS pluralizado de conhecimento e ações. Representa uma oportunidade de potencializar a atuação dos profissionais de saúde, a fim de oferecer ferramentas importantes para a compreensão da experiência de adoecimento das pessoas e que buscam respostas (cuidados) na rede de atenção de modo a dar resolutividade as suas reais necessidades.

Com base no que foi exposto, nosso foco volta-se para conhecer a história das pessoas, com as narrativas das experiências vivenciadas a partir da Hipertensão Arterial ou de suas complicações,

o que essa representa no seu cotidiano, as repercussões sociais, culturais, familiares e a trilha percorrida no SUS, sobretudo, na ESF de Sobral em busca de cuidado, configurando, assim, o seu itinerário terapêutico e as resoluções de suas reais necessidades na rede.

Portanto, este estudo teve como objetivo geral compreender a experiência de adoecimento e a busca por cuidado empreendida por pessoas com complicação decorrente da Hipertensão Arterial Sistêmica. Foram também objetivos entender, a partir das narrativas de pessoas com complicações de HAS, o Itinerário Terapêutico por elas trilhado na busca por cuidado, identificando a rede formal e informal que lhes deram sustentabilidade nessa busca e compreender como as pessoas com HAS, no seu processo de adoecimento, empreendem a busca por cuidado e que repercussões estes promovem no seu cotidiano.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório-descritivo. A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. A investigação descritiva delinea a realidade e correlaciona fatos e fenômenos, buscando descobrir a frequência com que a variável ocorre, a relação com as demais, natureza e características (GIL, 2002). A pesquisa teve uma abordagem qualitativa; Minayo (2010) a identifica como um nível de realidade que não pode ser quantificado, um universo de significado, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Escolheu-se a metodologia do estudo de caso como a mais adequada para buscar a compreensão da experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico de duas pessoas que vivenciaram complicações decorrentes da HAS, identificando um evento-sentinela da Hipertensão Arterial.

Como perspectiva de abordagem metodológica do estudo de caso, optou-se por escolher a história de vida tópica (HVT). A história de vida tópica dá ênfase à determinada etapa ou setor da vida pessoal ou de uma organização e, geralmente, focaliza acontecimentos específicos tal como foram vivenciados, por uma pessoa ou por um grupo social. A apreensão do relato de vida, por meio da biografia e da sua experiência, é uma tentativa de revelar a dimensão intangível dos acontecimentos vivenciados (MINAYO, 2010).

O período da realização deste estudo foi entre agosto de 2014 a fevereiro de 2015. Como estratégia para a coleta dos dados da HVT utilizou-se a entrevista aberta ou em profundidade para alcançar a subjetividade daquele que vivencia a experiência da enfermidade, buscando registrar através de narrativas. As entrevistas foram gravadas em um gravador de voz mediante consentimento dos participantes e para maior aprofundamento dos casos utilizamos os registros do prontuário dos participantes.

O local onde foram coletados os dados da entrevista foi no território da COHAB II no município de Sobral/CE, especificamente na casa dos dois colaboradores do estudo, por se tornar o seu habitat, demonstrar maior conforto na expressão das narrativas e já ter adquirido confiança e vínculo necessário nos processos de acompanhamento em visitas domiciliares e em consultas periódicas no CSF, já que eles estão inseridos na minha área de abrangência no território adscrito.

Como critério de inclusão, adotamos ter complicações associadas (Presença de Infarto Agudo do Miocárdio, Coronariopatia, Acidente Vascular Cerebral ou Doença Renal Crônica) e não apresentar dificuldades em manter comunicação verbal, acreditando que essas complicações são demandas que demonstram caminhos na rede em busca por cuidado e atenção. Dessa forma, neste estudo, direcionou-se o olhar para duas pessoas com histórico de AVC, prontuários coerentes ao acompanhamento no CSF, boa orientação de tempo e espaço a fim

de mergulhar nas histórias do seu adoecimento, aspectos que foram favorecidos por meio do diálogo com as agentes de saúde que tanto contribuíram para a escolha dos participantes e visita nos domicílios.

Após obtermos o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) n.º 0004/2014, as informações utilizadas nas entrevistas e as identidades foram preservadas, ao utilizarmos um codinome para cada um dos participantes, sendo Sr. João e Sr. Francisco os escolhidos. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Para a análise dos dados, adotamos a técnica de análise temática. Segundo Minayo (2010), essa análise relaciona as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula os textos com seus fatores determinantes (contexto cultural, variáveis psicossociais, contexto e processo de produção de mensagem).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As compreensões dos significados atribuídos à HAS pelos colaboradores da pesquisa empreenderam-nos uma aproximação com os objetivos do estudo. Assim, direcionou-se o olhar a partir das narrativas, como uma ferramenta, a fim de adentrar à experiência da enfermidade (HAS) na perspectiva de quem a vivencia, alcançando a subjetividade dos sujeitos e os objetivos propostos. Com isso, foi possível entrar no mundo do sujeito e por meio das suas falas e ações fazer um movimento de idas e vindas com seu contexto, e caminhar da explicação à compreensão (RICOEUR, 1989).

Conforme referem Silva e Trentini (2002) no processo de obtenção das narrativas, seja por meio de entrevistas ou da observação, é preciso que o pesquisador desenvolva algumas habilidades, dentre elas, a escuta. Devemos evitar interromper o fluxo do pensamento de quem conta a história, é preciso deixar “fluir” a narrativa e somente

quando o narrador encerra uma história, é que podemos apresentar uma nova questão dirigida para algo que ele não havia abordado.

Inicialmente, os colaboradores da pesquisa serão apresentados e em seguida são feitas a interpretação dos aspectos analisados no estudo e ao longo do texto chamaremos os participantes de atores, colaboradores, participantes ou sujeitos da pesquisa. Uma breve descrição de suas histórias é contada, e ao longo do texto preservou-se o anonimato dando aos sujeitos participantes a designação de pseudônimo. Os nomes usados dos dois participantes com complicação decorrente da HAS são comuns e conforme já apontados: Sr. João e Sr. Francisco, provenientes do bairro COHAB II, os quais são apresentados e entendidos acerca de seus valores, sentidos, atitudes e crenças no seu contexto social e experiência da enfermidade.

Conhecendo os colaboradores do estudo

1. Sr. João: Tem 79 anos de idade, hipertenso, com histórico de AVC e artrose, segundo dados registrados em prontuário e narrativas expressas na entrevista, casado e com três filhos, dois casados que moram em outro domicílio. Atualmente, mora com a esposa e um filho, antes morava na roça, era agricultor no sertão, analfabeto, assim como relato: “Naquela época ninguém estudava eu era agricultor, trabalhava na roça”. A renda familiar mensal é de dois salários mínimos, provenientes da aposentadoria do casal. Moram no bairro da Cohab II há mais de 15 anos. Tem histórico familiar de adoecimento por acidentes vasculares, como assim diz: “Meu pai morreu com 53 anos de “trombose”, de primeiro ninguém ia pra médico se cuidava só e botava as coisas do mato [...]”. O diagnóstico de HAS só foi feito depois da complicação do AVC há mais de 15 anos: “[...]se tinha (pressão alta) não sabia. [...] foi aparecendo mais coisa, doença, tive um AVC, escapei to aqui contando a história [...]”.

É um idoso que sofre por vezes não andar direito por conta das complicações adquiridas com o AVC e associado à artrose: “[...] maior dificuldade é não andar direito por conta da dor nas pernas, nas juntas [...]”. Um homem que sofre também com os problemas do filho que mora com ele e tem transtorno mental, faz uso de medicação controlada, mas encontra na fé a esperança em Deus diante das adversidades e por dias melhores conforme relato: “Sou católico e graças a Deus no senti mais nada não” “[...] só tenho medo do castigo de Deus [...]”.

2. Sr. Francisco: Tem 80 anos de idade, viúvo, hipertenso e cardiopata, de acordo com diagnóstico médico em prontuário familiar, tem cinco filhos, aposentado, diz ser católico, analfabeto. Histórico de fumo, segundo a filha, até hoje ainda fuma às vezes. Direto em seus relatos de vida, mas com muito valor qualitativo, orientado no tempo e espaço, diz sua idade em anos e meses, lembra até do dia, mês e ano que teve o AVC: “[...] isso (AVC) aconteceu no dia 06/01/2006[...]”. Mora com a filha de 44 anos, hipertensa, cuidadora de Sr. Francisco, moram na Cohab II, renda familiar é de dois salários mínimos. Proveniente da localidade de Caracará, interior de Sobral. Chegou a Sobral há mais ou menos vinte anos, após a morte de sua esposa pela qual tinha muito afeto, pois, ao falar dela, lembra e chora, veio para a cidade com a finalidade de ficar mais perto do hospital conforme relato: “[...] depois adoeci do AVC vim pra cá pra minha filha, ficar mais perto do hospital [...]”. Recebeu o diagnóstico de hipertensão após um AVC: “[...] de lá pra cá (depois do AVC) comecei tomar esses remédios da pressão”.

Após a apresentação dos colaboradores da pesquisa, suscitaremos as etapas de nosso estudo fazendo uma interpretação analítica das narrativas por meio da abordagem qualitativa, conforme proposto, e registrado nas entrevistas realizadas, dando a esse aspecto o teor de análise cabível com a ferramenta de narrativas.

Durante a organização e a formação da categorização dos dados, a dor foi um evento significativo e primordial na experiência de adoecimento, marcando, assim, as histórias de vida dos atores, e contada em suas narrativas. Dessa forma, no processo de adoecimento dos colaboradores do estudo, tecemos algumas considerações na experiência de adoecimento e na busca por cuidado, configurando assim três etapas: **1. A experiência do adoecer; 2. A doença desconhecida: A HAS e as complicações que se descobre; 3. Itinerário terapêutico – busca de cuidados diante do adoecimento.**

A seguir teceremos algumas considerações sobre a experiência de adoecimento e o itinerário terapêutico construído por pessoas com complicação decorrente da HAS:

A experiência do adoecer

Para discutir a experiência de adoecimento no olhar das pessoas a partir das narrativas, foi preciso mergulhar no cotidiano das pessoas e, assim, compreender esse processo de experiência na subjetividade de quem vivencia. Segundo Canesqui (2007), o enfoque permite conhecer as perspectivas pessoais e biográficas desses, os eventos dos quais participam, seus contextos, sendo capazes de evocar a sua memória, reconstituir e reavaliar significados ou mesmo fornecer sentido aos eventos e às experiências.

Os resultados construídos e apresentados neste estudo nos levaram a compreender nas narrativas construídas que a dor é um marco histórico, colocando o momento da dor como um evento marcante no seu processo de adoecimento, pois antes de tomarem medicamentos para HAS ou serem acometidos pelo AVC os colaboradores apresentavam a dor como um agravo corporal e de lembrança. A dor foi relatada da seguinte forma pelo Sr. João: “[...] quando começou meu problema

senti primeiro uma dor [...] dor que não conseguia mais ir pra roça direito [...] só quando melhorava”.

As entrevistas eram iniciadas com uma pergunta que designamos ser norteadora: Conte-me como se deu a busca por atendimento ao seu problema de saúde desde o aparecimento aos dias atuais? Dessa por diante, os sujeitos iam narrando suas vivências de adoecimento e conduzíamos quando era preciso. Percebe-se nessas narrativas acima o quanto a dor foi valorizada pelos colaboradores, pois, ao resgatar quando do início de adoecimento, eles associaram a dor como evento marcador no tempo, colocando evidência significativa desse fato nas suas histórias de vida pessoal e experiência.

O discurso médico científico caracteriza a HAS como uma doença assintomática, sendo o seu diagnóstico concebido pela detecção de níveis elevados de pressão arterial (PA). Para tanto, fica evidente a necessidade de busca ativa, pela medida da PA em toda avaliação clínica e dos demais profissionais de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010a). Alia-se a isso a iniciativa do paciente em transformar a aferição da pressão em medida de prevenção contínua (PALÁCIO, 2011).

Devido ao caráter silencioso da hipertensão, possivelmente o indivíduo poderá ser um portador dessa doença sem manifestar sintomas, o que dificulta o seu diagnóstico, conseqüente acompanhamento e controle. No entanto, o relato de Sr. João colabora com Sr. Francisco dando relação ao aparecimento da HAS a um determinado sintoma (dor) prévio à descoberta da hipertensão, sendo preciso dar ênfase à necessidade de aferição preventiva ou avaliativa para cuidados precoces ou imediatos: “[...] única coisa que eu sentia antes desse AVC era uma dor de cabeça, na nuca quando vinha do roçado (Francisco)”. Nesse sentido, concorda-se com os resultados do estudo de Péres, Magna e Viana (apud PALÁCIO, 2011) sobre atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas de portadores de hipertensão arterial,

no qual 44% dos participantes relataram apresentar sintomas, como: dor de cabeça, tontura, dor no corpo e cansaço.

Para se compreender uma enfermidade se faz necessário compreender a experiência onde esta se encontra ancorada. A experiência, por exemplo, de sentir-se mal, a manifestação física ou psíquica que fazem os indivíduos se considerarem doentes. Somente quando os sintomas se manifestam, a doença se torna enfermidade. Para o autor, outra característica importante para a interpretação da enfermidade é o seu caráter temporal. Além de a doença mudar no decorrer do tempo, muda também a sua compreensão, visto que está sempre sendo confrontada por conhecimentos diversos, sejam os da família, dos amigos, vizinhos ou dos próprios terapeutas.

Existem muitas definições que podem ser dadas à dor, mas nunca abarcarão a dimensão do que é esta sensação, isso porque a dor é uma experiência subjetiva, privada e qualquer informação sobre ela há de provir apenas daquele que sente. Além disso, cada cultura ou grupo tem sua própria linguagem para representar a dor, depende, entre outros fatores, dos valores relativos ao grupo em questão (FERREIRA, 1994).

A doença desconhecida: a HAS e complicações que se descobre

No universo oculto-silencioso de algumas doenças, porém bastante cuidadoso, encontramos a experiência da HAS, com suas complicações e condições impostas ao processo saúde-doença-enfermidade das pessoas no seu cotidiano.

Segundo Gademar apud Palácio (2011), o processo de adoecimento se caracteriza como uma realidade a ser vivenciada por todos nós, em algum momento de nossas vidas. Seja uma patologia de curso agudo ou de caráter crônico, estamos vulneráveis a sair

do equilíbrio que é a saúde e conviver com aquilo que se impõe como a “perturbação”, como “algo perigoso”, a doença. Ainda segundo esse autor, se a doença se manifestar, resta “lidar com ela”. E esse lidar resultará, a nosso entender, em uma experiência fruto de todo o movimento que se realiza desde o momento do diagnóstico até a tentativa do restabelecimento do equilíbrio inicial.

As narrativas dos participantes Sr. João e Sr. Francisco apontam para alguns aspectos nessa categoria analítica. O primeiro foi a descoberta da doença e, assim, a busca aos serviços de saúde somente a partir do início de perturbações orgânicas, ou seja, quando de um evento ou agravo anormal. As respostas obtidas demonstram claramente que nos dois colaboradores do estudo a dor, seguida de AVC, complicação oportuna-sentinela da HAS, tornou-se um possível indicativo oculto e consequente da HAS que provocaram dias de internação, atenções emergenciais e rotinas de maior cuidado no cotidiano dessas pessoas e de seus familiares que vivenciaram esse processo de adoecimento: “[...] até 62 anos no tinha não, se tinha não sabia a pressão foi subindo, tive um AVC [...] (João)”. O outro participante, Sr. Francisco, colabora a esse universo oculto que se descobre e provoca nele sequelas e medidas de controle: “[...] até o momento que isso deu (AVC) em mim não tomava nada, fiquei com esse lado (esquerdo) sem força”.

Palácio (2011) orienta tratar a HAS a partir dos adoecidos e que, para isso, significa ampliar a história dos sujeitos. Corroborando com esse pensamento a narrativa expressa pelo Sr. João quando relata sua superação diante do AVC e biografia de adoecimento: “[...] escapei to aqui contando a história, dr. disse se tivesse sido mais pesado tinha morrido, que minha pressão tava alta por isso adoeci, mas ainda vivi”. Para a autora, a experiência da enfermidade e as narrativas dos adoecidos permitem expor suas perspectivas pessoais e biográficas, os eventos que envolvem o processo de adoecimento, o contexto em que se inserem, possibilitando por meio das histórias narradas

por eles evocar a sua memória e compartilhar valores e representações que não são apenas individuais, mas coletivos.

A narrativização seria, portanto, segundo o autor, “um processo para situar o sofrimento na história, para situar os acontecimentos numa ordem significativa ao longo do tempo” (GOOD, 2003, p. 237). Um momento em que o indivíduo que experiencia uma enfermidade, como a HAS, além de recorrer ao passado para contar a sua história, abriria o futuro a um final positivo. O que significa permitir ao paciente imaginar um meio de superar a adversidade e o tipo de atividades que permitem à experiência da vida ser um reflexo da história projetada.

Outro aspecto evidenciado na presente pesquisa foi o fato das narrativas do Sr. Francisco apontar para a descoberta da hipertensão durante ou após um momento de dor, estresse ou sofrimento. No trecho que se segue, a morte de um ente querido pode estar associada ao desenvolvimento da doença, conforme o relato: “[...] minha mulher tinha pressão alta [...] ela morreu de derrame, passei ser igual ela, depois acabei tomando esses remédios”. Assim, ressalta-se que, de fato, é um evento significativo ao falar do sofrimento com a morte de sua esposa a qual remete muito amor, afeto e saudade, pois chora ao lembrar-se do passado em questão (notas de observação).

As narrativas trazem também um aspecto comparativo e proximal do AVC ao estilo de vida, relação observada pelo médico, porém com uma expressão irrelevante dada a esse significado, não fazendo sentido ao colaborador e registrado na fala de Sr. Francisco: “[...] médico disse que eu dei foi pelo cigarro, mas nesse dia eu no tinha fumado de jeito nenhum”.

A compreensão da narrativa é mediada, conforme Paul Ricoeur (1989), por símbolos que se referem às expressões de duplo sentido utilizadas diversificadamente nas diferentes culturas para caracterizar eventos do cotidiano. No caso específico da enfermidade, muitas vezes o sofrimento individual é formatado e transmitido por meio

de metáforas, possibilitando aos indivíduos “organizar sua experiência subjetiva e transmiti-la aos outros, com o objetivo de provocar nestes uma série de atitudes adequada à nova situação apresentada”.

Outra vertente demonstrada nas narrativas foi o aspecto positivista da hereditariedade. Assim, o reconhecimento da HAS como hereditária torna a doença familiar e o acometimento chega a ser esperado, sugerindo a compreensão de que essa condição (ser hipertenso) iria aparecer, dando uma posição determinista de que não seria possível evitar esse processo de adoecimento, conforme Sr. João relatou: “[...] meu pai tinha pressão alta, acho que tenho por isso, ele morreu de derrame, esse tal de AVC”.

A narrativa de Sr. João mostra quão significativo é o fato de seu pai ter tido e o mesmo reconhecer que sua doença estar associado aos aspectos históricos e hereditários, decorrentes de um processo contínuo de adoecimento em/na família. Diante disso, foi possível compreender que as ações de promoção e prevenção não sejam tão efetivas e encontrem obstáculos nos seguimentos de condutas nos CSF e nas mudanças de comportamentos, por não fazerem sentido para as pessoas que vivenciam a HAS e por acreditarem que sua herança familiar está marcada no tempo passado, presente e futuro com o agravo da hipertensão.

Essa narrativa de Sr. João traz a mesma perspectiva constatada no estudo de Trad et al. (2010) sobre itinerários terapêuticos face a hipertensão em famílias de classe popular, a HAS também foi reconhecida “como uma doença da família devido ao número de membros portadores e por ter acometido diferentes gerações”. Por isso, faz-se necessário um olhar para a família e, principalmente, para os aspectos culturais, comportamentais que envolvem as raízes dos membros desta, e assim, traçar ações que assegurem um seguimento efetivo e formação de sentido para os sujeitos implicados no processo.

Itinerário terapêutico – busca de cuidados diante do adoecimento

O diagnóstico da doença é seguido pelas recomendações sobre o tratamento a ser adotado. Esse, por sua vez, envolve uma multiplicidade de fatores sociais, culturais e familiares. Para as doenças crônicas, nessas em especial a HAS, entram em cena as medidas farmacológicas e não farmacológicas, relacionadas ao estilo de vida, seguimento ou não de condutas e percepções do processo saúde-doença-individual de cada pessoa.

Nesse momento inicia-se uma abordagem na busca por cuidado na rede de atenção, enquadrada na ESF de Sobral, em especial bairro Cohab II, seja na rede formal ou informal, em uma perspectiva dos sujeitos, das pessoas que vivenciam a HAS, garantido a resolução das suas reais necessidades e percepções de adoecimento.

Dessa forma, começa o caminho que aqui muitas vezes denominamos ao longo do texto como itinerário terapêutico percorrido na busca pelo cuidado/controlado da doença, envolvendo uma série de medidas, desde aquelas recomendadas pelos profissionais da assistência até as classificadas como referentes ao saber popular ou informal.

Trad et al. (2010, p. 87) refere o itinerário terapêutico como “aquele que envolve os hábitos, o acaso, os atos impensados, não apresentando, assim, um modelo ou padrão dentro do qual possam ser enquadrados os processos de escolha”.

O mesmo autor aponta que as primeiras referências ao tratamento da hipertensão os participantes relacionam prontamente o controle da doença ao uso de medicamentos, o que pode estar associado à priorização do tratamento medicamentoso pelas políticas de saúde no Brasil. Desse modo, a fala do autor é constatada no primeiro aspecto de busca por cuidado pelo Sr. João quando coloca o medicamento como algo importante e indispensável para controle

da doença, assim, colaborando com as políticas de saúde e prioridade no tratamento da HAS: “[...] tomo meus remédios todo dia [...] todo mês vou buscar”. No entanto, Sr. Francisco associa a condição de tomar o medicamento como algo desagradável, o que remete refletir se, de fato, está havendo uso continuado ou não dos anti-hipertensivos: “[...] é muito remédio, é igual féu na boca da gente”.

Dessa forma, essa busca de medicamento encontra por vezes condutas ou orientações difíceis de serem seguidas pelos participantes do estudo. Assim, coloca-nos diante do aspecto que alguns autores apontam como dicotomia entre orientação e efetivação, principalmente, quando envolve mudanças no comportamento alimentar impostas pelos profissionais de saúde, as quais, muitas vezes, não fazem sentido para nossos colaboradores: “[...] a comida é insoça, pedi pra não comer sal, nem gordura [...] eu gosto de farinha, “toicim”, não posso (João)”. É notória a prática, por vezes, não efetiva, por um processo de dificuldade dos profissionais em compreender a experiência de adoecimento e a história de vida das pessoas acometidas por HAS, elementos capazes de influenciar na linha de cuidado no viés dos sujeitos que vivenciam espaços pessoais rodeados de aspectos familiares, culturais e sócias, indissociáveis na ESF, exigindo, assim, uma escuta qualificada, mais atenta dos hipertensos nas consultas de HiperDia, sobre suas percepções, e não de condutas impositivas as quais apontamos como descuidado em saúde: “[...] a enfermeira manda comer sem sal, não presta (Francisco)”.

Existe uma dificuldade evidente para os pacientes em mudar práticas alimentares, pois essas pertencem a um cotidiano alimentar que caracteriza o indivíduo dentro do contexto familiar e social. São restrições difíceis de serem assimiladas pela pessoa doente, pois o alimento é parte do evento de socialização, na maioria das culturas (BALDISSERA et al., 2008). Para esses autores, em estudo sobre as mudanças vivenciadas por portadores de hipertensão após

o diagnóstico da doença, percebeu-se que há uma dicotomia entre percepção e seguimento. Os pacientes sabem que a adequação da dieta é necessária, mas, na prática, não conseguem efetivar.

Nesse contexto, conforme observação no campo de trabalho e nas narrativas dos colaboradores, o cuidado com a saúde da população se resume ao cumprimento de protocolos de atendimento, como a ida e vinda ao serviço de saúde todos os meses, e tomar regularmente a medicação, constituindo-se em medidas (verticalizadoras) que atendem a política do programa de controle da HAS do Ministério da Saúde e não necessariamente à percepção de saúde e qualidade de vida das pessoas que vivenciam em seu cotidiano suas dores, sentimentos, necessidades e sofrimentos.

No caminho percorrido pela busca de cuidado e controle da doença, outras medidas terapêuticas são empregadas diante da percepção de desordem que os colaboradores experimentam, pois, muitas vezes, buscam ajuda na rede formal e não obtém resolutividade ou suas necessidades não são supridas. Confirma-se esse aspecto no caminho narrado pela fala de Sr. João quando decide procurar o setor de saúde popular e acreditar nas experiências contadas a partir da vivência da comunidade, fazendo, desse modo, sentido para ele: “[...] tomei remédio do mato, me ensinaram que era bom pra pressão (agrião) um mato que faz um chá e toma”.

Conforme Canesqui (2007), a alteração da prescrição medicamentosa é recorrente por parte dos pacientes, assim como o uso combinado de chás caseiros, como o da folha de chuchu e de abacate referidos como verdadeiros hipotensores.

Assim, acreditou-se que o colaborador tomou essa decisão por valorizar os cuidados oferecidos por esse setor, dando sentido ao que o mesmo percebe como cuidado em saúde e controle da HAS. Nesse sentido, uma pessoa discute ou avalia as possibilidades do cuidado da doença à luz do seu conhecimento e experiência,

escolhendo não apenas os diferentes tipos de assistência (informal, profissional ou popular), mas também os diagnósticos e as recomendações que fazem sentidos para elas (HELMA, 2003).

Procurou utilizar nesse setor algumas formas de tratamento usado na medicina popular. O uso de ervas medicinais, nesse caso, como o chá de mato, muito deles cultivados nos quintais, é uma prática secular baseada no conhecimento popular e transmitida oralmente, na maior parte das situações (BARATA, 2009).

O mesmo autor aponta que o compartilhar de informações na medicina popular na maior parte das práticas ocorridas está relacionada ao significado que o indivíduo, família, amigos ou grupos específicos tecem em relação às terapêuticas. Outro colaborador da pesquisa (Sr. Francisco) decide também procurar no setor a resolução de suas necessidades quando trata o uso da aguardente a uma técnica de reduzir a HAS ou melhorar de seu agravo: “[...] quando sinto um vechame tomo aguardente, me sinto melhor, tinha um primo que viveu 40 anos depois desse AVC, tomando pra pressão”.

Depois de procurar a terapêutica popular, o colaborador da pesquisa Sr. João busca a farmácia do bairro para a resolução de suas necessidades procurando ajuda de um farmacêutico. Desse modo, a dor, mais uma vez, é revelada como um indicativo de sofrimento, pois mostrou-se novamente que suas demandas não conseguem ser solucionadas e sua busca incessante por ajuda está marcada na sua experiência de adoecimento: “[...] uma dor na perna comprei injeção no Dr. na farmácia melhorei depois foi pra outra e depois foi pro joelho e até hoje, faz muito anos”.

Queiroz (1994) aponta o fato de a pessoa procurar o serviço da farmácia em detrimento das unidades de saúde profissionais, sugere que ainda persiste a crença de cura e resolução dos problemas nesse setor ou que nas unidades de saúde o alcance da resolutividade é demorado, devido aos fluxos, inúmeros procedimentos ou até mesmo

pela falta do acolhimento na relação entre profissional-paciente, vínculo, confiança e, ainda, o farmacêutico ser visto como do grupo da comunidade, mas, por outro, ter conhecimentos gerais do sistema médico e, então, ajudar na orientação pela busca ou não pelo serviço de saúde oficial.

Nesse sentido, as pessoas buscam outro sistema de cuidado que não o oficial (profissionais), não com o intuito de se oporem a ele, mas preencherem as lacunas deixadas por ele e por conseguirem espaço de escuta e acesso fácil.

Essa atitude de Sr. João pode ser explicada no pensamento de Maruyama (2004) quando aponta que, embora o sistema de cuidado profissional seja hegemônico, em nossa sociedade, normalmente, ele só é procurado quando o doente não vê solução para sua desordem pelos outros sistemas. Dessa forma, reconhecemos que o percurso adotado sofre forte relação com sua percepção do cuidado e também da doença.

As narrativas de Sr. João corroboram na perspectiva pessoal de suas sensações e aponta que as representações do processo de adoecimento estão ligadas ao uso e à percepção que as pessoas fazem de seu próprio corpo sentido – quando ele demonstra que tomava um remédio para diminuição dos níveis séricos de colesterol que não fazia bem ao mesmo, relatando “abalos” no coração sentindo coisas “anormais”, assumindo a postura de negação ao uso da medicação prescrita pelo médico, conforme relato: “[...] tava sentindo um abalo eu dizia eu vou é morrer sentia uma coisa ruim, deixei de tomar graças a Deus no senti mais nada”.

Iniciar um tratamento implica em mudança na rotina das pessoas, no seguimento da conduta ou não e na colaboração dos familiares. Isso vai desde a simples ingestão de um medicamento ou alimento, a alterações nas escolhas e nas percepções pessoais, ou seja, há a necessidade de adaptação por parte das pessoas em suas rotinas diárias. Para Araújo, Paz e Moreira (2010 apud PALÁCIO,

2011), a terapêutica da HAS não se dá de modo uni direcionado, pois trata-se de um processo que envolve costumes e hábitos de vida construídos ao longo da existência do ser humano.

As narrativas dos colaboradores apontaram para cuidados hegemônicos em saúde, distanciando dos princípios da integralidade e longitudinalidade do cuidado. Desse modo, destaca-se que nesse aspecto das práticas em saúde ainda prevalece o modelo biomédico de atenção, focado na doença, de escuta desqualificada e distante dos princípios de um cuidado efetivo na atenção dada aos profissionais às pessoas hipertensas, no cotidiano das demandas dos CSF no município. O Sr. João demonstra claramente a atitude: “[...] que tomasse remédio pra dor quando tivesse sentindo dor, bom não ia ficar, que é uma tal de artrose”.

Essa atitude remete a uma relação de poder centralizadora em uma única pessoa (profissional), prática hegemônico-ultrapassada, verticalizadora, diante de uma pessoa que assume o papel de ser doente e tentativa de controle sobre seu corpo, demonstrando insensibilidade no cuidado profissional, fato que esboça, evidentemente, a perda da autonomia das pessoas, em especial os hipertensos, diante da abordagem de alguém que detém o saber e de outro que, muitas vezes, se torna um ser passivo.

Esse aspecto foi observado no estudo dos prontuários individuais dos colaboradores, constatando a persistência em renovações de receitas medicamentosas baseadas no controle da doença (HAS), sem escuta qualificada, a qual muitas vezes desconsidera as reais necessidades das pessoas (notas de observação no prontuário).

Para Alves (1993), a experiência da enfermidade é uma categoria analítica que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença. Essa resposta envolve, portanto, a reação diante da confirmação da patologia, os momentos que antecederam o processo de adoecimento,

o tratamento recomendado e aquele que é seguido de fato, a busca por medidas terapêuticas alternativas que ajudem a “controlar” ou “curar”, além da procura por serviços médicos, as dificuldades enfrentadas, enfim, envolve o indivíduo dentro do seu contexto, que muitas vezes não é considerado pelas práticas biomédicas.

Essa descrição apresenta desqualificação da demanda de Sr. João, pois, mesmo a demanda não sendo propriamente o controle da pressão, ele traz uma queixa que merece ser considerada, haja vista que seu processo de adoecimento inicia com ela, a dor, assim ocorre valoração do modelo biomédico nas práticas em saúde. No caso dessa narrativa de Sr. João, trata-se do poder do profissional em dá seu diagnóstico, embora quem sinta a dor seja a pessoa. O trecho seguinte representa, mais uma vez, tais atos desqualificados na fala extraída de Sr. João: “[...] diminuir a dor na perna, Doutora já passou bocado de remédios disse que era só pra parar de doer, só alivia, mas não fico bom”.

Assim, ocorre desrespeito ao cuidado integral na atenção ao processo de adoecimento de Sr. João, o que nos remete a necessidade de ir além da HAS. Nesse sentido, a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (GOMES, 2005).

Contudo, percebe-se a necessidade do reconhecimento por parte dos profissionais de saúde de que as condições nas quais, atualmente, o doente se encontra, de desprivilegiamento do seu saber e de posição de sujeito passivo no processo precisa ser reconstruído, pois afeta as formas de atenção no cuidado no sistema profissional e os modos como os profissionais lidam com os doentes (MURUYAMA, 2004).

Os itinerários terapêuticos seguidos pelos atores do estudo se assemelham em alguns aspectos e ganham suas singularidades a partir das crenças, valores, atitudes e percepções individuais formadas. Percebe-se, a partir das narrativas, um pouco da vida das pessoas em seu mundo cotidiano que se relevam nas falas, nos gestos, nas ações e que permite a compreensão da experiência da enfermidade, como uma das etapas de um cuidado diferenciado, com ampliação do olhar profissional, não só na doença, mas centrado no indivíduo, na família, enfim, no contexto em que se insere na rede de atenção.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou um encontro subjetivo conforme os objetivos e as questões propostas por ele, na perspectiva de quem vivencia a condição da HAS; os sujeitos se tornaram mais do que mero pacientes, foram colaboradores nas escutas narradas, revelaram saberes/práticas do cotidiano de suas vidas.

Os colaboradores demonstraram com seus relatos não buscar o serviço profissional antes da complicação, inserindo essa ideia só a partir do aparecimento e diagnóstico médico, remetendo isso aos aspectos culturais e familiares de grande significado para eles.

O itinerário terapêutico vivenciado, em seus contextos socio-culturais determinaram suas escolhas, o que remete maior atenção ao seu corpo adoecido. Os fatos narrados demonstraram que a busca por cuidado no setor informal ainda é valorizada no território (fato observado na imersão no bairro a partir da RMSF) e, nas pessoas, a busca do setor da farmácia em detrimento dos serviços de saúde ainda se faz presente o que denota escuta e resolução rápida das necessidades das pessoas que buscam o setor.

Acreditamos que essa passagem nos múltiplos sistemas de cuidado influencia diretamente no entendimento dado a HAS, nos seguimentos de conduta e, principalmente, na percepção do processo saúde-doença interpretados pelos sujeitos que vivem o agravo, funcionando como ferramenta ao compreender o processo de adoecimento das pessoas, por meio da abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

O estudo também contribuiu ao identificar atuações desqualificadas, de ofertas de cuidado que segue a lógica do serviço ou programa e práticas biomédicas. Assim, consideramos como desafio a oportunidade de repensar uma nova atuação centrada nas pessoas, na família, na integralidade, abolindo a lógica da doença e aderindo uma relação de vínculo profissional-usuário e escuta qualificada, atenção e valorização das necessidades e sentidos de saúde das pessoas que vivem a HAS.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./set. 1993.

BALDISSERA, V. D. A. et al. Mudanças vivenciadas por hipertensos após o diagnóstico da doença. **Rev. InstCiênc Saúde**, v. 26, n. 3, p. 304-309, 2008.

BARATA G. Medicina popular obtém reconhecimento científico. **Cien. Cult.**, v. 55, n. 1, p. 12, 2009. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v55n1/14839.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. **Manual de operação: HiperDia** — Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica – DAB. Cobertura de Estratégia Saúde da Família, prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e cobertura de portadores de HAS e DM cadastrados no HIPERDIA em relação ao VIGITEL 2009 por município. **% Cobertura de ESF até abril de 2010 e cadastrados no HIPERDIA até maio de 2010**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnhd/campanha_deteccao.php>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n° 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANESQUI, A. M. A hipertensão do ponto de vista dos adoecidos. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Olhares Socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Editora Hucitec; Fapesp, 2007. p. 87-110.

FERREIRA J. O corpo signo. In: ALVES, P. C. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

GOOD, B. J. **Medicina, Racionalidad y Experiencia: una perspective antropológica**. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2003. 375p.

HELMAN, G. C. **Cultura, Saúde e Doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003. 408p.

MARTINS, J.J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Cont. Enfer.**, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr./jun. 2007.

MARUYAMA, S. A. T. **A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico**. 2006. 86f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. 286p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PALÁCIO, M. A. V. **A Hipertensão Arterial Sistêmica a partir da perspectiva do sujeito: análise de narrativas sobre a experiência da enfermidade e dos significados do tratamento dietético**. 138 f. 2011. Dissertação (Mestrado em nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde, Escola de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

QUEIROZ, M. S. Farmacêuticos e Médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: ALVES, P.; MINAYO, M. C. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

RICOEUR, P. **Do Texto à Ação: Ensaios de Hermenêutica II**. Tradução de Alcino Cartaxo e Maria José Sarabando. Porto: Rés, 1989. 400p.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira; TRENTINI, Mercedes. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 423-432, maio/jun. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardio**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010a. Supl. 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 2014.

_____. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 1-66, jan./mar. 2010b.

TEIXEIRA, E. R et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 378-384, dez. 2006.

TRAD, L. A. B et al. Itinerários terapêuticos face a hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr. 2010.

A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva

Anna Luiza Castro Gomes

Marília Moura de Castro

Leandro Roque da Silva

INTRODUÇÃO

Historicamente, a atenção ao usuário de saúde mental foi marcada pela violência contra os direitos humanos e por uma prática de cuidado fundamentada na exclusão e no isolamento social. A partir dos anos setenta, uma luta vigorosa por mudanças nessa atenção se instaurou no cenário mundial, com vistas a melhorar a qualidade dos processos de trabalho dos serviços e a transformar o lugar da loucura no meio social.

As novas propostas reivindicam a incorporação de um novo modelo de atenção em saúde mental decorrente dos processos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária Brasileira que se contrapõem ao modelo biomédico e hospitalocêntrico hegemônico. O novo modelo pressupõe processos de desinstitucionalização das pessoas que experimentam o sofrimento psíquico e novas estratégias de cuidado que promovam a cidadania e a emancipação dos sujeitos envolvidos no processo da Reforma Psiquiátrica, do modelo tradicional (AMARANTE, 2005).

Nesse enfoque, consideram-se como principais estratégias de transformações do modelo de atenção à saúde mental as intervenções na cultura e o envolvimento de outros atores sociais no processo denominado de Movimento da Luta Antimanicomial. Ou seja, defende-se a necessidade da construção de uma nova relação entre sociedade, louco e loucura que respeite a diversidade e a inclusão social para a efetivação

das iniciativas de um processo de desinstitucionalização, de rompimento a objetivação da loucura e de reabilitação psicossocial (TENORIO, 2002).

Consubstanciado a isso, novos serviços e práticas em saúde mental foram implementados por meio da Política Nacional de Saúde Mental no intuito de construir uma atenção baseada na produção de vida e de subjetividades, no estabelecimento de relações de vínculo entre os sujeitos e na reconquista do seu poder contratual (DELGADO; GOMES; COUTINHO, 2001). Nesse sentido, também ocorreu a ampliação da concepção sobre processo saúde/doença mental/cuidado, a valorização da multiplicidade das dimensões subjetivas envolvidas nesse processo – a família, os estilos de vida, as relações interpessoais, o território e o respeito à diversidade da natureza humana (BRASIL, 2005a).

Ao considerar o território enquanto espaço potente para o cuidado em saúde mental, reconhece-se a importância de programar as ações de saúde mental no âmbito da atenção básica (AB), com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF), que no cotidiano do trabalho acompanha situações de pessoas e familiares em sofrimento psíquico (BRASIL, 2004).

Tendo em vista a recomendação política de que os sofrimentos mentais graves devem ser direcionados para um cuidado especializado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considera-se a articulação entre esses serviços e a ESF fundamental para o processo de reinserção social das pessoas com sofrimento mental, uma vez que, é no território onde os valores culturais e as relações sociais são produzidas cotidianamente. Desse modo, há a necessidade de se fazer a conexão com os lugares sociais institucionalizados e os não institucionalizados, com a rede de atenção à saúde, com a comunidade e, conseqüentemente, com todos os territórios geopolíticos nos quais se experimenta a vida (BRASIL, 2003; LANCETTI, 2002).

Lancetti (2002) defende o potencial da ação territorial em saúde mental para valorizar as subjetividades, modificar as relações,

favorecer o protagonismo dos sujeitos, a construção de vínculo e a responsabilização pelo cuidado e, ainda, para transformar a cultura da comunidade em relação às necessidades de saúde mental. Sendo assim, a Estratégia Saúde da Família, no âmbito da Atenção Básica, configura-se como campo propício para a promoção de uma atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico, a partir da possibilidade do estabelecimento de uma relação de **vínculo** entre essas pessoas e os trabalhadores.

De acordo com Schimith e Lima (2004), o vínculo tem como função o fortalecimento da dimensão relacional do cuidado e a permissão de uma maior acessibilidade das pessoas ao Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento de suas necessidades e de suas demandas. Nessa perspectiva, algumas estratégias devem ser elaboradas para responder às necessidades dos usuários, para realizar o acolhimento e o vínculo com responsabilização e para direcionar o processo de humanização na saúde, no sentido de incentivar os processos de trabalho relacionais, dialógicos e interativos com os usuários (PT, 2007).

Nesse enfoque, para explicar a organização do processo de trabalho em saúde, Merhy, Bueno e Franco (1999) lança mão do conceito de valises enquanto instrumentos que os profissionais no cotidiano de seu trabalho utilizam para atuar. Assim, o autor defende as tecnologias leves de cuidado, tais como a **construção de vínculos**, o acolhimento, a autonomização e a responsabilização, como recursos de uma prática centrada no usuário e não em procedimentos e, portanto, capazes de efetivar intervenções terapêuticas mais resolutivas e de ampliar as ações de saúde. Desse modo, o autor entende que a organização do trabalho influencia o modo de se organizar o cuidado em ato com os usuários.

Segundo Starfield (2002), o vínculo atua como uma das dimensões de cuidado para avaliação da organização da Atenção Primária a Saúde (APS) significando a presença de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo que possibilite a identificação de necessidades na relação profissional-usuário. Ou seja, o vínculo

da população com a equipe de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde haja vista sua importância para a garantia da atenção integral à saúde (GOMES, 2007).

Ainda de acordo com Starfield (2002), a dimensão vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre o usuário em sofrimento mental e o profissional de saúde, de modo a se estabelecer relações pessoais estreitas e duradouras, permitindo, longitudinalmente, que os laços criados se fortaleçam e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento e, conseqüentemente, evitando consultas e internações arbitrárias. Essa relação requer a cooperação mútua entre as pessoas da família, da comunidade e os profissionais, pois não se dá de modo imediato.

Além disso, reconhecemos que a construção de uma relação de confiança, de diálogo e de compromisso entre a ESF e a pessoa com sofrimento psíquico favorece positivamente o contato entre profissional e usuário, e contribui para facilitar o acesso dessa pessoa ao serviço de saúde, pois o vínculo se constitui um elemento das relações sociais indispensáveis para a adesão terapêutica das pessoas com sofrimento psíquico às ações de cuidado e ainda uma estratégia significativa para a coordenação intersetorial desse cuidado (GOMES, 2007).

De acordo com Brasil (2003), as ações de saúde mental na atenção básica precisam transversalizar outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de **vínculos** contínuos com pessoas em sofrimento psíquico. Acrescenta que tais ações em Saúde Mental devem ser fundamentadas nos seguintes princípios: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Nesse enfoque, um dos pressupostos deste estudo é que a relação de vínculo em saúde pode denotar a manutenção ativa do cuidado por meio de ações que visem a monitoração permanente das condições biopsicossociais do usuário e de sua família. Inicia-se no contato com o agente comunitário de saúde (ACS) ou com outro profissional da equipe e aprimora-se a cada encontro, na medida em que todos da equipe de saúde se envolvem e se corresponsabilizam pelas condições de vida das pessoas cuidadas (RIBEIRO, 2005).

Considerando a complexidade do cuidado em saúde mental na atenção básica, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e a importância do vínculo para a efetividade de um cuidado integral no âmbito da atenção básica foi elaborada a seguinte questão norteadora do estudo: qual o potencial da relação de vínculo estabelecido entre a Estratégia Saúde da Família e os usuários em sofrimento para a produção do cuidado em saúde mental, na perspectiva da superação paradigmática do modelo psiquiátrico tradicional?

Nesse enfoque, o objetivo desta pesquisa foi investigar as possibilidades de estabelecimento de relações de vínculo entre os profissionais da ESF e as pessoas com problemas de saúde mental no município de João Pessoa/PB.

MÉTODO

A pesquisa é do tipo quantitativa realizada em 14 Unidades de Saúde da Família (USF's) inseridas no território do Valentina Figueiredo – Distrito Sanitário III (DS III). A escolha pelo território deu-se pela familiaridade do pesquisador com a área estudada.

Participaram deste estudo 127 profissionais, ou seja, 45% dos profissionais que atuam no território estudado. Como critérios de inclusão foram considerados o fato de atuar na equipe mínima

conforme a Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar participar do estudo. Desse modo, a amostra foi composta de 8 enfermeiros, 9 médicos, 11 dentistas, 69 Agentes comunitários de Saúde, 13 Auxiliares de saúde bucal e 17 Técnicos de enfermagem; de ambos os sexos (84,2% feminino e 15,8% masculino) e a maioria (33,8%) na faixa etária de 21 a 30 anos. O tempo de atuação na equipe da ESF predominante foi de 6 a 10 anos correspondendo a 41,7% dos participantes seguido de 40,9% com atuação entre 1 a 5 anos.

Os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2011, por meio de um questionário elaborado pela pesquisadora. O instrumento foi validado por intermédio de um teste piloto realizado com uma equipe da população estudada. O questionário envolveu 8 perguntas fechadas e 2 abertas sobre o conceito de vínculo (longitudinalidade) apresentado por Starfield (2002), entre elas: A equipe realiza discussões em reuniões periódicas sobre as necessidades dos usuários com problemas mentais para elaboração de PTS? Durante as consultas e as visitas domiciliares você costuma conversar com as pessoas com problemas mentais? As decisões de intervenção terapêutica costumam ser pactuadas com os usuários e seus familiares?

A aplicação do questionário ocorreu individualmente, nas USF's, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por participante do estudo. Desse modo, foram respeitadas as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e aprovado sob Parecer de n.º 251/09.

Os dados quantitativos foram catalogados em tabelas e gráficos e receberam um tratamento estatístico descritivo, que serão apresentados e discutidos em seguida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As teorizações utilizadas neste estudo demonstram que a relação de vínculo em saúde pode denotar a manutenção ativa do cuidado por meio de ações que visem à *monitoração* permanente das condições biopsicossociais do usuário e de sua família (RIBEIRO, 2005).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das respostas, em termos absolutos e percentuais, dos profissionais de nível superior (Enfermeiro, Médico e Dentista) das equipes da Estratégia Saúde da família, obtidas por meio de 10 questões objetivas que envolveram situações de possibilidade para o estabelecimento do vínculo entre o profissional da ESF e a pessoa com sofrimento mental de seu território de abrangência.

Tabela 1 – Distribuição das respostas dos profissionais de nível superior.

Questões	Enfermeiros		Médicos		Dentistas	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Você conhece todas as pessoas com problemas mentais que moram no território de abrangência da equipe que você atua?	07 87.5%	01 12.5%	03 33.3%	06 66.7%	08 72.7%	03 27.3%
2. Você acompanha (consulta/visita domiciliar) as pessoas com problemas mentais que moram no território de abrangência da equipe que você atua?	07 87.5%	01 12.5%	07 77.8%	02 22.2%	09 81.8%	02 18.2%
3. Durante as consultas e as visitas domiciliares você costuma conversar com as pessoas com problemas mentais?	08 100%	00 0%	07 77.8%	02 22.2%	10 90.9%	01 9.1%

Questões	Enfermeiros		Médicos		Dentistas	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
4. Os familiares e/ou vizinhos das pessoas com problemas mentais costumam procurar essa equipe em situações de crise?	08 100%	00 0%	07 77.8%	02 22.2%	09 81.8%	02 18.2%
5. Quando necessário, é sempre a equipe que realiza o encaminhamento das pessoas com problemas mentais para a rede psicossocial especializada?	05 62.5%	03 37.5%	08 88.9%	01 11.1%	08 72.7%	03 27.3%
6. As pessoas com problemas mentais são atendidas por todas as pessoas da ESF?	03 37.5%	05 62.5%	02 22.2%	07 77.8%	11 100%	00 0%
7. A equipe realiza discussões em reuniões periódicas sobre as necessidades dos usuários com problemas mentais para elaboração de PTS?	02 25%	06 75%	01 11.1%	08 88.9%	01 9.1%	10 90.9%
8. As pessoas com problemas mentais procuram a equipe ou alguém específico para atendimento individual?	08 100%	00 0%	08 88.9%	01 11.1%	07 63.6%	04 36.4%
9. As decisões de intervenção terapêutica costumam ser pactuadas com os usuários e seus familiares?	06 75%	02 25%	02 22.2%	07 77.8%	08 72.7%	03 27.3%
10. Você costuma participar dos grupos de convivência e de atividades educativas ofertadas por essa ESF aos usuários do território de abrangência?	06 75%	02 25%	02 22.2%	07 77.8%	08 72,7%	03 27.3%

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados mostram que diante das situações que possibilitam o estabelecimento de vínculo na atenção às pessoas com problemas mentais de seu território destaca-se o acompanhamento do enfermeiro quando comparado aos demais profissionais de nível superior com percentuais superiores a 80% as respostas.

No entanto, verifica-se que esse acompanhamento, na maioria das vezes, decorre da mediação do ACS, o que pode representar fragilidade na relação de vínculo entre o enfermeiro e as pessoas com problemas mentais que residem no território de sua responsabilidade. De acordo com Ribeiro (2005), quando não existe uma aproximação diária e/ou constante que integre a rotina do processo de trabalho em saúde para a garantia do fortalecimento do vínculo com esses usuários, geralmente, essa situação afeta os laços de **compromisso e de corresponsabilização** pelo cuidado contínuo dessas pessoas.

Campos (2003) afirma que o vínculo só é produzido quando há relações duradouras entre sujeitos e responsabilização dos profissionais pelo desenvolvimento de ações e de mecanismos necessários para um cuidado eficaz. Desse modo, o vínculo como tecnologia leve utilizada pela ESF parte do princípio de que quando os profissionais estabelecem a responsabilização pelo território adstrito, consequentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos, de *laços*, entre os trabalhadores de saúde e os usuários, necessária ao desempenho eficaz do trabalho, de acordo com as diretrizes que norteiam a prática da ESF (BRASIL, 2005b).

Quanto ao profissional médico, o estudo revelou fragilidade na dimensão do vínculo para o cuidado em saúde mental, uma vez que a maioria de percentuais para as respostas afirmativas desse grupo foram inferiores em relação aos demais participantes. Além disso, verificou-se que o médico é o profissional da ESF que menos (22.2%) participa dos grupos de convivência e de atividades educativas ofertadas aos usuários já que 7.8% informaram não frequentar tais atividades.

De acordo com o Brasil (2006), a ESF deve organizar e ofertar atividades grupais de prevenção e promoção à saúde para os diversos usuários de seu território, sendo de responsabilidade de toda a equipe.

Em contrapartida, ao observar o **Gráfico 1** (a seguir), nota-se que o profissional médico é uma referência na equipe da ESF, sendo o mais procurado pelos usuários com problemas mentais para atendimento individual (79% das respostas). Starfield (2002) considera que os médicos da atenção básica possuem uma aproximação maior com a população que trabalham do que os médicos especialistas e que, portanto, ocupam uma posição mais favorável para avaliar a interação dos múltiplos determinantes da doença e da saúde. Entretanto, os dados deste estudo apontam que os médicos da ESF estão reduzindo o cuidado em saúde mental a práticas pontuais, individuais e curativistas que ratificam o modelo flexneriano e médico-centrado.



Gráfico 1 – Percentual dos profissionais da ESF referência para o usuário com problema mental.

Fonte: Dados da pesquisa

O **Gráfico 1** ainda revela que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o segundo profissional de referência da ESF para as pessoas com problemas mentais na busca do cuidado e acompanhamento em saúde mental, (17% das respostas). Observa-se que 4% da amostra

não responderam a essa pergunta, o que demonstra o pouco conhecimento desses profissionais no que se refere à atenção em saúde mental no seu território e/ou falta de interesse em contribuir com a pesquisa.

A **Tabela 2** demonstra a distribuição das respostas dos profissionais de nível médio (Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico de enfermagem), também em termos absolutos e percentuais, com relação às 10 questões relacionadas à dimensão do vínculo no cuidado às pessoas com problemas de saúde mental do território de abrangência.

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos profissionais de nível médio.

Questões	Agente Comunit. de Saúde		Auxiliar de Saúde Bucal		Téc. de Enfermagem	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.Você conhece todas as pessoas com problemas mentais que moram no território de abrangência da equipe que você atua?	65 94.2%	04 5.8%	13 100%	00 0%	16 94.1%	01 5.9%
2. Você acompanha (consulta/ visita domiciliar) as pessoas com problemas mentais que moram no território de abrangência da equipe que você atua?	55 79.7%	14 20.3%	09 69.2%	04 30.8%	10 58.8%	07 41.2%
3. Durante as consultas e as visitas domiciliares, você costuma conversar com as pessoas com problemas mentais?	60 87%	09 13%	08 61.5%	05 38.5%	12 70.5%	05 29.5%
4. Os familiares e/ou vizinhos das pessoas com problemas mentais costumam procurar esta equipe em situações de crise?	47 68.1%	22 31.9%	09 69.2%	04 30.8%	14 82.4%	03 17.6%

Questões	Agente Comunit. de Saúde		Auxiliar de Saúde Bucal		Téc. de Enfermagem	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
5. Quando necessário, é sempre a equipe que realiza o encaminhamento das pessoas com problemas mentais para a rede psicossocial especializada?	49 71%	20 29%	13 100%	00 0%	15 88.2%	02 11.8%
6. As pessoas com problemas mentais são atendidas por todas as pessoas da ESF?	45 65.2%	24 34.8%	05 38.5%	08 61.5%	14 82.4%	03 17.6%
7. A equipe realiza discussões em reuniões periódicas sobre as necessidades dos usuários com problemas mentais para elaboração de PTS?	09 13%	60 87%	03 23%	10 77%	03 17.6%	14 82.4%
8. As pessoas com problemas mentais procuram a equipe ou alguém específico para atendimento individual?	47 68.1%	22 31.9%	09 69.2%	04 30.8%	17 100%	00 0%
9. As decisões de intervenção terapêutica costumam ser pactuadas com os usuários e seus familiares?	47 68.1%	22 31.9%	09 69.2%	04 30.8%	12 70.5%	05 29.5%
10. Você costuma participar dos grupos de convivência e de atividades educativas ofertadas por essa ESF aos usuários do território de abrangência?	43 62.3%	26 37.7%	09 69.2%	04 30.8%	12 70.5%	05 29.5%

Fonte: Dados da pesquisa

Os profissionais de nível médio responderam *SIM* (90%) à maioria das perguntas, diferentemente dos assinalados pelos profissionais

de nível superior. Os dados revelam que existe uma maior aproximação por parte desses profissionais com os usuários do território com problemas de saúde mental em comparação aos profissionais de nível superior. Desse modo, pode-se considerar que a sua atuação favorece o fortalecimento da dimensão do vínculo.

Com relação à participação na construção coletiva de Projeto Terapêutico Singular (PTS), os resultados demonstram que tanto a maioria dos profissionais de nível superior (75% dos enfermeiros, 88.9% dos médicos, 90.9% dos dentistas) como os de nível médio (87% dos ACS, 77% dos ASB, 82.4% dos técnicos de enfermagem) **não** realiza discussão em reuniões de equipe da ESF sobre as necessidades dos usuários com problemas mentais e negligencia a elaboração do PTS, considerado um instrumento organizativo do cuidado em saúde que ultrapassa o paradigma médico, na busca de resolver as necessidades das pessoas para além do critério diagnóstico (BRASIL, 2007). Para Merhy, Bueno e Franco (1999), o PTS deve ser um instrumento de construção coletiva que responda às demandas objetivas e subjetivas dos usuários e tem como objetivo a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado permitindo o olhar para o sujeito de forma singularizada e fortalecendo o processo de acompanhamento do usuário no território.

Apesar do destaque que os autores fazem à importância do PTS, verificou-se que ele não é um instrumento comumente utilizado pelas equipes questionadas, uma vez que os sujeitos do estudo não o reconhecem como estratégia para o cuidado das pessoas com problemas mentais de seu território. Com isso, permite-se apontar que as práticas de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica ainda funcionam numa lógica de exclusão de direitos e de subjetividades, uma vez que não possibilitam ao usuário a oportunidade de intervir em seu próprio processo terapêutico. Segundo Campos (2003), o vínculo só se produz quando há relação entre sujeitos, jamais nas circunstâncias em que o usuário for reduzido à condição de objeto,

ou seja, não há estabelecimento de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Nesse contexto, acredita-se que a prática do PTS promove o resgate da singularidade dessas pessoas e facilita a restauração dos contratos sociais. É uma tecnologia leve, potente para o cuidado em saúde mental, uma vez que possibilita o envolvimento entre a pessoa com problema mental, seus familiares e a rede social, num processo contínuo, integrado e negociado de ações voltadas à satisfação de necessidades, à produção de autonomia e à inclusão social (DELGADO; GOMES; COUTINHO, 2001). Além disso, pode ampliar o conhecimento da equipe sobre o sujeito e a *monitoração* permanente das condições de saúde do usuário e sua família.

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica, esse acompanhamento longitudinal das pessoas adscritas no território por meio do PTS é fundamento precípua das equipes da ESF para um cuidado eficaz. Nesse enfoque, aos profissionais da ESF cabe desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a comunidade garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade da atenção. A responsabilização e a corresponsabilização, de forma permanente, permitem acompanhar os efeitos das intervenções em saúde e ampliar o conhecimento das histórias de vida (STARFIELD, 2002).

Além das consultas, considera-se uma importante atividade para o estabelecimento do vínculo entre ESF e comunidade a visita domiciliar. Essa se configura como uma das principais atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde para a ESF, pela proximidade estratégica com o usuário e por compreender uma possibilidade de incorporação das tecnologias leves no cuidado em saúde. A visita domiciliar atua como atividade potencial para o cuidado à família, permitindo o encontro com as subjetividades, os laços de confiança e conhecer o usuário no seu ambiente familiar (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria n.º 2.488/11, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo

a revisão das diretrizes e normas para organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário (BRASIL, 2011).

Nesse enfoque, os dados apontam, de forma geral, dificuldade na organização e no planejamento dessas atividades para o cuidado integral às pessoas com problemas mentais, conforme demonstrados a seguir.

Tabela 3 – Distribuição percentual das respostas relativas à frequência das consultas/visitas as pessoas com problemas mentais referidas pelos profissionais de nível superior e nível médio.

Frequência	Enfermeiros	Médicos	Dentistas	ACS	ASB	Téc. de enfermagem
Quando solicitado pelo ACS	85.7%	14.4%	33.3%	0%	0%	30%
Mensalmente	14.3%	42.8%	22.2%	90.9%	11.1%	10%
Não responderam	0%	42.8%	44.5%	9.1%	88.9%	60%

Fonte: dados da pesquisa

Na **Tabela 3** (acima), são apresentados os dados referentes ao item “frequência” das consultas/visitas às pessoas com problemas mentais. Verificou-se que, apesar de algumas categorias afirmarem que acompanham essa população, 44.5% dos dentistas, 88.9% dos ASB, 60% dos técnicos de enfermagem e 42.8% dos médicos não responderam ao questionamento *frequência*, o que pode significar fragilidades na organização da equipe para a realização dessas atividades.

Os dados ainda informam que 90.9% dos ACS (o maior percentual dentre as categorias pesquisadas) acompanham mensalmente os casos de saúde mental de seu território. De acordo com a Portaria n.º 2.488/11, de 21 de outubro de 2011, o profissional ACS deve acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, no mínimo uma vez ao mês. Porém, ratifica que esse acompanhamento deverá ser programado em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes. Nesse contexto, observa-se a importância das equipes da ESF, para a organização do cuidado, garantir a construção coletiva de projetos terapêuticos singulares no sentido de fortalecer a co-responsabilização de todos os membros.

De acordo com a maioria dos profissionais enfermeiros e alguns médicos (14.4%), dentistas (33.3%) e técnicos de enfermagem (30%), as consultas e/ou visitas domiciliares aos usuários com problemas mentais dependem da *solicitação do profissional ACS*. Isso reforça a função de elo entre a comunidade e a ESF preconizada para este profissional (BRASIL, 2008).

Ribeiro (2005), ao analisar as possibilidades de estabelecimento de vínculo entre profissionais da ESF e usuários do território, afirma que esse processo se inicia com o contato do agente comunitário de saúde, por residir no território, e aprimora-se na continuidade da atenção, na medida em que a equipe de saúde se envolve e se co-responsabiliza pelas condições de vida das pessoas cuidadas. Dessa forma, o que se observa neste estudo é o desenvolvendo de ações de cuidado direcionadas para as pessoas com problemas mentais baseadas nas necessidades identificadas e avaliadas apenas pelo profissional ACS, o que deveria ser uma decisão compartilhada e construída em equipe.

Por mais que o papel do ACS seja fortalecer o contato inicial dos moradores com a ESF, a garantia do fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários depende de um processo de atenção contínua, com envolvimento e responsabilização compartilhada pelo território adscrito. O cuidado em saúde mental deve partir de uma abordagem interdisciplinar e integral, compreendendo que o sujeito que experimenta um problema mental possui uma apresentação que lhe é única e fundamentada em sua própria história de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação sobre as possibilidades de estabelecimento de relações de vínculo entre profissionais da Estratégia Saúde da Família e as pessoas com problemas de saúde mental, por meio de situações específicas de cuidado em saúde mental na AB, mostrou que a atenção em saúde mental ofertada pelas equipes da ESF no município de João Pessoa/PB pode **fragilizar** o cuidado no que se refere ao estabelecimento do vínculo, uma vez que não existe o envolvimento de toda a equipe na identificação das necessidades biopsicossociais dos usuários com problemas mentais, assim como uma organização do trabalho para o acompanhamento contínuo dos casos, visando com isso à superação do modelo médico – centrado e o fortalecimento de espaços de construção coletiva.

Com isso, foi possível perceber que as novas práticas de cuidado instauradas com o processo da Reforma Psiquiátrica para uma melhor atenção às pessoas com problemas mentais ainda se configuram muito tímidas e frágeis na atenção básica. Sendo assim, o que se observa nas atividades ofertadas a essa demanda são ações pontuais de cuidado, centradas apenas nas queixas – condutas, que podem

significara falta de uma organização do processo de trabalho destas equipes, para as questões que envolvem a saúde mental.

Sabe-se que ao longo de muitos anos a atenção ao usuário com transtorno mental foi marcada pela violência contra os direitos humanos e pela burocratização das práticas de cuidado em detrimento de uma assistência que respeite a dignidade das pessoas. Porém, uma nova rede de serviços é criada e novas práticas em saúde mental são pensadas e implementadas no intuito de construir uma atenção baseada na produção de vida e de subjetividades, no estabelecimento de relações de vínculo entre os sujeitos e na reconquista do seu poder contratual.

Partindo do entendimento de que as Unidades de Saúde da Família (USF) foram estabelecidas estrategicamente nos territórios para garantir a proximidade das famílias adscritas, vemos com isso o potencial dessas equipes para monitorar o cuidado e gerar intervenções terapêuticas na liberdade cotidiana das vidas. No entanto, o que se observapor meiodeste estudo é o não aproveitamento deste espaço vivo ou mesmo a dificuldade e despreparo dos profissionais sobre o que fazer com ele devido a sua complexidade, para uma atenção mais reabilitadora e pautada no estabelecimento do vínculo.

Nesse enfoque, destaca-se a necessidade de que as ações de cuidado em saúde mental na atenção básica sejam revisitadas no sentido de instaurar mudanças concernentes aos princípios da Reforma Psiquiátrica e que potencializem os vínculos de **compromisso e de corresponsabilidade**, com vista a uma atenção integral, humanizada e singularizada a esta demanda.

Diante da importância do vínculo como prática de saúde para a melhoria da qualidade da atenção em saúde, este estudo nos revelou a necessidade de potencializar o trabalho de Educação Permanente em Saúde (EPS) no município de João Pessoa/PB para orientar, sensibilizar e capacitar os profissionais da atenção básica para

acolher os usuários com problemas mentais na perspectiva de um cuidado contínuo em saúde mental, fortalecendo em seu processo de trabalho a construção coletiva das ações e melhorando a qualidade dos serviços prestados. Apontou ainda que, apesar dos avanços significativos no campo teórico/conceitual em saúde mental, as equipes da ESF demonstram uma dificuldade técnica de intervenção e incorporação em seu processo de trabalho de tecnologias leves (responsabilização, vínculo, acolhimento).

Dessa forma, destacamos que a realização deste estudo possibilitou além de inferir sobre o potencial da relação de vínculo estabelecido entre a ESF e os usuários em sofrimento mental para a efetivação do cuidado em saúde mental, produzir informações que podem contribuir para o processo de tomada de decisão da gestão municipal de João Pessoa/PB, pois facilitará o processo avaliativo sobre o cuidado em saúde mental na AB e o planejamento de ações e de estratégias que melhorem a qualidade da atenção prestada a esse público, na perspectiva de superação do modelo psiquiátrico tradicional.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). **Franco Basaglia**: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Nº 01/03. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reformados Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov. 2005a.

_____. **Programa saúde da família**. 2005b. Disponível em: <<http://www.gov.br/psf/menu.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

A importância do vínculo para o cuidado em saúde mental na atenção básica

_____. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 28 mar. 2006b. Disponível em: <<http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2011.

_____. **Agente Comunitário de Saúde**. Portal Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_textoCfm?idtsit=23176>. Acesso em: 13 ago. 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

DELGADO, P. G.; GOMES, M. P. C.; COUTINHO, E. S. F. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 17, p. 452-453, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. L. C. **Avaliação do desempenho das Equipes de Saúde da Família no controle da tuberculose no município de Bayeux – PB: o vínculo e o processo de trabalho na atenção primária à saúde**. 2007. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

LANCETTI, A. (Org.). **A saúde mental e a Saúde da Família**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. (Coleção Saúde & loucura).

MERHY, E, E.; BUENO, W. S.; FRANCO, T. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 1999.

PARTIDO DOS TRABALHADORES/RJ. **Encontro Estadual do Setorial de Saúde do PT-RJ**. Rio de Janeiro, maio 2007. Disponível em

<http://www.ptRJ.org.br/mostra_noticia.asp?id=4441>.

Acesso em: 24 maio 2007.

RIBEIRO, EM. **Concreticidade do Vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF):** desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa. 2005. 287f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

RICHARDSON, RJ. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. 3. ed.

São Paulo: Atlas, 1999.

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

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2004000600005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun.2007.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde– Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NA VISÃO DOS PACIENTES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Yara Santiago de Oliveira

Janete Galvão Martins Cassiano

Mônica Oliveira Batista Oriá

Heloísa Esteves Gurgel do Amaral

Paulo Sérgio Dourado Arrais

INTRODUÇÃO

A tuberculose constitui uma das mais antigas doenças infecciosas endêmicas da humanidade (ROBERTS; BUIKSTRA, 2007). Em termos mundiais, a epidemia está crescendo e se tornando mais perigosa. As dificuldades de gerenciamento dos sistemas de saúde, a disseminação do HIV/AIDS e a emergência de cepas multirresistentes têm contribuído para o aumento do impacto da doença, sendo que a tuberculose constitui a primeira causa de morte atualmente em pacientes coinfectados pelo HIV no mundo (FORTALEZA, 2010).

Sabe-se que a tuberculose possui alguns fatores determinantes, como: a pobreza, que acarreta a desnutrição, a precarização das condições de trabalho e moradia; a ascensão e o agravamento da drogadicção no mundo; a negligência na busca de sintomáticos respiratórios, diagnóstico, tratamento e cura inadequados; variações demográficas, como população mundial crescente e mudança na estrutura etária; e impacto da pandemia de HIV (COUTO et al., 2014; FORTALEZA, 2010). Segundo Roberts e Buikstra (2007), do ponto de vista socioepidemiológico, a tuberculose acomete, principalmente,

grupos socialmente vulneráveis, fazendo-se fortemente presente naquelas comunidades ou grupos sociais marcados pela pobreza e exclusão, e um fator agravante da doença é o abandono do tratamento.

A não adesão ao tratamento não é um fator preocupante apenas no Brasil, mas também em outros países, pelas consequências que pode acarretar, como transmissão da doença, resistência medicamentosa e óbito.

Estudos realizados em Chiapas, no México, Espanha, Etiópia e Brasil buscaram identificar as causas-chave responsáveis pelo abandono do tratamento de tuberculose pelo paciente, com o objetivo de examinar as percepções deles acerca do tratamento, e desvendar quais as barreiras que os impedem de concluí-lo (CAYLA et al., 2009; COUTO et al., 2014; REYS-GUILLEN et al., 2008; SAGBAKKEN; FRICH; BJUNE, 2008). Assim, descobrindo as causas é possível agir de forma direcionada, visando melhorar a adesão.

Segundo os estudos, alguns motivos encontrados para o abandono do tratamento foram a falta de comunicação da equipe de saúde com o paciente, a dificuldade de compreensão do tratamento, a falta de medicamentos, a mudança constante de médicos, a longa espera pelo atendimento, os usuários de drogas lícitas e ilícitas medo de perder o emprego, devido a necessidade de ir a unidade para tratar-se (CAYLA et al., 2009; COUTO et al., 2014; REYS-GUILLEN et al., 2008; SAGBAKKEN; FRICH; BJUNE, 2008). Um dos problemas que os profissionais de saúde encontram, com frequência, na atenção aos doentes é a dificuldade destes em seguir esse tratamento de forma regular e sistemática, por ser necessário um período muito longo de tratamento (REINERS et al., 2008). Embora seja necessária, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir.

As metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), baseadas nas Diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), visam à descoberta de 70% dos casos estimados e cura de 85% dos pacientes tratados (BRASIL, 2008). Segundo a OMS, a taxa de abandono teria que ser menor que 5,0% (FORTALEZA, 2010).

Baseado em alguns estudos é possível concluir que as taxas de abandono estão elevadas: 12,4% em Belo Horizonte (PAIXÃO; GONTIJO, 2007); 5,0% em duas cidades da Paraíba (SOUZA et al., 2010); 8,6% em Salvador (SOUZA et al., 2009), entre 6,7% e 20% na Etiópia (SAGBAKKEN; FRICH; BJUNE, 2008), 4,4% na Espanha (CAYLA et al., 2009) e 7,0% em Chiapas (REYES-GUILLÉN et al., 2008).

O abandono pode ocorrer por vários motivos, entre eles a falta de informação sobre a relevância e eficácia do tratamento (FORTALEZA, 2010). Outros motivos que sabidamente também podem contribuir para a não adesão do tratamento, caracterizando o abandono são: a situação socioeconômica, questões familiares, desinformação acerca da doença, falta de vínculo com a equipe de saúde, problemas relacionados aos medicamentos, ausência de suportes sociais, como cesta básica e vale transporte e o tratamento prolongado (BERTAZONE; GIR, 2000; CANTALICE FILHO, 2009; COSTA et al., 2011; PAIXÃO; GONTIJO, 2007; REYES-GUILLÉN et al., 2008; XU et al., 2009).

Considerando que em uma série histórica de janeiro de 2001 a setembro de 2011 a unidade básica de saúde onde a pesquisa aconteceu foi responsável pela notificação de 1030 casos de tuberculose, o que representa 33,8% do total de casos entre as dez unidades com maior quantitativo de casos na Secretaria Executiva Regional I (SER I), e em 2010 a taxa de abandono dessa unidade foi de 16,13% (FORTALEZA, 2011), o objetivo deste estudo foi avaliar as motivações para o abandono do tratamento da tuberculose nessa unidade básica de saúde no município de Fortaleza.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, que foi realizado em um Centro de Saúde da Família no município de Fortaleza, localizado na SER I, e os participantes do estudo foram todos os usuários do centro

que iniciaram o tratamento em 2011 e o abandonaram posteriormente, sendo selecionados a partir do livro de registro para tuberculose da unidade, com complementação de dados a partir dos prontuários existentes.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2012, sendo as entrevistas realizadas no domicílio do paciente ou na unidade de saúde, mediante aplicação de formulário semiestruturado, em que as seguintes variáveis foram abordadas: demográficas, socioeconômicas, relativas ao estado de saúde, hábitos sociais, auxílios recebidos e ao abandono do tratamento.

Para análise qualitativa foi aplicada a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), que constitui um bom instrumento de indução para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores). A técnica de Bardin nos leva à divisão de temáticas e categorias a partir da análise minuciosa da fala dos entrevistados, para isso as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Os seguintes critérios de exclusão foram utilizados: pacientes que abandonaram o tratamento em 2011, mas vieram a óbito, que apresentassem transtornos mentais ou que fossem menores de idade.

O presente estudo respeitou todos os procedimentos éticos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e obtendo anuência dos entrevistados mediante aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No livro de registro da tuberculose foram encontrados 97 pacientes. Desses, 64 (66,0%) obtiveram alta por cura, 7 (7,2%) foram transferidos para a unidade de saúde mais próxima a sua residência, ou mesmo encaminhados para outro nível de atenção, devido à necessidade de tratamento para multirresistência, e 26 (26,8%) abandonaram o tratamento. Esses resultados destoam de outros estudos,

como o de Queiroz e Bertolozzi (2010), em que verificou-se 6,9% de abandono em São Paulo, e o de Paixão e Gontijo (2007), com 12,4% de abandono em Belo Horizonte. De acordo com a OMS, uma taxa menor que 5,0% sugere um maior controle pelos órgãos sanitários, o que não é o caso da unidade de saúde pesquisada.

Dos 26 pacientes selecionados que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos, oito responderam à entrevista (Pct4, Pct11, Pct12, Pct14, Pct16, Pct17, Pct20 e Pct22), três recusaram participar da pesquisa, quatro foram a óbito, onze não foram encontrados, devido a não serem estarem em casa ou mudarem bastante de residência.

No que diz respeito às características dos oito entrevistados, observou-se: predominância de abandono pelo sexo masculino (n=7); entre solteiros (n=6); com baixa escolaridade e renda (n=8). Os achados condizem com resultados encontrados por Lima et al. (2001) e Paixão e Gontijo (2007). A idade dos entrevistados variou entre 22 e 65 anos; a maioria era de desempregados (n=5) e usuários de bebidas alcoólicas (n=6). No grupo, evidenciou-se presença de usuários de drogas ilícitas (n=4) e fumantes (n=3).

A partir da análise dos discursos transcritos foi possível a elaboração do Quadro 1, com categorias específicas junto as temáticas centrais, visando verificar o que influencia no abandono do tratamento segundo a visão dos pacientes da unidade de saúde pesquisada.

Temáticas	Categorias
A. Causas do abandono do tratamento	<ol style="list-style-type: none">1.A influência do contexto social e o poder dos agravos associados.2. Avergonha e o preconceito: estigmatização do paciente.3. Os medicamentos como promotores do abandono.4. A falta de benefícios como fator associado ao abandono.
B. Autoavaliação da saúde	<ol style="list-style-type: none">1. Autopercepção após abandono.

C. Atendimento na unidade de saúde	1. Avaliação dos serviços de saúde por parte dos usuários.
D. Informação	1. A repercussão da desinformação no abandono do tratamento.

Quadro 1 – Descrição dos temas e categorias do estudo.

A. Causas do abandono do tratamento

1 A influência do contexto social e o poder dos agravos associados

Essa temática é de suma importância pela conhecida influência do modo de vida na saúde da população. Como pode ser visto anteriormente, os sujeitos de pesquisa, em sua maioria, possuem baixa escolaridade e renda, refletindo ganhos insuficientes para provimento das necessidades básicas da família. O ambiente de convivência do indivíduo pode, muitas vezes, proporcionar o contato com diversos meios. Em alguns casos, os pacientes atribuíram como causa do abandono do tratamento o consumo de bebidas alcoólicas e a dependência a drogas ilícitas (maconha, cocaína e crack), sendo o crack citado por todos os entrevistados que assumiram consumir drogas, e é preciso lembrar que os vícios podem surgir de uma estrutura familiar deficiente. A seguir podem ser vistos alguns depoimentos acerca do motivo do abandono:

Por causa das drogas que não consigo parar, mas já estou bom, não sinto muita coisa, só fico um pouco cansado. (Pct4)

Por causa da dependência química. Atrapalhava, eu começava e não terminava. (Pct12)

Eu bebo, não sei se tem essa palavra, horamente ou diminutamente, de hora em hora [...]. Olha, o pessoal disse que essas pilulazinhas que a gente toma, me disseram pela primeira vez aqui que bebesse

bastante líquido. Eu não vou ficar bebendo água todo dia, aí bebo cerveja, não é líquido? (Pct17)

O motivo maior é o meu vício, se eu não tivesse esse vício da minha cachaça eu tinha feito, eu fazia o tratamento e deixava [...]. Quando eu bebo eu não como, fico fraco da cabeça, e quando eu bebo eu não quero mais parar não, quero acabar as cachaças todas [...] eu só paro quando eu estou doente, quando eu caio e não posso mais sair de dentro da rede e nem para o lado de fora. (Pct22)

As falas acima revelam o poder de agravos associados, como álcool e drogas, na vida desses pacientes. No estudo realizado por Mendes e Fensterseifer (2004), os registros de abandono do tratamento também incluíram alcoolismo e drogadicção, e esses fatores interferiram de maneira negativa na continuidade do tratamento, sendo necessária especial atenção para esses pacientes, com suporte da equipe de saúde, participação de psicólogo e assistente social, uma vez que existe relutância em modificar comportamentos negativos em relação a mudanças de hábitos nocivos à saúde.

Um dos questionamentos feitos na entrevista era sobre a obtenção do apoio familiar durante o tratamento. Os problemas familiares também foram citados como sendo uma das causas que levaram ao abandono do tratamento, como pode ser visto nos depoimentos a seguir:

Assim, apoiou em termos, porque só moramos eu e minha tia, e também ela é depen..., ela é alcoólatra e... ficava difícil, então mesmo que nada, tanto faz como tanto fez. E tem a minha namorada que sempre me apoiou sabe, nunca me abandonou, sempre esteve ao meu lado. (Pct12)

Houve e está havendo. E agora está piorando. Se eu ao menos pensar, eu anoiteço e não amanheço. (Pct17)

Não, só nos primeiros dias, mas também eu comecei a relaxar, e depois disto eles disseram: esse cachorro quer morrer, deixa ele morrer mesmo. Às vezes o cara fica desgostoso, aí o cara diz vou é beber, não tem quem zele por mim. Minha família não olha por mim não, [...], mas isso é problema? Isso aí não é nada pra mim, já estou acostumado mesmo, sou quase praticamente não da família. (Pct22)

É possível perceber que nesses casos a falta de apoio familiar foi fator agravante para o abandono, e quando existem vícios na família é grande a probabilidade de recaída. O Pct12, apesar de ter abandonado o tratamento em 2011, o retomou e concluiu em 2012, e já está há alguns meses sem consumir drogas, demonstrando o poder da força de vontade sobre o vício, e mesmo morando com a tia, que é alcoólatra e tem suspeita de tuberculose, ele tem superado as dificuldades dessa convivência desafiante, com ajuda da namorada e da equipe de saúde.

O papel da família é fundamental para auxiliar no tratamento do paciente e melhorar a adesão ao tratamento (COSTA et al., 2011). Para tal, a família precisa ser esclarecida sobre a doença e suas consequências, assim como necessita de orientação em relação a melhor forma de lidar com o paciente, não se deixando intimidar ou esmorecer diante de dificuldades, como a falta de disciplina do paciente perante a nova rotina medicamentosa, já que, muitas vezes, essa indisciplina pode ser apenas uma questão de adaptação, podendo ser superada com o apoio familiar.

Em uma abordagem da adesão ao tratamento da TB dentro do universo composto por homens e mulheres, Gonçalves et al. (1999) observou que os homens, em especial os mais jovens solteiros e os separados, aderem menos às recomendações médicas, pois procuram preservar seu modo de vida com festas, bebida e fumo. Os autores sugerem que essa postura se deve à importância atribuída à imagem e à posição ideológica de homens autônomos, livres e independentes.

2 Estigmatização do paciente: a vergonha e o preconceito

O preconceito é definido como o conceito ou a opinião formados antecipadamente sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos, é uma ideia pré-concebida (DICIONÁRIO AURÉLIO, 2015). Baseada nessa definição é possível dizer que todos nós possuímos conceitos pré-formados e, muitas vezes, a partir do preconceito surge a discriminação, que pode ser direcionada a pessoas por sua cor, religião ou mesmo doença, como será abordado.

O estudo abordou a questão do preconceito, ao trazer uma pergunta relativa ao sofrimento de preconceito e a sua influência no abandono do tratamento. As respostas dos entrevistados podem ser vistas a seguir:

Não, porque as pessoas que eu tenho contato poucas souberam, entendeu, e as pessoas que souberam queriam me ajudar, mas se alguém soubesse onde eu morava jamais o pessoal queria conversa sabe, o preconceito é demais. (Pct12)

Não, porque eu não ando divulgando. Se eu andasse divulgando o pessoal não queria nem estar perto. Eu tranquei a faculdade que eu estava fazendo agora, porque eu não queria passar pra ninguém e as pessoas podiam se afastar. (Pct17)

Já, isso aí já, e muito, [...], mas eu não tenho vergonha não. Já sofri discriminação. É tuberculoso esse rapaz, coloca em outro copo, mas eu separo prato, essas coisas dos outros, está entendendo? A primeira coisa que eu digo, eu sou tuberculoso. Quando eu vou beber água numa casa eu levo meu copo, e digo olha eu sou tuberculoso eu, pega aí qualquer pinico velho e me dê pra eu beber água. (Pct22)

Como pode ser percebido, em muitas falas existe o medo de que outros saibam da doença, e assim de que as pessoas os vejam de forma diferente, e esse silêncio como garantia do convívio social foi observado por vários autores (CLEMENTINO, 2011; BERTAZONE; GIR, 2000; LIMA et al., 2001). No estudo realizado por Queiroz e Bertolozzi (2010), sentimentos de vergonha, rejeição, impotência, tristeza e medo de morrer e contaminar familiares também foram identificados.

A busca por unidades de saúde longe da residência do doente também foi identificada como forma de proteção para o paciente e seus familiares (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010). No presente trabalho, apenas um paciente buscou outra unidade de saúde, mas isso se deveu ao fato de ser participante de uma gangue, originando a necessidade de deslocar-se para atendimento em outro local.

Foi observado que, além do preconceito sofrido por outras pessoas, existe a autodiscriminação, pois alguns pacientes têm uma ideia errada sobre a própria doença, tentando por vezes justificar a opinião da sociedade sobre eles e impondo-se situações desnecessárias de constrangimento, podendo isso ser decorrente do desconhecimento em relação à doença.

Para se contrapor a esta situação, Cecilio, Higarashi e Marcon (2015), a partir da percepção dos profissionais de saúde, sugerem que, além das ações rotineiras desenvolvidas pela equipe de saúde na unidade de saúde, deva ser incorporada pela equipe a orientação educacional para o indivíduo e a comunidade, com a consequente mobilização da população para o controle da doença.

3 Os medicamentos como promotores do abandono

O esquema para tratamento da tuberculose passou por algumas modificações em 2009, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento. Todos os pacientes alvo desta pesquisa já foram tratados

com a dose fixa combinada ou COXCIP-4, que é a união de quatro fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) em um comprimido, na fase de ataque.

Quando questionados se os medicamentos tinham promovido algum mal-estar e se isso havia influenciado no abandono do tratamento, os sujeitos relataram vários problemas. A seguir são apresentadas algumas narrativas.

Com certeza, mal-estar. No começo eu sentia tontura, [...] e depois muita fome. Muita fome, porque quando eram os quatro, no começo, no meu primeiro tratamento, depois eu acho que o organismo acostuma mais, vai se acostumando com os comprimidos. É ruim, mas é bom. (Pct11)

Não, tive não, nenhuma reação não. Só aquela urina que muda. (Pct12)

Eu não estava me dando com esse comprimido, é muito forte. É grande demais, dá aquela ... Quatro, é enjoo demais [...] o estômago cheio e com vontade de provocar, é ruim demais, só fazendo força pra não provocar e ficar com aquela coisa ruim. (Pct14)

Aqueles primeiros comprimidos que a gente tomava, [...] eu tinha que tomar eram três, e como não passa aqui (apontou para a garganta), aí a Dra. me ensinou a desmanchar e ficar só aquele pozinho, botava um pouquinho de água e ingeria, e eu fiquei fazendo...se caísse um pinguinho no chão molhado parecia sangue, aí foi que eu comecei a provocar, por isso eu abandonei. Depois continuei, mesmo sabendo que podia vomitar e esquecer. Talvez essa seja a razão, não sei, de eu ainda estar sofrendo isso. Eu gostaria de... de não tomar mais essa medicação, não sei, porque o internamento não vai me trazer a saúde não, a senhora acha que traz? Internar traz saúde? Deixe eu solto mesmo, não me interne não (Pct17)

Não tive não, mas a urinazinha saía vermelha, a gente tem até vergonha de urinar. (Pct22)

Nota-se que os efeitos adversos interferem no sucesso terapêutico, o que está de acordo com o estudo de Resende e Santos-Neto (2015), Arakawa et al. (2011), Mendes e Fensterseifer (2004) e Lima et al. (2001). Os relatos dos feitos adversos são semelhantes ao do estudo realizado em Fortaleza por Lima et al. (2001), em que os pacientes consideraram o comprimido grande, difícil de engolir e sentiam reações desagradáveis, como náusea, vômito, tontura e aumento na frequência da micção, e os relatados na revisão sistemática de Resende e Santos-Neto (2015).

É possível verificar que alguns pacientes deste estudo reclamam do tamanho do comprimido e do mal-estar causado, mas, em contrapartida, quando questionados se eles haviam procurado outra consulta com o médico para resolução do problema, muitos relataram não ter procurado ajuda para sanar o desconforto provocado pela ingestão dos comprimidos, demonstrando certa passividade e ausência de proatividade diante da situação que se apresentava como obstáculo para alcançar o sucesso terapêutico.

4 A falta de benefícios como fator associado ao abandono

No Brasil, o manejo dessa doença é realizado pelo Programa Nacional para Controle da Tuberculose (PNCT), um programa unificado de ações, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Esse programa está subordinado a uma política de planejamento de ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo (BRASIL, 2010).

O município recebe dinheiro oriundo do PNCT e decide como irá gastá-lo, não havendo obrigação de destinar o recurso especificamente para cesta básica e vale transporte, embora o estudo de Arakawa et al. (2011) aponte que a ausência desses benefícios está correlacionada com uma obstrução a continuidade do tratamento, pois ainda que o tratamento para tuberculose seja gratuito, muitas vezes, o paciente precisa fazer um longo percurso para tratar-se na unidade de saúde. O estudo realizado por Brasil e Braga (2008) é um exemplo típico dessa situação, pois verificou-se que as pessoas que vivem longe das unidades de saúde têm cerca de 1,71 vezes mais probabilidade de não cumprir o tratamento em comparação com aqueles que vivem nas proximidades.

Na unidade de saúde em que foi realizado o estudo, nas raras ocasiões em que a cesta básica aparecia, apenas os pacientes que vêm a unidade de saúde diariamente para tomar o medicamento e assinam a frequência têm direito de levá-la. A seguir é possível ver a verbalização de alguns pacientes quando interrogados sobre o recebimento da cesta básica:

Se fosse depender da cesta, minha esperança era receber. (Pct20)

Pessoal diz que a gente recebe uma quantia de dinheiro [...] Recebi foi nada, só aquele comprimido grandão. Fiz foi devolver, eu fui devolver lá. (Pct14)

Nunca recebi essa cesta básica, só fiquei de ilusão [...] Não, nem sabia que dava vale transporte. (Pct16)

Embora o tratamento da TB seja disponibilizado pelo serviço público de saúde, ainda representa um custo econômico para o doente de TB em função da necessidade de deslocamento até o serviço

de saúde, bem como a perda do turno de trabalho para ser consultado (ARAKAWA et al., 2011; FIGUEIREDO et al., 2009).

Nota-se, a partir das entrevistas realizadas neste estudo, que a ausência dos auxílios colaboraram para a não adesão ao tratamento, uma vez que os pacientes sentem-se desmotivados. Quando interrogados se a cesta básica e o vale transporte influenciavam na cura, obteve-se as seguintes respostas:

Ajuda muito, em termos da alimentação...ela é essencial pro tratamento, [...] se não tiver também não anda. (Pct11)

Aham, sim, porque tem mais facilidade de chegar ao posto e de vir para os dias. (Pct11)

É porque tem gente que não tem né, dificuldade...as coisas, alimento, aí você toma já aquele medicamento e não tem nada pra você comer. Aí quando eu tomava o medicamento eu vinha e já dava aquela vontade de comer alguma coisa, dá aquela coisa mesmo no estômago, aí gente que não tem né, vai fazer o quê, já ajuda. (Pct14)

Depende da pessoa morar perto, né. Perto não precisa não, mas longe...precisa. Facilitaria mais, porque se não ele vai dizer: não, não vou porque é longe. (Pct14)

Pode, porque, por exemplo, hoje é o dia que eu tenho que vir, eu não tenho senha pra vale transporte, amanhã eu tenho um vale transporte, aí se você não tivesse você não iria porque não tem o dinheiro, mas está aí o vale, não vai porque não quer. (Pct17)

Em estudo realizado em um posto municipal de saúde, no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, verificou-se que

a oferta de cestas básicas para pacientes em tratamento de tuberculose influenciou diretamente no sucesso terapêutico, havendo uma redução considerável na taxa de abandono de 30,3% para 12,9% (CANTALICE FILHO, 2009).

B. Autoavaliação da saúde

1 Autopercepção após abandono

O modo como o paciente se sente após o abandono do tratamento também foi um fator abordado na pesquisa, como pode ser visto a partir das verbalizações seguintes:

Estou mais ou menos, qualquer coisa eu fico cansado, dor nas pernas, dor nas costas. A minha está péssima. (Pct14)

Excelente, não estou sentindo mais nada graças a Deus, não estou morrendo, estou vivo né, trabalhando. Não sinto dor nenhuma, só dor de dente. (Pct16)

Está muito boa, rapaz o pessoal diz que eu estou tuberculoso, já fiz tratamento e diz que eu estou, mas eu não sinto nada, eu não canso, eu falo tudo, eu digo tudo, eu brigo, eu apanho, todo mundo dá em mim, eu me acordo cinco horas da manhã, tomo banho cinco e meia, saio, levo frio e tudo. (Pct22)

Pode-se perceber, a partir das falas dos entrevistados, que mesmo quando a autoavaliação da saúde está péssima não há intenção de fazer o tratamento, trazendo à tona a negligência do paciente pelo tratamento, observada pelo desinteresse e pela falta

de compromisso dos indivíduos, o que pode ser causado por outros fatores já abordados, como a falta do apoio familiar, o preconceito e o desconhecimento acerca da doença. E mesmo nos casos em que a autoavaliação foi positiva, os motivos apresentados para o abandono do tratamento, em sua maioria, são a drogadicção e o alcoolismo.

A forma como o paciente se sente reflete em como ele vai lidar com a situação vivenciada e influenciará na decisão de buscar ou não ajuda da equipe de saúde.

C. Atendimento na unidade de saúde

1 Avaliação dos serviços de saúde por parte dos usuários

A unidade básica é a porta de entrada do paciente, e a qualidade dos serviços oferecidos pode impactar positiva ou negativamente na decisão do paciente seguir com o tratamento. Pacientes com tuberculose são especialmente difíceis, uma vez que o tratamento é mais longo e resultados positivos podem ser percebidos antes de sua conclusão.

Segue a opinião dos pacientes no que diz respeito ao atendimento recebido na unidade de saúde:

Eles foram todos muito legais. (Pct11)

Porque na época quem estava aqui não era a Dra.K, também esqueceram, também não foram atrás, aí eu fui lá em outro posto, [...], e o pessoal caiu logo em cima, aí mandaram bater logo o raio-x, [...] , uma série de exames, entendeu. Aí de lá que eu vim pra cá...aqui eu estava me prejudicando, entendeu, eu estava notando, porque aqui prolongava as coisas né, porque o atendimento não estava aqui adequado pra mim, estava prolongando e essas prolongações

podia chegar a eu morrer, entendeu. Eu estava vendo que estava sem condições mesmo. Lá fui bem atendido, e em seguida quando cheguei aqui a Dra. X me abraçou. (Pct12)

Muito para o bem o pessoal, quando eu não ía eles ficavam era sentindo falta de mim, perguntavam se eu estava fugindo. Falei que não. (Pct16)

Depois que eu já tinha tomado à medicação fui falar com ele. Rapaz tem que começar tudo de novo. Mais seis meses é? É (imitou a voz do Dr. Z um pouco grosseiro). Um atendimento melhor, às vezes a pessoa vai até querendo esbanjar alguma alegria, aí se depara com isso, [...] como é que ele diz na minha cara que não confiava em mim, que foi que eu fiz de errado com o nome dele? (Pct17)

A gente não vai para o posto porque sei lá, é uma demora e tudo, não tinha renda, não tinha nada e aí queria proibir de eu tomar até água da cagece, pra tomar água filtrada, pra não tomar isso e tudo...e...não, assim também não. [...]. (Pct22)

É possível observar a divergência de opiniões e concluir que o abandono também está relacionado ao tratamento recebido na unidade de saúde. A equipe de saúde precisa estar preparada para ouvir e compreender o paciente, dispensar atenção, tratá-lo com respeito e dignidade, pois pequenos gestos fazem grande diferença, repercutindo positivamente no tratamento.

Observando-se a fala do Pct22, pode-se inferir que a orientação de mudança de hábitos foi entendida como imposição, gerando certa confusão, uma vez que foi considerada como uma exigência que o retiraria de sua rotina habitual, modificando seus hábitos cotidianos. Esse fato repercutiu negativamente no avanço do tratamento, pois

deu a ele a ideia de que para conseguir curar-se ele teria que submeter-se ao que o profissional de saúde estava determinando, o que implicaria não apenas na tomada de medicamentos, mas na mudança de outros hábitos, os quais acarretariam despesas que ele não poderia custear.

A partir da fala do Pct12, nota-se que a dificuldade do acesso ao serviço na unidade de saúde de sua área de abrangência foi fator importante de desmotivação, e que se ele não houvesse insistido e procurado outra unidade, que o acolheu prontamente, poderíamos nem saber da existência de seu caso.

O acesso é um importante indicador de impacto da atenção primária à saúde, portanto, é preciso organizar serviços em conformidade com os componentes que a atenção primária à saúde requer, entre outros, o cumprimento da dimensão “acesso”. Desse modo, o acesso depende, ao mesmo tempo, da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços e em que condições (FIGUEIREDO et al., 2009; PORTELA et al., 2014). Diferentes unidades de saúde podem ter diferentes capacidades para atender a demanda local e isso pode indicar o quão bem organizado e preparado elas são para cuidar de pacientes com tuberculose (BRASIL; BRAGA, 2008).

Em estudo realizado por Reyes-Guillén et al. (2008), em Chiapas, no México, a falta de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes foi uma das causas relacionadas ao abandono do tratamento, pois os pacientes sentiam que os médicos não atribuíam a importância necessária ao mal-estar que os medicamentos provocam e não forneciam explicações suficientes para o paciente e sua família acerca da doença, de modo que eles não tinham noção da importância da adesão ao tratamento. Então, é necessário intervir, desenvolvendo ações que modifiquem percepções, sensibilizando e promovendo a comunicação.

Quando questionados sobre o que eles gostariam de mudar na unidade de saúde, obteve-se as seguintes respostas:

As filas que são grandes. (Pct4)

Os médicos né, mais médicos. (Pct11)

Era só na cesta básica, que não está tendo. (Pct12)

Mudaria nada, só mesmo pra você tirar uma ficha alí, avêmaria. É pra ser mais... rápido né. Quando eu estou doente eu nem vou tirar ficha, eu me curo por mim mesmo, aí penso que estou curado, mas quando volta é pior. E eu acho que esse problema (TB) me afetou assim, porque eu nunca mais gripei, nunca mais. De primeiro eu gripava quando eu não estava com isso, gripava, e agora eu não gripo mais. De jeito nenhum eu não gripo mais. (Pct14)

Vou falar que nem nós sempre reclamamos né. Esse negócio de quando você fica na fila pra marcar, vamos supor uma ficha. Aí fica aquela fila enorme, gigante... e lá não tem clínico, aí só quando chega lá na hora, muito tempo depois avisa que não tem clínico. Porque já não falou antes? (Pct16)

Eu deixava do mesmo jeito que está, eu nunca fui mal atendido lá, as doutoras me tratavam bem e tudo, perguntavam, diziam: rapaz faça o tratamento, beba não, davam um bocado de conselho. (Pct22)

As mudanças que os pacientes gostariam que houvesse são mudanças desejadas por muitos outros usuários do sistema único de saúde, uma vez que é de amplo conhecimento o desejo de não aguardar tanto tempo pelo atendimento (BRASIL; BRAGA, 2008), sendo importante atendimento e acompanhamento eficientes.

D. Informação

1 A repercussão da desinformação no abandono do tratamento

Segundo Paixão e Gontijo (2007), o nível de informação sobre a doença e o interesse em se tratar mostraram-se fatores de proteção. A literatura é consistente em relação à informação ser considerada importante fator para a adesão ao tratamento e que o desconhecimento da possibilidade de cura pode incentivar o abandono. Entretanto, mesmo quando as informações são repassadas, o processo de transmissão e incorporação do conhecimento nem sempre é satisfatório e eficiente para a totalidade dos pacientes e não garante mudanças comportamentais.

Durante a entrevista, os sujeitos de pesquisa foram questionados sobre o que seria tuberculose na concepção deles, e as seguintes respostas contextualizam a situação:

A gente fica tossindo, fica ruim... ela passa na família toda, no sangue né. (Pct4)

Acho que é uma mancha no pulmão. É o começo que eu estou é? Porque tuberculose mesmo a pessoa bota sangue né, eu nunca botei, só sinto dor nas costas. (Pct14)

É um vírus né. Tuberculose ataca os pulmões entendeu, que pode ser transmissível através de tosse, espirro, né. (Pct12)

O que senti foi dor nos peito, tontura, febre direto, emagreci, parecia um pau de virar tripa, estava pesando 39kg, quando cheguei lá no posto estava verde, comecei já a vomitar o fígado, era tudo cheio de catarro, cuspiá aquele verdão. Estava mal mesmo eu, estava parecendo

uma caveira, não aguentava nem andar minha chapa, se eu fosse buscar um balde de água pra minha mãe estava morrendo já. (Pct16)

Quando eu estou com esse bacilo de Koch, eu sinto cansaço, essas dores nas costas, esses mal-estares. Eu tive que procurar um hospital, eu fiz os exames e lá descobriram. Aí a Dra. botou entre parênteses pneumonia com uma interrogação, ela mesma estava em dúvida. Na época era pneumonia, e eu demorando em um certo tratamento. (Pct17)

Os sintomas dela é muito cruel, febre, a tosse, a perda de peso, falta de apetite... tinha horas que eu pensava que ia morrer sabe, principalmente da segunda vez, quando veio a recaída, parei, [...] foi duas vezes pior que a primeira, vomitava muito, eu tossia que vomitava, eu não podia comer que eu botava pra fora. (Pct20)

A falta de informação sobre a doença, em alguns casos, chega a ser crítica, como a que apresenta o Pct4, que ainda acredita que a tuberculose é uma doença genética. Esse é um pensamento antigo e obsoleto, que data do Século XIX, em que muitos pensavam que a tuberculose era uma doença hereditária, uma vez que todos os habitantes de uma mesma família, morando em um mesmo domicílio adoeciam e morriam devido à doença. Costa et al. (2011) também apontam a falta de informação sobre a doença como um fator importante para a não continuidade do tratamento.

Nota-se que alguns pacientes conhecem bem os sintomas da doença, pois, apesar de relatarem fazer o tratamento, conviveram ou convivem com essa sintomatologia, mas é de suma importância que o paciente compreenda a doença e sinta-se também responsável por sua saúde. Em uma pesquisa de natureza qualitativa realizada em dois municípios da região metropolitana de João Pessoa, Paraíba, observou-se que é importante o envolvimento do usuário em todas

as etapas do tratamento da TB e que a Estratégia de Saúde da Família favoreça essa participação, por meio da educação em saúde (SOUZA et al., 2010). Por sua vez, o profissional de saúde deve compreender a percepção do doente sobre sua doença e esclarecer o doente para que ele compreenda os objetivos da farmacoterapia.

Diante de tudo que foi exposto, pode-se perceber a complexidade do paciente com tuberculose e de todos os fatores relacionados ao abandono do tratamento, além da importância de uma equipe de saúde capacitada para auxiliar esses indivíduos, esclarecendo-os quanto à importância do tratamento e às consequências decorrentes da não adesão, além de fornecer suporte emocional e encaminhamento apropriado a outros níveis de atenção, com capacidade de atender a problemas, como os relacionados aos vícios adquiridos e relações parentais.

Os fatores relacionados ao abandono são diversos, desde problemas ocasionados pela falta de apoio e incentivo familiar, passando por fatores relacionados com a falta de informação ou mesmo de compreensão acerca da doença, até questões socioeconômicas, como falta de recursos para provimento da alimentação necessária à subsistência até deslocamento à unidade de saúde, causando desmotivação. Segundo Santos et al. (2010), a disponibilização de incentivos e recursos financeiros é necessária para viabilizar as ações de controle da TB, porém, como o recurso fica nas mãos do gestor a nível central, essa ação fica na dependência de sua vontade política.

CONCLUSÃO

O que leva o paciente a abandonar o seu tratamento é uma junção de fatores que se desencadeiam ao longo do tempo, geralmente não se devendo a apenas um isoladamente.

Entre as causas do abandono estão o contexto social em que o indivíduo está inserido, que está relacionado com as condições sociais do paciente, seu nível de escolaridade e renda, que, geralmente, são baixos; agravos, como drogadicção e alcoolismo, que podem ser associados a uma vida familiar desestruturada, sem apoio; o preconceito sofrido devido à doença, que traz a vergonha e a estigmatização do paciente; os efeitos adversos provocados pelos medicamentos, que mesmo após as modificações realizadas em 2009 se fizeram presentes por tratar-se dos mesmos fármacos utilizados anteriormente; a falta de benefícios sociais, como cesta básica e vale transporte, que geram a falta de motivação e incentivo para o paciente comparecer à unidade, muitas vezes pela falta de condições básicas necessárias à subsistência e a repercussão da desinformação, que pode fazer com que o indivíduo deixe o tratamento por não saber ou não compreender quais as consequências desse ato. Observou-se também a autoavaliação da saúde após o tratamento e as mudanças que os pacientes gostariam de visualizar na unidade de saúde, como mais agilidade no atendimento, filas menores e mais profissionais de saúde.

A partir dos resultados apresentados é possível concluir que estratégias simples podem solucionar os problemas apresentados pelos pacientes que não aderem ao tratamento, e essas estratégias surtiriam efeitos benéficos para eles.

É possível apreender também, neste estudo, que se faz necessário um ambiente de trabalho com relação entre os saberes, em que a interdisciplinaridade predomine, a capacitação seja constante para os profissionais e sejam fornecidas condições de trabalho adequadas, levando pacientes e profissionais a compreender-se e ajudar-se mutuamente.

REFERÊNCIAS

- ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 1-9, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Ed. Edições 70; Almedina Brasil, 2011.
- BERTAZONE, E. C.; GIR, E. Aspectos Gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 8, p. 115-22, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da Tuberculose: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço**. 6. ed. [s.l.]: [s.n.], 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL, P. E. A. A.; BRAGA, J. U. Meta-analysis of factors related to health services that predict treatment default by tuberculosis patients, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 p. 485-502, 2008. Sup 4.
- CANTALICE FILHO, J. P. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Jornal Bras. Pneumologia**, v. 35, n. 10, p. 992-997, 2009.

Abandono do tratamento de tuberculose na visão dos pacientes de uma unidade básica de saúde

CAYLÁ, J. A. et al. Tuberculosis treatment adherence and fatality in Spain. **Respiratory Research**, n. 10, p. 121, 2009.

CECILIO, H. P. M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 1, p. 19-25, 2015.

CLEMENTINO F. S. et al. Tuberculose: Desvendando conflitos pessoais e sociais. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 638-643, out./dez. 2011.

COSTA, S. M. et al. Conhecimento dos clientes com tuberculose pulmonar e seus familiares sobre adesão ao tratamento e fatores associados, no município do Rio Grande (RS). **Ciência e Saúde coletiva**, v. 16, p. 1427-1435, 2011. Supl. 1.

COUTO, Davi Sarmento de et al. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde debate**, v. 38, n. 102, p. 572-581, 2014.

DICIONÁRIO AURÉLIO. **Verbetes - preconceito**. Disponível em: <<http://holococos.sjdr.com.br/sem-categoria/aurlio-preconceito/>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho da atenção básica à tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 825-831, 2009.

FORTALEZA (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim de Saúde de Fortaleza**, Fortaleza, v. 14, n. 2, jul./dez. 2010.

_____. **Livro de registro dos casos de tuberculose da unidade**. Dados não-publicados 2011.

GONÇALVES, H. et al. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777-787, out./dez. 1999.

LIMA, M. B. et al. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 877-885, 2001.

MENDES, A. M.; FENSTERSEIFER. Tuberculose: porque os pacientes abandonam o tratamento? **Boletim Pneumologia Sanitária**, v. 12, n. 1, p. 27-38, 2004.

PAIXÃO, L. M. M.; GONTIJO, E. D. Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono, Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 205-213, 2007.

PORTELA, M. C. et al. Tuberculosis Control Program and patient satisfaction, Rio de Janeiro, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 497-507, 2014.

QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: Tratamento supervisionado nas coordenadorias de saúde norte, oeste e leste do município de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm**, v. 44, n. 2, p. 453-461, 2010.

REINERS, A. A. O. et al. Produção Bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, p.2299-2306, 2008. Sup. 2.

RESENDE, L. S. O.; SANTOS-NETO, E. T. Risk factors associated with adverse reactions to antituberculosis drugs. **J. bras. pneumol.**, v. 41, n. 1, p. 77-89, 2015.

REYES-GUILLÉN, I. et. al. Anti-tuberculosis treatment defaulting an analysis of perceptions and interactions in Chiapas, Mexico. **Salud pública de México**, v. 50, n. 3, p. 251-257, 2008.

ROBERTS, C. A.; BUIKSTRA, J. E. The Bioarchaeology of tuberculosis: A global view on a reemerging disease. University press of Florida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 977-983, abr. 2007.

SAGBAKKEN, M.; FRICH, J. C.; BJUNE, G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 8, n. 11, p. 1-11, 2008.

SANTOS, M. L. S. G. et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 64-69, 2010.

SOUZA, M. S. P. L. et al. Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose, **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 998-1005, 2009.

_____. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP, v. 44, n. 4, p. 904-911, 2010.

XU, W. et. al. Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 169, p. 1-8, 2009.

ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO ODONTOLÓGICO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE NO BRASIL

Márcia Lúcia de Oliveira Gomes

Ana Valeska Siebra e Silva

Fabício Bitu Sousa

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Ana Patrícia Pereira Morais

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, assegura os direitos das pessoas com deficiências em diferentes campos e aspectos, porém a atenção às necessidades educacionais, de assistência social e de saúde dessa população, anteriormente à Constituição, era praticamente restrita a entidades filantrópicas e marcada por práticas assistencialistas (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2004).

Atualmente, vem-se discutindo sobre Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Pode-se entender por Rede a articulação entre serviços e sistemas de saúde, e as relações entre atores que aí atuam mediante relações de interdependência entre os pontos da atenção. Segundo Mendes (2007), entende-se por ponto de atenção uma unidade de produção específica determinada por uma função de produção singular, por exemplo, uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção ou uma unidade de atenção paliativa.

A Rede de Atenção à Saúde é fundamental para garantir o acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações de saúde, de acordo com

suas necessidades, e para oferecer atenção integral. Nesse sentido, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2012a).

Segundo a Nota Técnica publicada pelo Ministério da Saúde, aos 22 de outubro de 2012, no âmbito da saúde bucal, a Rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todas as pessoas com deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na atenção básica, a qual referenciará para o nível secundário (Centro de Especialidades Odontológicas) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento (BRASIL, 2012b).

Sendo a atenção básica a principal porta de entrada no serviço, ela deve ser capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde dos usuários, assim como ordenar a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Dessa forma, garantir a continuidade do cuidado do paciente nos demais níveis de atenção constitui um desafio a ser superado, principalmente na saúde bucal e no que se refere a pacientes com necessidades especiais.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) representam o nível secundário de atenção em Saúde Bucal, o qual é responsável por dar continuidade ao cuidado iniciado na Atenção Básica. Foi observada, no Centro de Especialidades Odontológicas Regional de Limoeiro do Norte, uma ociosidade da Especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais, a qual, mesmo sendo ofertadas 443 vagas programadas para a região (39 vagas/mês) para o ano de 2013, teve um agendamento de apenas 40% daquelas (176), correspondendo a uma média mensal de 14 agendamentos/mês para uma região de 217.515 habitantes (IBGE, 2011). Desses agendamentos, 12% foram perdidos devido à falta dos pacientes às consultas, sendo atendidos apenas 155, uma média de 13 pacientes/mês.

Segundo Bezerril (2011), a ociosidade da especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais é uma realidade em todos os CEOs Regionais, porém essa ociosidade é mais significativa no CEO Regional de Limoeiro do Norte, quando comparada a alguns outros CEOs Regionais.

Tendo como objeto de trabalho a busca da pessoa com deficiência por atendimento odontológico nos dois níveis de atenção – primário e secundário – na 10ª Região de Saúde do Estado do Ceará, este estudo se justifica pela necessidade de investigar como o acesso e a utilização dos serviços odontológicos pelas pessoas com deficiência estão sendo realizados nos municípios da referida Região de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo descritivo e transversal, de base populacional, realizado em 3 municípios sorteados seguindo a divisão em estratos populacionais e que integram a 10ª Região de Saúde do Estado do Ceará: Iracema, Limoeiro do Norte e Quixeré.

A 10ª Região de Saúde do Ceará – Limoeiro do Norte – é composta de 11 (onze) municípios: Alto Santo, Ererê, Iracema, Jaguaribara, Jaguaribe, Limoeiro do Norte, Pereiro, Potiretama, Quixeré, São João do Jaguaribe e Tabuleiro do Norte, conforme o Plano Diretor de Regionalização – PDR/2011, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU) em 30/02/12.

A cidade de Limoeiro do Norte é classificada como município polo, assumindo a responsabilidade de atendimento das referências dos demais municípios da 10ª Região de Saúde Ceará por dispor de maior capacidade resolutiva em vários serviços de Média Complexidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi escolhida como estratégia prioritária para organização da atenção básica nos municípios que compõe a 10ª Regional de Saúde, estando presente em 100% dos municípios.

A população da 10ª Região de Saúde coberta pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) aumentou de 63% para 78% entre 2008 e 2013, o que significa uma conscientização dos gestores municipais sobre as vantagens da conversão do modelo tradicional de serviços odontológicos pela atenção à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. Porém, a disparidade de cobertura é um agravante, variando de 48% de cobertura, para o município de Limoeiro do Norte, a 154%, no município de São João do Jaguaribe (BRASIL, 2014).

Na 10ª Região de Saúde, segundo dados registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde, 1,62% da população possui pelo menos um tipo de deficiência (auditiva, visual, intelectual, física ou ostomia). As deficiências físicas e intelectuais são as que concentram maior número de pessoas, com um percentual de 1,05%, seguida das deficiências auditiva, visual e ostomia, com um percentual de 0,62%.

A população do estudo foi composta de 1589 pessoas com deficiência, residentes nos municípios de Iracema, Limoeiro do Norte e Quixeré. Para a definição do tamanho da amostra, foi utilizada a população de referência, a estimativa da frequência e variabilidade do principal problema a ser investigado na população. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi necessário conhecer o quantitativo preliminar de pessoas com deficiência através dos cadastros dos ACS.

Para o cálculo da amostra, foi utilizado o método de amostra aleatória simples, na qual todos os elementos têm a mesma probabilidade de serem selecionados. Para uma população de 1.589 pessoas com deficiências na Região, obteve-se uma amostra de 456 pessoas com deficiência, considerando um erro amostral de 3,879%, nível de confiança de 95%, percentual máximo e mínimo superior a 50%.

Foi considerado critério de inclusão, pessoas com qualquer tipo de deficiência e que concordassem em participar do estudo, individualmente ou por meio de seus responsáveis quando não conseguiram responder às questões prontamente, além de ser residente em um dos municípios participantes do estudo.

A coleta dos dados foi realizada pelos ACS residentes nos municípios sorteados, durante seu horário de trabalho, nos meses de janeiro e fevereiro de 2014, por meio de um questionário estruturado, com perguntas fechadas, aplicado às pessoas com deficiência ou ao seu responsável, caso a pessoa com deficiência fosse incapaz de responder. Para isso, foram realizados treinamentos pela pesquisadora, para assegurar a qualidade do preenchimento do questionário. Para o treinamento, foram utilizados recursos audiovisuais, com exposição dialogada, discussões e debates entre os participantes para esgotar todas as possibilidades de vieses. Com o objetivo de fazer adequação dos questionários no que se refere à compreensão da linguagem pelos entrevistados, foi realizado um estudo piloto. Após a coleta dos dados, os questionários foram devolvidos à pesquisadora, sendo utilizado o quantitativo e questionários devolvidos até a data limite estipulada previamente pela pesquisadora, que foi 28 de fevereiro de 2014. Foram investigadas variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas à utilização do serviço odontológico e variáveis de acesso. Depois de preenchido, o instrumento foi submetido à revisão pela autora do projeto, o que antecedeu a digitação. A digitação dos questionários foi realizada pela autora, e a tabulação dos dados por digitador previamente treinado.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos entrevistados antes da participação deles no estudo.

Os dados foram organizados e analisados de acordo com os objetivos do estudo, utilizando o programa de estatística Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS), versão 19.0 for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA), sendo os resultados obtidos analisados pela pesquisadora de forma descritiva.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, atendendo às normas éticas estabelecidas pela versão 2013 da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, para a devida apreciação, com o parecer de número 501.701.

Foi concedido termo de anuência pelos Secretários Municipais de Saúde dos 3 municípios da região de saúde participantes do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Censo 2010, foi investigada a existência ou não de algum tipo de deficiência permanente por autodeclaração. Os tipos investigados foram: Visual, Auditiva, Mental e Motora. Verificou-se que 27,69% da população residente no Ceará apresentava algum tipo de deficiência, percentual esse acima do nacional (23,92%) e do Nordeste (26,63%). Em números absolutos, a pesquisa indicou que no Ceará há mais de 2 milhões de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas (IPECE, 2012). Esses dados já justificam a importância do presente estudo.

Verificou-se, neste estudo, um maior predomínio de pessoas com deficiência do sexo masculino (55,3%), que não sabem ler nem escrever (56,6%) e de baixa renda (56,5% até um salário mínimo), além de nenhum dos entrevistados morarem em abrigo.

Com relação à escolaridade, ela estava diretamente relacionada à visita ao dentista, visto que os que não sabiam ler nem escrever tiveram um maior percentil de nunca ter procurado o serviço odontológico (24%), enquanto o restante, desde o alfabetizado ao nível superior, representou 8%.

Foi observado que, dentre as pessoas entrevistadas que possuíam renda familiar maior que 1 salário mínimo, 63% já havia ido ao dentista, porém, para os que possuíam renda igual ou inferior, esse percentil caiu para 33%, corroborando com as Pesquisas Nacionais de Amostra por Domicílios (PNAD) que apontam importantes desigualdades no acesso a serviços odontológicos, sendo que a população de maior renda apresenta melhores condições de acesso a esses serviços (CHAVES et al., 2012).

Ainda foi observado que 48,3% possuíam a renda familiar igual a um salário mínimo, correspondendo a 212 entrevistados.

Desses, 79% tinham o auxílio assistencial do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) como único componente dessa renda.

Segundo Cancino et al. (2005), os pacientes especiais apresentam necessidades de cuidado em saúde bucal e enfrentam dificuldades para encontrar os serviços apropriados às suas demandas, como barreiras arquitetônicas, limitações financeiras, medo, ignorância ou negligência em relação à saúde bucal e, principalmente, carência de profissionais qualificados e interessados em tratar tais pacientes. Sabemos que as pessoas com deficiência fazem parte do rol de pacientes especiais, e, no presente estudo, das pessoas que já utilizaram o serviço odontológico alguma vez na vida, nenhuma delas relatou o fato de que o profissional se recusou a atender por se tratar de um deficiente, e, dos que relataram razões para não procurar o serviço, apenas 1,9% afirmou ser essa a razão, o que nos sugere que carência de profissionais qualificados talvez não seja um dos problemas da Região.

Ficou evidenciado que a maioria das pessoas com deficiência participantes da pesquisa possuía cuidador (70%), e, dos que especificaram quem seria esse cuidador, 35,8% afirmaram que era a mãe e 12,8% a esposa. Apesar do estudo não ter investigado o sexo do cuidador, indiretamente podemos afirmar que pelo menos 48,6% é mulher. A mulher é, historicamente, a cuidadora tradicional; geralmente, as que residem no mesmo domicílio se tornam as cuidadoras de seus maridos, de pais e até mesmo de filhos (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008). Foi observado que, dentre os cuidadores, 98,4% dos entrevistados afirmaram que o mesmo tinha parentesco com a pessoa com deficiência.

Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008) afirmam, ainda, que, no enfrentamento do desconhecido, o cuidador de uma pessoa dependente tende a assumir total responsabilidade quanto à situação vivenciada. Em muitos casos, o cuidador não tem opção, pois é o único familiar disponível para realizar o acompanhamento do paciente em domicílio, assumindo totalmente a responsabilidade sem ter com quem dividi-la.

O sentimento de dever do cuidador pelo cuidado de seu familiar permeia, na maioria das vezes, uma situação de obrigação, pois, mesmo que exista o amparo de outros familiares, a sobrecarga maior acaba sendo sempre de um só membro da família na maioria de situações. Isso pode justificar o fato de que 20% das pessoas com deficiência, participantes do estudo, que possuíam cuidador nunca foram ao dentista, enquanto que, entre os que não possuíam cuidador, esse percentil caiu para 8%.

Barros e Montilha (2011) mostraram, em seus estudos, que os cuidadores estão sobrecarregados e precisam de mais atenção dentro das práticas profissionais voltadas para o tratamento das pessoas com deficiência. Isso deve levar os profissionais responsáveis pelo tratamento de pessoas com deficiência a refletirem que precisam estar preparados para uma situação bem mais complexa do que imaginam, pois ela não só diz respeito à pessoa em questão, como também abrange toda a estrutura familiar, utilizando uma abordagem multiprofissional, que envolva não só os seus aspectos clínicos, mas suas repercussões psicológicas e sociais, tanto para a pessoa com deficiência como para a família.

A maioria dos cuidadores informais, no Brasil, ainda está sem suporte de informações e orientações necessárias para dar assistência às pessoas com deficiência. Contudo, se o cuidador familiar tivesse acesso às orientações e às dicas de como cuidar do outro, e também de como se cuidar, o trabalho seria menos árduo e mais fácil de suportar (BARROS; MONTILHA, 2011). Se não for dada a devida atenção ao cuidador, esse pode representar uma barreira ao acesso.

Em 66,4% das entrevistas, a pessoa com deficiência foi incapaz de responder, sendo o responsável o entrevistado. Mais da metade dos entrevistados que responderam o porquê de não procurar o serviço odontológico (51%) afirmaram como causa não ter sentido necessidade em procurar.

Se o deficiente considera que não houve necessidade de procurar o serviço odontológico, isso reflete a sua autopercepção, que, segundo Nunes et al. (2008), se for pouco condizente com a realidade,

inviabiliza a procura do sujeito pelos serviços odontológicos, o que trará consequências não apenas à sua condição bucal, mas também ao seu bem estar, já que é a percepção que condiciona o paciente a procurar o profissional. Porém, se o cuidador refere essa falta de necessidade pelo serviço, pode-se supor que ele não tenha recebido a devida informação e orientação, já que estudos como o de Saraiva (2011) mostram que a adequada orientação de cuidadores formais, sensibilizando, (in)formando, aprendendo, partilhando conhecimentos, sentimentos e angústias, possibilita a construção de estratégias que visem ultrapassar as situações atuais, ou com que eventualmente virão a confrontar-se numa perspectiva proativa e de prevenção que poderão minimizar os efeitos negativos para o dependente e para o cuidador, resultantes de um cuidar desajustado.

Com relação ao acesso, o estudo mostrou que 16,6% das pessoas com deficiência nunca foram ao serviço de saúde odontológico, valor bem mais elevado que os dados da PNAD/2008 (11,5%) para a população em geral (IBGE, 2010). Isso mostra que o acesso e a utilização aos serviços odontológicos no SUS tem sido um desafio para a odontologia, principalmente no que se refere à pessoa com deficiência.

Visto que problemas bucais, em sua maioria, não causam ameaça à vida, e, em geral, são episódios agudos e tratáveis, minimizados pelo contexto de outras condições crônicas mais sérias, é possível supor que esseseja um dos motivos que levam à maior utilização de serviços de atenção à saúde, quando comparados à utilização de serviços odontológicos (ROHR; BARCELLOS, 2008).

Apesar de 267 pessoas terem procurado o dentista após ter ficado com deficiência, ou portarem deficiência de natureza congênita, 27% não consideraram o atendimento como prioritário, independente do tipo de deficiência que a pessoa possuísse. Isso mostra que apenas a existência da legislação não é suficiente para garantir o direito da pessoa com deficiência, ou seja, é preciso por a legislação em prática, e o serviço de saúde, seja ele qual for, precisa garantir esse direito.

Apesar dos avanços gerados pelas políticas públicas implementadas nos últimos anos, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas pelo Ministério da Saúde, ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir as desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal (ROCHA; GOES, 2008).

Ao avaliar há quanto tempo a pessoa com deficiência foi ao dentista pela última vez, 34,1% afirmaram que havia sido há menos de 1 ano.

Um dos achados que mais chamou a atenção da pesquisadora foi que mais da metade dos entrevistados (55,7%) que já foram ao serviço de saúde bucal teve como motivo a dor, percentual mais elevado que os encontrados nos levantamentos nacionais SB 2003 e SB 2010, cujos maiores valores de procura do dentista devido a dor foram 48,12% para idosos, em 2003, e 15,8% para adultos, em 2010. A experiência de dor como um dos principais motivos da ida ao dentista é uma realidade na população brasileira, o que corrobora com os estudos de Costa et al (2008), os quais mostram que a dor se constitui no estímulo mais forte para buscar ajuda profissional, caracterizando-se como um dos principais motivos para consulta odontológica.

A queixa de dor motiva, na maior parte das vezes, a procura do atendimento de urgência, sendo originada, em sua maioria, pela cárie e por suas sequelas. Em função de suas condições socioeconômicas, grande parte das pessoas dificilmente tem acesso a uma atenção longitudinal em saúde bucal e, conseqüentemente, não usufrui das medidas de prevenção de doenças, utilizando o atendimento de urgência como porta de entrada para o sistema de saúde, desfazendo, dessa forma, os princípios da Atenção Primária em Saúde (APS), por não contemplarem a integralidade da atenção, a longitudinalidade do cuidado e a coordenação das ações. O atendimento de urgência busca apenas sanar a queixa do paciente, reduzindo a resolubilidade dos problemas em APS, em que, na maioria

dos casos, são apenas prescritos analgésicos e antibióticos, e os pacientes são referenciados para outros profissionais para a continuidade do tratamento (CASSAL; CARDOSO; BAVARESCO, 2011).

Dessa forma, pode-se deduzir que uma procura por consultas de urgência pode representar uma dificuldade de acesso ao tratamento, sendo necessário propor estratégias para qualificar o atendimento odontológico nas Unidades de Saúde. Isso pode ser observado no Manual Instrutivo – Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o qual afirma que a equipe de Saúde Bucal precisa estar apta a oferecer o primeiro atendimento aos casos de urgência odontológica. Avaliando a demanda de urgência da área de abrangência, é possível realizar um melhor planejamento do processo de trabalho para acolhimento adequado, possibilitando, em longo prazo, avaliar a capacidade de prevenção dos casos de urgência odontológica por meio do atendimento programático regular (BRASIL, 2012c).

A condição deficiência também pode ser um fator significativo para esse dado ser tão elevado em relação aos dados nacionais, principalmente os mais recentes, ao levarmos em consideração os estudos de Camargo (2005), no qual afirma que as dificuldades encontradas fazem com que muitos pacientes com necessidades especiais recebam tratamento odontológico somente em situações de urgência, na presença de dor. Isso nos leva a refletir que, mesmo 70,1% dos entrevistados afirmando não ter sentido dificuldade no atendimento, isso não significa que não existam barreiras de acesso. Como todos os municípios apresentam atendimentos de urgência na UBASF, em seu horário de atendimento, e a maioria das pessoas com deficiência procura o serviço devido à dor, pode-se sugerir que apenas o acesso à urgência seja facilitado, já que, segundo o Ministério da Saúde, a equipe de Saúde Bucal precisa estar apta a oferecer o primeiro atendimento aos casos de urgência odontológica, desenvolvendo estratégias de acolhimento e planejamento de acordo com a demanda para as ações de odontologia (BRASIL, 2012c).

A principal barreira de acesso apresentada se refere à dificuldade de vagas no serviço, visto que 26,4% das pessoas com deficiência que foram agendar consulta receberam como resposta a inexistência de vaga para tratamento. Tal fato pode estar relacionado à organização do processo de trabalho na região, pois, de acordo com o diagnóstico realizado pela 10ª Coordenadoria Regional de Saúde em 2012, todos os municípios ainda tinham seu acesso organizado por meio de entrega de fichas nas UBASE. Apesar de parte da demanda ser programada, a maioria dessa se refere a escolares, gestantes, hipertensos e diabéticos (CEARÁ, 2012).

Quando se trata da procura por serviços odontológicos, o serviço público atingiu o maior percentil de procura (84,9%), dado esse bem superior aos dos levantamentos epidemiológicos de nível nacional, no qual, em 2003, os maiores percentis de procura por serviço público foi de 55,62% (2003) e 46,3% (2010), todos para adolescentes. Essa grande procura por serviço público na região pode ser resultado do aumento de 159% (35) no número de ESB e da implantação de 03 CEOs nos últimos 10 anos, o que mostra uma ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos na 10ª Região de Saúde nos últimos anos e, conseqüentemente, uma maior oferta e disponibilidade efetiva dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Dentre as unidades do serviço público, a Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde foi a mais procurada, representando 79,7% da procura, o que nos leva a deduzir que a Atenção Básica está realmente representando a principal porta de entrada, mesmo sendo em situação de urgência, porém não se pode afirmar que esteja dando resposta às necessidades sentidas pela população, já que foi observado que 39% dos entrevistados, mesmo apresentando dor, tiveram um tempo de espera de mais de uma semana para conseguir agendar uma consulta odontológica na Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde, enquanto 5% não conseguiu agendamento. Além disso, dos 52,1% que conseguiram agendamento em menos de uma semana, 56% tiveram como causa odontalgia.

Considerando dor como um atendimento de urgência, esse não necessita de um agendamento prévio. Logo, se avaliarmos o fato de o questionário não ter a opção de atendimento imediato, já que falamos de agendamento, acredita-se que essa seja a principal causa para mais da metade dos entrevistados terem escolhido a opção: menos de uma semana.

No que se refere à Atenção Secundária em Saúde Bucal, foi observado que 43,5% dos entrevistados esperaram menos que uma semana para conseguir agendamento para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O que chamou atenção da autora foi o fato de que 18,5% relataram não conseguir agendamento, uma vez que o principal problema que desencadeou este estudo foi a ociosidade da especialidade de Pacientes com Necessidades Especiais no CEO Regional de Limoeiro do Norte (CEOR). Ainda que um dos municípios possua CEO municipal, e a dificuldade relatada possa ser referente a esse CEO, observou-se que 47% moram em município que não possui CEO, logo a unidade de referência seria o CEOR. Dessa forma, sugere-se que sejam investigadas as causas que fizeram os entrevistados afirmarem não ter conseguido agendar consulta para CEO.

As dificuldades de acesso aos cuidados odontológicos e as taxas de utilização desses serviços no SUS têm sido um desafio para odontologia, que se apresentam diferenciadas por várias razões, como acessibilidade geográfica, econômica, cultural, funcional e de comunicação (ROHR; BARCELLOS, 2008).

CONCLUSÕES

A ampliação do acesso relacionado aos serviços públicos odontológicos na 10ª Região de Saúde do Ceará, nos últimos anos, ocorreu devido, principalmente, à implantação das ESB e dos CEOs,

entretanto, a reorganização do modelo assistencial dessas equipes não aconteceu na mesma proporção, em especial no que se refere à pessoa com deficiência.

Concluiu-se, no estudo, que as condições social e educacional foram fatores determinantes da saúde bucal, resultado das importantes desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, já que a população de maior renda e maior nível educacional apresentou melhores condições de acesso a esses serviços.

Mais da metade das pessoas com deficiência que buscaram o serviço de saúde bucal, pelo menos alguma vez na vida, relataram a dor como principal causa da procura, evidenciando que o serviço de urgência foi o mais procurado, visto que, para odontologia, a busca por atendimento sem agendamento prévio e com presença de dor significa um atendimento de urgência odontológica.

Embora a dor represente a principal causa da busca pelo atendimento odontológico, o estudo concluiu que não se pode dizer que não houve acesso, já que a maioria relatou não ter tido dificuldades em ser atendido. Dentre os que tiveram dificuldades, em sua maioria, essas foram relacionadas a problemas do âmbito domiciliar, sendo insignificantes as causas relacionadas aos problemas no serviço de saúde, como falta de material e de estrutura da UBS.

Ainda que tenha sido relatado que não houve dificuldade de acesso ao atendimento odontológico, a maioria buscou o serviço pela última vez há dois anos ou mais, o que não está em conformidade com a orientação, encontrada em várias publicações, de que para pacientes com alto risco de cárie os retornos devem ser realizados com uma maior frequência, avaliada individualmente para cada paciente.

Foi identificado no estudo que, dentre os fatores que interferem no acesso, sejam eles no âmbito domiciliar ou no serviço, estão: a dependência de cuidador; a falta de cumprimento da legislação vigente no que remete aos seus direitos; a falta de conhecimento,

orientações e cuidados para com o cuidador e com a própria pessoa, resultando, nesse último caso, numa autopercepção inadequada da sua situação de saúde bucal; deficiência no processo de trabalho das Unidades de Saúde, como ausência/inadequação de acolhimento e falta de vagas para a pessoa com deficiência no serviço, dentre outros; desvirtualização dos princípios da Atenção Básica, ao prestar um atendimento sem continuidade, longitudinalidade, desrespeito a integralidade, ausência de prevenção e promoção da saúde. Todos esses fatores podem até não dificultar o acesso, mas podem proporcionar a procura do serviço odontológico pela pessoa com deficiência principalmente em casos de urgência (dor), falta de um atendimento rotineiro e, até mesmo, não procura pelo serviço.

Diante do exposto, ressalta-se a urgência na realização de ações voltadas para a melhoria do cuidado nos serviços odontológicos no âmbito microrregional, dentro da governabilidade das Equipes de Saúde Bucal/Equipes de Saúde da Família, com intuito de promover, efetivamente, a inclusão, resgatar a cidadania e possibilitar a atenção integral às pessoas com deficiência, visto que a organização do processo de trabalho e uma atenção no cuidado à pessoa com deficiência e a seus cuidadores, podem reduzir esses atendimentos pontuais de maneira expressiva, proporcionando uma maior prevenção e promoção da saúde bucal para as pessoas com deficiência por meio, principalmente, da busca ativa concretizada com a realização de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde Bucal, com conseqüente aumento da frequência de atendimentos odontológicos e redução significativa da busca pelo atendimento apenas em casos de dor.

REFERÊNCIAS

BARROS, C. F.; MONTILHA, R. C. Cuidadores de Pessoas com Deficiência Atendidas em Instituição Filantrópica: Características, Percepções e Participação de Intervenção em Grupo. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO ESPECIAL, 7., 2011, Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2011. p. 1379-1392. ISSN 2175-960X

BEZERRIL, D. O. **Resolutividade de Centros de Especialidades Odontológicas Regionais do Ceará**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2011.

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 1, p. 118-123, jan./mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 793**. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. **Nota Técnica - Adesão do CEO a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_tecnica_ceo_cuidados.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual Instrutivo: Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores**. Brasília, 2012c.

_____. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 5 mar. 2014.

CAMARGO, M. A. R. **Estudo da prevalência da cárie em pacientes portadores de paralisia cerebral**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CANCINO, C. M. H. et al. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais**: Percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes. 2005. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CASSAL, J. B.; CARDOZO, D. D.; BAVARESCO, C. S. Perfil dos Usuários de Urgência Odontológica em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**, v. 14, n. 1, p. 65-92, jan./mar. 2011.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 10ª Coordenadoria Regional de Saúde. **Diagnóstico de Saúde Bucal 10ª Região de Limoeiro do Norte**. Limoeiro do Norte, CE. 2012.

CHAVES, S. C. L. et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3115-3124, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde – 2008. Rio de Janeiro, 2010.

Acessibilidade ao serviço odontológico às pessoas com deficiência em uma microrregião de saúde no Brasil

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ – IPECE.

Panorama das Pessoas Portadoras de Alguma Deficiência no Ceará, n. 23, fev. 2012. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/enfoque-economico/EnfoqueEconomicoN23_27_02_2012.pdf>. acesso em: 12 ago. 2014.

MENDES, E. V. **A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde; Superintendência de Atenção à Saúde, 2007.

NUNES, F. R. S. et al. Percepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos institucionalizados e não-institucionalizados. In: SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA/UNILESTE MG, 9., 2008, Coronel Fabriciano, MG. **Anais...** Coronel Fabriciano, MG, 2008.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2871-2880, dez. 2008.

ROHR, R. I. T.; BARCELLOS, L. A.. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. **Rev Odontol.**, UFES, v. 10, n. 3, p. 37-41, 2008.

SARAIVA, D. M. F. **O olhar dos e pelos cuidadores**: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Coimbra, 2011. v I.

TEIXEIRA, A.; OLIVEIRA F. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens**: sistematização dos estudos realizados em 21 cidades Brasileiras, com a metodologia de entrevistas domiciliares da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS. Niterói: OPAS, 2004.

AÇÕES DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE BUCAL DESENVOLVIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Krishna Andréia Feitosa Petrola

Ítalo Barroso Bezerra

Érico Alexandro Vasconcelos de Menezes

Maria Vieira de Lima Saintrain

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

INTRODUÇÃO

A odontologia, notadamente no último século, tem vivenciado numerosos avanços em pesquisas e tecnologias biomédicas que vêm conseguindo melhorar as condições de saúde e bem-estar da população mundial (BENJAMIN, 2010). Apesar das grandes realizações no âmbito da saúde bucal, muitos problemas ainda permanecem. A prevalência da cárie dentária, a mais comum das doenças bucais, ainda é considerada uma importante questão de saúde pública no mundo todo, afetando entre 60 e 90% das crianças em idade escolar, além da maioria dos adultos (WHO, 2012).

As cáries trazem prejuízos à mastigação, à fala, à aparência, ao lazer, a socialização e, especialmente para as crianças, à nutrição, ao ganho de peso, ao crescimento, ao sono, ao aprendizado etc., afetando diretamente o desenvolvimento infantil (SHEIHAM, 2005).

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) podem influenciar diretamente a situação de saúde de uma família, inclusive a saúde infantil, gerando grandes iniquidades (OLIVEIRA; COTTA, 2011). Também estão fortemente relacionados com

a saúde bucal. A prevalência das doenças bucais é significativamente maior entre os grupos populacionais mais pobres e desfavorecidos (WHO, 2012), frequentemente, associados à alta prevalência da cárie dentária, sendo a dificuldade de acesso ao tratamento odontológico apenas um dos determinantes. A desigualdade social nas condições de saúde bucal é um problema de saúde pública que ainda precisa ser enfrentado (DETELS et al., 2015).

Os dados epidemiológicos de 2010 sobre a saúde bucal no Brasil mostraram que, apesar de ter entrado para o grupo dos países com baixa prevalência de cárie dentária aos 12 anos, o país não obteve grande êxito nos resultados conseguidos para as crianças na idade índice de cinco anos, especialmente se comparado às demais faixas etárias nas quais a redução da cárie foi bem mais expressiva. Na faixa etária de cinco anos, as cáries dentárias permaneceram sem tratamento e houve apenas uma modesta diminuição na sua prevalência entre os dois levantamentos de base nacional realizados no Brasil em 2003 e 2010 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a). Em termos nacionais, a pesquisa mostrou que as diferenças regionais na prevalência e na gravidade da cárie são ainda marcantes, indicando a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção. Vale destacar que há uma polarização da doença cárie nas classes menos favorecidas socioeconomicamente, bem como nas regiões mais pobres do Brasil, como o Nordeste. Apesar da implantação das novas equipes de saúde bucal em nosso país, com o número de equipes passando de 4.261, em 2002, para 20.300, no ano de 2010 (BRASIL, 2013a), os dados achados nos levantamentos epidemiológicos nacionais, sobretudo no que concerne à cárie dentária, demonstram alguma dificuldade no acesso aos serviços de saúde bucal para crianças em idade pré-escolar.

No intuito de reduzir as desigualdades sociais e em saúde, o Brasil desenvolveu duas de suas maiores políticas públicas: a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Bolsa Família (PBF) que tem como foco a atenção primária à saúde e o enfrentamento

dos determinantes sociais em saúde. O PBF é uma estratégia emancipatória de famílias socioeconomicamente vulneráveis (MOYSÉS et al., 2008). Por meio do PBF, o Governo Federal, via transferência de renda direta, promove o alívio imediato da pobreza em grupos desfavorecidos. O Programa é uma política emergencial de combate à fome e à miséria para as famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza (respectivamente com renda familiar mensal per capita entre R\$ 77,01 e R\$ 154,00 e inferior a R\$77,00 mensais – valores referentes a 2015) em todo o país. Contudo, exige das famílias beneficiadas o cumprimento de uma série de condicionalidades, no intuito de reforçar o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde, alimentação e assistência social (BRASIL, 2013b). Essas duas políticas públicas, ESF e PBF, estão direcionados à família e relacionam-se por meio da condicionalidade de saúde do Bolsa Família na qual devem agir conjuntamente e potencializar suas ações em benefício da saúde das famílias assistidas.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é organizada por intermédioda Estratégia Saúde da Família (ESF) na qual se incluem as Equipes de Saúde Bucal (ESB) que devem trabalhar com a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os indivíduos e em todas as faixas etárias (BRASIL, 2012). A Política Nacional de Saúde Bucal orienta, entre outras questões, as ações das ESB direcionadas ao grupo de crianças de 0 a 5 anos, aproveitando as campanhas de vacinação, as consultas clínicas e as atividades em espaços sociais; o desenvolvimento de atividades em grupo de pais e/ou responsáveis para informações, entre outras, e recomenda que ações de saúde bucal voltadas a esse grupo sejam parte de programas integrais de saúde da criança e, assim, compartilhadas pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2004). Entretanto, pouco se sabe sobre que tipo de ações de promoção e proteção à saúde são desenvolvidas pela ESF em crianças de cinco anos dentro e fora das escolas, assim como naquelas beneficiadas pelo PBF, consideradas um grupo vulnerável e de risco para a cárie dentária pela idade e condição socioeconômica.

Dessa forma, o objetivo da presente pesquisa foi investigar as ações de promoção e proteção da saúde bucal realizadas pelos profissionais responsáveis pela condicionalidade saúde do PBF, assim como pelos dentistas da ESF em grupos de crianças beneficiadas ou não pelo PBF no município de Fortaleza.

MÉTODO

O presente estudo foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (UAPS) do município de Fortaleza. Esse município é o segundo mais populoso da região Nordeste do Brasil (BRASIL, 2011b) e consta, de acordo com o relatório da ONU Habitat, entre as 20 cidades do mundo com maior desigualdade social (UN-HABITAT, 2010). Adicionalmente, apresenta o maior número absoluto de crianças acompanhadas na condicionalidade saúde entre todas as capitais da Região Nordeste (34.785) (BRASIL, 2014) e possui alta prevalência de cárie na população infantil (cerca de 45% das crianças na idade índice de cinco anos apresentaram pelo menos um dente com experiência de cárie) (FORTALEZA, 2010).

A população do estudo compreendeu dentistas da ESF e os profissionais da ESF responsáveis pelo acompanhamento das famílias do PBF, além de responsáveis por crianças assistidas pelo PBF.

A pesquisa se deu em três etapas, em que a primeira foi realizada com os Dentistas das ESF; a segunda, com profissionais de referência do PBF da Unidade de Saúde; e a terceira etapa, com os responsáveis pelas crianças beneficiadas no Programa Bolsa Família na condicionalidade saúde a qual abrange as crianças de 0 a 6 anos de idade. Para a 1ª e 2ª etapas da pesquisa, tem-se como critério de inclusão profissionais que pertençam a ESF há pelo menos um ano em Fortaleza e que se encontravam em pleno exercício de suas funções na unidade de saúde no período de coleta de dados. Para a 3ª etapa da pesquisa, utilizou-se

como critério de inclusão ser responsável por crianças menores de sete anos beneficiadas pelo PBF de forma ininterrupta há pelo menos seis meses e estar presente na unidade de saúde pesquisada.

Para a 1ª e 2ª etapas da pesquisa, utilizou-se, para o cálculo amostral, a equação para cálculo de amostra aleatória simples (erro amostral=5%, nível de confiança=95% e número de unidades de saúde com bolsa família=91) e chegou-se a um número de 74 unidades a serem investigadas e, em cada uma delas, um dentista da ESB e o profissional responsável pelo PBF foram entrevistados. Para o cálculo da amostra de pais entrevistados na 3ª etapa da pesquisa, utilizou-se a equação para o cálculo de amostra aleatória simples, estabelecendo-se o erro amostral em 5%, nível de confiança em 95% e estimando-se uma população de 130.000 crianças menores de sete anos beneficiadas pelo PBF no município de Fortaleza no ano de 2012 (Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Ação Social de Fortaleza – SEMAS, 2012). Dessa forma, chegou-se ao número de 384 responsáveis a serem entrevistados. O número total de responsáveis foi dividido pelo total de unidades de saúde visitadas, aproximadamente cinco responsáveis por unidade. As unidades e os dias de coleta de dados foram selecionadas de forma aleatória.

A coleta dos dados foi realizada em seis meses, estendendo-se de outubro de 2013 a março de 2014 e se deu por meio de entrevistas, utilizando um roteiro estruturado, distinto e direcionado para cada grupo das 3 etapas. Os roteiros abordaram questões socioeconômicas e questões relativas à atenção odontológica (promoção e proteção da saúde). Os dados obtidos na pesquisa foram organizados de acordo com o objetivo do estudo e analisados com o apoio do Programa de estatística SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), tendo sido aprovado conforme o Parecer n.º 393.672.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 532 pessoas, sendo 74 cirurgiões-dentistas (CD) da ESF de Fortaleza; 74 profissionais responsáveis pelo acompanhamento do cadastro do PBF nas unidades de saúde do município e 384 responsáveis por crianças menores de sete anos idade assistidas pelo Programa Bolsa Família em Fortaleza.

A idade dos dentistas variou de 30 a 61 anos (média de 38,1±7,3 anos), a maioria é do gênero feminino (81,1%; n=60) e 87,8% (n=65) deles possuem especialização, sendo a Saúde da Família a mais citada (27,2%; n=20). Sobre o tempo de trabalho na ESF, 41,9% (n=31) dos dentistas afirmaram ter mais de 10 anos de experiência na ESF. Metade, 51,4% (n=38), não se dedica exclusivamente à ESF, acumulando outro trabalho. Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição do perfil sociodemográfico dos participantes. Fortaleza, 2014.

	CD		Profissional do BF		Pais ou responsáveis por crianças do BF	
	n	%	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100	384	100
Gênero						
Feminino	60	81,1	66	89,2	376	97,9
Masculino	14	18,9	8	10,8	8	2,1
Estado Civil						
Casado	57	77,0	48	64,9	116	30,2
Solteiro	10	13,5	16	21,6	133	34,6
Divorciado	6	8,1	5	6,8	14	3,6
Viúvo	1	1,4	2	2,7	6	1,6
União Estável	0	0	3	4,1	115	29,9

	CD		Profissional do BF		Pais ou responsáveis por crianças do BF	
	n	%	n	%	n	%
Renda Mensal/ Familiar (Sal. Bruto)						
Até 1 salário (R\$ 678,00)	-	-	-	-	270	70,3
De 1 a 2 salários (R\$ 678,00 a 1.356,00)	-	-	-	-	111	28,9
De 2 a 3 salários (R\$ 1.356,00 a 2.034,00)	-	-	-	-	3	8
Até 9 salários (R\$ 6.102)	24	32,4	29	39,2	-	-
Entre 9 e 12 salários (R\$ 6.102 a 8.136)	32	43,2	31	41,9	-	-
Mais de 12 salários (R\$ mais de 8.136)	18	24,3	14	18,9	-	-
Escolaridade						
Não alfabetizado	-	-	-	-	13	3,4
Ensino fundamental incompleto	-	-	-	-	169	44,0
Ensino fundamental completo	-	-	-	-	48	12,5
Ensino médio incompleto	-	-	-	-	52	13,5
Ensino médio completo	-	-	-	-	94	24,5
Ensino superior incompleto	-	-	-	-	3	0,8

	CD		Profissional do BF		Pais ou responsáveis por crianças do BF	
	n	%	n	%	n	%
Ensino superior completo	74	100	74	100	5	1,3
Aperfeiçoamento	13	17,6	7	9,5	-	-
Especialização	65	87,8	65	87,8	-	-
Residência	3	4,1	-	-	-	-
Mestrado	6	8,1	5	6,8	-	-
Doutorado	0	0	0	0	-	-
Graduação						
Odontologia	74	100	-	-	-	-
Enfermagem	-	-	71	95,9	-	-
Assistência social	-	-	1	1,4	-	-
Educação física	-	-	1	1,4	-	-
Biologia	-	-	1	1,4	-	-
Especialização (mais citadas)						
Saúde da Família	20	27,2	39	82,8	-	-
Saúde Pública	5	6,8	8	10,8	-	-
Ortodontia	15	20,2	-	-	-	-
Dentística	7	9,4	-	-	-	-
Enfermagem do Trabalho	-	-	4	5,4	-	-
Amostra	74	100	74	100	384	100
Mestrado						
Biologia oral	1	1,4	-	-	-	-
Ciências fisiológicas	1	1,4	-	-	-	-
Clinica odontológica	3	4,1	-	-	-	-
Ortodontia	1	1,4	-	-	-	-

	CD		Profissional do BF		Pais ou responsáveis por crianças do BF	
	n	%	n	%	n	%
Cuidados clínicos	-	-	2	2,7	-	-
Promoção de saúde	-	-	1	1,4	-	-
Saúde coletiva	-	-	1	1,4	-	-
Saúde pública	-	-	1	1,4	-	-
Trabalha na ESF	74	100	70	94,6	-	-
Tempo de Atuação na ESF						
1 à 2 anos	5	6,8	1	1,4	-	-
2 à 5 anos	10	13,5	12	16,2	-	-
5 à 10 anos	28	37,8	11	14,9	-	-
10 à 15 anos	26	35,1	34	45,9	-	-
15 ou mais anos	5	6,8	12	16,2	-	-
Outro trabalho além da ESF	38	51,4	29	39,2	-	-

Constatou-se que quase todos os profissionais responsáveis por realizar o acompanhamento das crianças do PBF nas condicionalidades de saúde, nas unidades de saúde de Fortaleza, possuem graduação em Enfermagem (95,9%; n=7). Nesse grupo, a idade variou entre 28 e 65 anos (média de 41,9±9,2 anos) e predomina o sexo feminino (89,2%; n=66). Em relação ao grau de escolaridade, 87,8% dos profissionais têm especialização e a maioria delas (52,8%; n=39) é em Saúde da Família. Apenas quatro (5,4%) desses profissionais não atuam nas Equipes da ESF. Dos demais, 62,1% (n=46) têm mais de 10 anos de trabalho na Estratégia. Dedicam-se exclusivamente à ESF, 60,8% dos entrevistados. Tabela 1.

A maioria dos responsáveis por crianças do PBF tem idade variando entre 16 a 69 anos (média de 33,7±9,5), é do sexo feminino (97,9%; n=376), declarou ser mãe da criança beneficiada (85,3%; n=327), é solteira (34,6%; n=133) e tem ensino fundamental incompleto (44%; n=169) – Tabela 1.

Os dentistas responderam perguntas sobre as ações de saúde bucal (promoção e proteção) realizadas nas unidades de saúde e 81,1% (n=60) afirmaram não haver estrutura física, recursos humanos e insumos para a prática dessas atividades no seu ambiente de trabalho. Uma parte significativa dos dentistas (43,2%; n=32) diz sempre realizar ações de promoção e proteção da saúde bucal para crianças menores de sete anos dentro das escolas/creches, sendo que metade dos dentistas (50%; n=37), informou que somente às vezes as realiza. Fora das creches e das escolas, 64 dentistas (86,5%) dizem realizar essas atividades e a maioria (52,7%; n=39) no consultório e na unidade de saúde. Especificamente para o grupo de crianças do PBF, 69 dentistas (93,2%) afirmaram que não realizam qualquer atividade de promoção e proteção da saúde bucal identificando esse grupo de crianças como participantes do Programa. Mais da metade dos dentistas, 59,5% (n=44), afirmaram que também fazem essas atividades para os pais de crianças que estão nas creches e nas escolas e 86,5% (n=64) realizam para os pais fora das escolas e creches, orientando-os sobre a importância da dentição decídua, a adequada alimentação das crianças, a correta higienização bucal, a responsabilidade dos pais na saúde bucal das crianças, a importância de visitar o dentista etc. e, normalmente, o fazem no consultório odontológico (62,2%; n=46). No entanto, 74,3% (n=55) dos dentistas nunca realizaram ações de promoção e proteção da saúde bucal para os pais de crianças do PBF identificando-os como desse grupo e 93,2% (n=69).

Quando perguntados sobre o motivo de não realizarem ações de promoção e proteção de saúde bucal para as crianças do PBF, as respostas mais frequentes foram “não há vínculo entre o PBF e a ESF” (50%; n=37) e, em seguida, “nunca pensei nisso” (18,9%; n=14) – Tabela 2.

Tabela 2 – Dados das ações de saúde bucal realizadas na ESF. Fortaleza, 2014.

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100
Existem condições e infraestrutura adequadas para a realização das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal na unidade de saúde?				
Sim	14	18,9	24	32,4
Não	34	45,9	36	48,6
Parcialmente	26	35,1	14	18,9
Realiza atividades de promoção e proteção da saúde bucal direcionadas às crianças < de 7 anos de idade dentro das escolas/creche?				
Sempre	32	43,2	-	-
Às vezes	37	50,0	-	-
Nunca	5	6,8	-	-
Quais?				
Promoção de saúde	47	53,5	-	-
Escovação supervisionada	63	85,1	--	-
Aplicação de flúor	55	74,3	-	-
Atividades educativas	51	68,9	-	-
Instrução de higiene bucal	38	51,4	-	-
Outros	6	8,3	-	-
Realiza atividades de promoção e proteção da saúde bucal direcionadas às crianças < de 7 anos de idade fora das escolas/creche?				
Sempre/Sim	19	25,7	50	67,6

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
Às vezes	45	60,8	-	-
Nunca/Não	10	13,5	-	-
Amostra	74	100	74	100
Quais?				
Promoção de saúde	43	58,1	-	-
Escovação supervisionada	38	51,4	-	-
Aplicação de flúor	40	54,1	-	-
Atividades educativas	51	68,9	40	54,1
Instrução de higiene bucal	38	51,4	-	-
Outros	6	8,3	3	4,2
Onde				
Na unidade de saúde	39	52,7	12	16,2
No consultório	39	52,7	-	-
Nos espaços comunitários	29	39,2	4	5,4
Na visita domiciliar	14	18,9	8	10,8
Na puericultura (consultório)	-	-	48	64,9
Outro local	16	21,6	6	8,2
Se não, por quê?				
Nunca pensei nisso	3	4,0	4	5,4
Falta tempo	1	1,4	5	6,8
Falta estrutura física na unidade	3	4,0	1	1,4
Cobrança por atendimento clínico odontológico	2	2,7	-	-
Não é atribuição da enfermagem	-	-	13	17,6
Outros	2	2,7	6	8,2

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
Realiza atividades de promoção e proteção da saúde bucal direcionadas especificamente às crianças < de 7 anos de idade do Bolsa Família?				
Sim	5	6,8	13	17,6
Não	69	93,2	61	82,4
Quais?				
Promoção de saúde	5	6,8	-	-
Escovação supervisionada	3	4,1	-	-
Aplicação de flúor	2	2,7	-	-
Atividades educativas em saúde bucal	3	4,1	12	16,2
Instrução de higiene bucal	1	1,4	-	-
Outros	1	1,4	-	-
Onde				
Na unidade de saúde	3	4,1	6	8,2
No consultório	1	1,4	8	10,8
Nos espaços comunitários	2	2,7	1	1,4
Na visita domiciliar	0	0	1	1,4
Outro local	1	1,4	3	4,1
Se não, por quê?				
Porque nunca pensei nisso	22	29,7	18	24,3
Porque falta tempo	5	6,8	18	24,3
Porque não há vínculo entre os programas	25	33,8	4	5,4
Porque não existe esse grupo formado	14	18,9	-	-

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
Porque não existe essa cobrança pelo PBF	10	13,5	17	23,0
Outros	15	20,6	23	31
Amostra	74	100	74	100
Realiza ações de promoção e proteção da saúde bucal para os pais/responsáveis das crianças < 7 anos de idade dentro das escolas/creches?				
Sempre	4	5,4	-	-
Às vezes	40	54,1	-	-
Nunca	30	40,5	-	-
Orienta sobre				
A importância da dentição decídua?				
Sempre	39	52,7	-	-
Às vezes	8	10,8	-	-
Nunca	27	36,5	-	-
A adequada alimentação das crianças?				
Sempre	40	54,1	-	-
Às vezes	7	9,5	-	-
Nunca	27	36,5	-	-
A função dos dentes na alimentação?				
Sempre	36	48,6	-	-
Às vezes	11	14,9	-	-
Nunca	27	36,5	-	-
A correta higienização bucal?				
Sempre	44	59,5	-	-
Às vezes	4	5,4	-	-
Nunca	26	35,1	-	-

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
Cuidados com acidentes e traumatismos dentários?				
Sempre	14	18,9	-	-
Às vezes	22	29,7	-	-
Nunca	38	51,4	-	-
A importância da visita ao dentista?				
Sempre	39	52,7	-	-
Às vezes	10	13,5	-	-
Nunca	25	33,8	-	-
A responsabilidade dos pais na saúde bucal dos filhos?				
Sempre	45	60,8	-	-
Às vezes	3	4,1	-	-
Nunca	26	35,1	-	-
Se não, por quê?				
Não tenho acesso a esses pais	6	8,1	-	-
Falta tempo	2	2,7	-	-
Nunca pensei nisso	3	4,0	-	-
Pais não comparecem	5	6,7	-	-
Outros	6	8,1	-	-
Realiza ações de promoção e proteção da saúde bucal para os pais/responsáveis das crianças < 7 anos de idade fora das escolas/creches?				
Sempre/Sim	28	37,8	38	51,4
Às vezes	36	48,6	-	-
Nunca/Não	10	13,5	36	48,6

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
Amostra	74	100	74	100
Onde				
Na unidade de saúde?	34	45,9	16	21,6
No consultório?	46	62,2	23	31,1
Nos espaços comunitários?	23	31,1	4	5,4
Na visita domiciliar?	13	17,6	5	6,8
Outro local?	15	20,2	14	18,9
Orienta sobre				
A importância da dentição decídua?				
Sempre	53	71,6	14	18,9
Às vezes	12	16,2	11	14,9
Nunca	9	12,2	49	66,2
A adequada alimentação das crianças?				
Sempre	56	75,7	35	47,3
Às vezes	9	12,2	5	6,8
Nunca	9	12,2	34	45,9
A função dos dentes na alimentação?				
Sempre	49	66,2	18	24,3
Às vezes	15	20,3	12	16,2
Nunca	10	13,5	44	59,5
A correta higienização bucal?				
Sempre	61	82,4	24	32,4
Às vezes	4	5,4	13	17,6
Nunca	9	12,2	37	50,0
Cuidados com acidentes e traumatismos dentários?				
Sempre	15	20,3	9	12,2

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
Às vezes	40	54,1	12	16,2
Nunca	19	25,7	52	70,3
A importância da visita ao dentista?				
Sempre	53	71,6	34	45,9
Às vezes	12	16,2	5	6,8
Nunca	9	12,2	35	47,3
A responsabilidade dos pais na saúde bucal dos filhos?				
Sempre	56	75,7	27	36,5
Às vezes	9	12,2	10	13,5
Nunca	9	12,2	37	50,0
Se não, Justifique				
Nunca pensei nisso	2	2,8	16	21,6
Falta tempo	-	-	10	13,5
Não existe esse grupo formado	2	2,8	-	-
Não é atribuição da enfermagem	-	-	10	13,5
Outros	3	4,2	6	8,1
Realiza ações de promoção e proteção da saúde bucal para os pais/responsáveis das crianças < 7 anos de idade do Programa Bolsa Família?				
Sempre	6	8,1	18	24,3
Às vezes	13	17,6	-	-
Nunca	55	74,3	56	75,7
Amostra	74	100	74	100
Onde				
Na unidade de saúde?	8	10,8	8	10,8
No consultório	5	6,8	9	12,2

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
Nos espaços comunitários	0	0	3	4,1
Na visita domiciliar	0	0	2	2,7
Outro local	0	0	1	1,4
Orienta sobre				
A importância da dentição decídua?				
Sempre	5	6,8	3	4,1
Às vezes	4	5,4	11	14,9
Nunca	65	87,8	60	81,1
A adequada alimentação das crianças?				
Sempre	7	9,5	16	21,6
Às vezes	2	2,7	2	2,7
Nunca	65	87,8	56	75,7
A função dos dentes na alimentação?				
Sempre	6	8,1	9	12,2
Às vezes	4	5,4	8	10,8
Nunca	64	86,5	57	77,0
A correta higienização bucal?				
Sempre	9	12,2	11	14,9
Às vezes	1	1,4	6	8,1
Nunca	64	86,5	57	77,0
Cuidados com acidentes e traumatismos dentários?				
Sempre	0	0	2	2,7
Às vezes	6	8,1	7	9,5
Nunca	68	91,9	65	87,8

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
A importância da visita ao dentista?				
Sempre	5	6,8	16	21,6
Às vezes	6	8,1	2	2,7
Nunca	63	85,1	56	75,7
A responsabilidade dos pais na saúde bucal dos filhos?				
Sempre	8	10,8	16	21,6
Às vezes	3	4,1	2	2,7
Nunca	63	85,1	56	75,7
Se não, justifique				
Porque nunca pensei nisso	18	24,3	26	35,1
Porque não há vínculo entre os programas	30	40,5	4	5,6
Porque não existe esse grupo formado	13	17,6	-	-
Porque não existe essa cobrança pelo PBF	6	8,1	15	20,3
Porque falta tempo	3	4,1	15	20,3
Outros	16	21,6	14	18,9
Qual a frequência com que os responsáveis trazem suas crianças para o acompanhamento de saúde do PBF?				
Sempre	-	-	56	75,7
Às vezes	-	-	18	24,3
Amostra	74	100	74	100
Aproveita o momento do acompanhamento de saúde do PBF para realizar ações de saúde para essas crianças?				
Sim	-	-	59	79,7

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
Não	-	-	15	20,3
Por que faz?				
Oportunidade de encontrar a criança e os pais	-	-	35	47,3
Já são as condicionalidades	-	-	18	24,3
Outros	-	-	6	8,1
Aproveita o momento do acompanhamento de saúde do PBF para realizar ações de saúde bucal para as crianças?				
Sim	5	6,8	21	28,4
Não	69	93,2	53	71,6
Porque não acompanham a condicionalidade de saúde do PBF?				
Nunca pensei nisso	14	18,9	25	33,7
Falta tempo	11	14,9	11	14,9
Sempre estamos em atendimento clínico	4	5,4	-	-
Não é atribuição da enfermagem	-	-	5	6,8
Não há vínculo entre os programas	37	50,0	9	12,1
Outros	3	4,1	3	4,1
Observa as condições de saúde bucal quando atende:				
Crianças do PBF	-	-	32	43,2
Crianças que não PBF	-	-	47	63,5
Você encaminha à consulta odontológica as crianças:				
Beneficiárias do PBF	-	-	47	63,5
Não beneficiárias do PBF	-	-	56	75,7

	CD		Profissional do BF	
	n	%	n	%
Orienta aos pais a procura pela consulta odontológica				
Sim	-	-	59	79,7
Não	-	-	15	20,3

Dos profissionais da unidade de saúde que realizam o acompanhamento do PBF, quanto às ações de saúde bucal, 48,6% (n=36) acreditam que não há condições de infraestrutura, recursos humanos, insumos, nas unidades de saúde onde atuam. Considerando que 94,6% (n=70) desses profissionais atuam na Estratégia de Saúde da Família, 67,6% (n=50) afirmaram que já realizam ações de promoção e proteção da saúde bucal para as crianças e 64,9% (n=48) disseram que aproveitam o momento da puericultura, no qual acompanham, rotineiramente, os pais e suas crianças de até dois anos de idade. No entanto, para as crianças do PBF, 82,4% dos profissionais (n=61) relataram que não há o desenvolvimento dessas ações. A falta de tempo ou o fato de nunca haver pensado nisso (ambos em 24,3%; n=18) são os motivos mais alegados; 75,7% (n=56) desses também não desenvolvem promoção e proteção da saúde bucal para os responsáveis por crianças do PBF e 35,1% (n=26) disseram que nunca pensaram nisso. Para os outrosspais de crianças não assistidas pelo PBF, 51,4% (n=38) disseram que já realizam essas ações.

Sobre a frequência com a qual os responsáveis trazem as crianças nos dias de acompanhamento do Bolsa Família, 75,7% (n=56) desses profissionais informaram que eles trazem sempre e 79,7% (n=59) disseram que aproveitam esse momento para realizar ações de saúde para a família, mas 71,6% (n=53) não o fazem quando se trata da saúde bucal e a resposta mais frequente foi “nunca pensei nisso” (33,7; n=25). A maioria (56,8%; n=42) afirmou que não olha

as condições de saúde bucal, além do cartão de vacinação e do estado nutricional das crianças do PBF. Na rotina normal de trabalho, 63,5% (n=47) afirmaram que observam a saúde bucal quando atendem crianças menores de sete anos de idade. Quando realizam o acompanhamento do cadastro de crianças do PBF, 63,7% (n=47) dos profissionais declararam que encaminham essas crianças às consultas odontológicas, não obstante, um número maior deles, 75,7% (n=56), afirmou que encaminha as crianças menores de sete anos de idade quando o atendimento se dá na rotina normal de trabalho. A maioria, 79,7% (n=59), disse que orienta aos pais a procura pela consulta – Tabela 2.

A maior parte dos responsáveis, questionados se já haviam recebido orientações quanto à saúde bucal das suas crianças, informou nunca ter recebido esse tipo de orientação: importância do dente decíduo (74,7%, n=287); adequada alimentação das crianças (42,2%, n=162); função dos dentes na alimentação (66,7%, n=256); correta higienização bucal (38,8%, n=149); cuidados com quedas e acidentes que podem quebrar os dentes (63,5%, n=244); importância de visitar o dentista (49,2%; n=189) e a responsabilidade dos pais na saúde bucal dos seus filhos (51,3%; n=197). A maioria dos responsáveis (75,5%; n=290) sempre acompanha a criança durante a escovação e 298 (77,6%) consideram os dentes de leite importantes. Segundo informaram 224 responsáveis (58,3%), suas crianças nunca receberam aplicação de flúor. Além disso, 196 (51,0%) disseram que suas crianças não participam de atividades educativas e de prevenção sobre saúde bucal. Para realização do acompanhamento do cadastro do Programa Bolsa Família, 319 responsáveis (83,1%) por crianças abaixo de sete anos de idade que recebem esse benefício, afirmaram que sempre levam suas crianças à unidade de saúde e 368 (95,8%) relataram que as crianças nunca participaram de ações educativas e preventivas sobre saúde bucal durante esse momento – Tabela 3.

Tabela 3 – Dados relacionados aos pais (responsáveis) de crianças beneficiadas no PBF.

	Pais (responsáveis) de crianças do PBF	
	N	%
Amostra	384	100
Quanto à saúde bucal das crianças foi orientado sobre:		
A importância dos dentes de leite		
Sempre	42	10,9
Às vezes	54	14,1
Nunca	287	74,7
Adequada alimentação das crianças		
Sempre	107	27,9
Às vezes	115	29,9
Nunca	162	42,2
A função dos dentes na alimentação		
Sempre	62	16,1
Às vezes	66	17,2
Nunca	256	66,7
A correta higienização bucal		
Sempre	114	29,7
Amostra	384	100
Às vezes	121	31,5
Nunca	149	38,8
Cuidados com quedas e acidentes que podem quebrar os dentes		
Sempre	66	17,2
Às vezes	74	19,3
Nunca	244	63,5

	Pais (responsáveis) de crianças do PBF	
	N	%
A importância da visita ao dentista		
Sempre	101	26,3
Às vezes	94	24,5
Nunca	189	49,2
A responsabilidade dos pais para a saúde bucal dos filhos		
Sempre	102	26,6
Às vezes	85	22,1
Nunca	197	51,3
Se sim, como você recebeu essas orientações?		
Pelo dentista da Equipe de Saúde Bucal	108	28,1
Pelo profissional que realizou o Bolsa Família	36	9,4
Outro?	206	53,6
Suas crianças < de 7 anos participam de atividades educativo-preventivas sobre saúde bucal?		
Sim	176	45,8
Não	196	51,0
Não sei	12	3,1
Sim, durante consulta clínica com dentista	6	1,6
Sim, em atividades coletivas na creche/ escola com a Equipe de Saúde Bucal	85	22,1
Sim, em atividades coletivas com profissionais das creches/escolas	73	19,0
Sim, em atividades coletivas na unidade de saúde com a Equipe de Saúde Bucal	10	2,6
Sim, em atividades coletivas na unidade de saúde com outros profissionais.	1	0,3
Outros	29	7,55

	Pais (responsáveis) de crianças do PBF	
	N	%
Suas crianças recebem aplicação de flúor?		
Sempre	21	5,5
Às vezes	53	13,8
Raramente	64	16,7
Nunca	224	58,3
Não sei	22	5,7
Se alguma vez, a aplicação de flúor se deu: Durante consulta clínica com dentista	24	6,3
Em atividades coletivas na creche/ escola com a Equipe de Saúde Bucal	58	15,1
Em atividades coletivas na unidade de saúde com a Equipe de Saúde Bucal	11	2,9
Outros	50	13,0
Suas crianças vêm com você para o acompanhamento de saúde do Bolsa Família?		
Sempre	319	83,1
Às vezes	44	11,5
Nunca	21	5,5
Durante o acompanhamento do PBF, as crianças participam de ações educativo- -preventivas sobre saúde bucal?		
Sim	16	4,2
Não	368	95,8
Se sim, com a Equipe de Saúde Bucal	9	2,3
Se sim, com o Profissional de Saúde que realiza o acompanhamento do PBF	7	1,8

Não há diferença estatisticamente significativa entre a realização das atividades de promoção e proteção da saúde bucal, executadas pelos dentistas para as crianças dentro ou fora das escolas/creches ($p=0,135$). Igualmente, não há diferença na realização dessas atividades para as crianças na unidade de saúde ou para as assistidas pelo Bolsa Família ($p=0,652$) e nem entre essas e as que estão nas escolas e creches ($p=0,368$), o que pode sugerir que essas ações estão sendo pouco executadas. Com relação às ações de promoção e proteção de saúde bucal das crianças realizadas com os pais, percebe-se que há diferença se realizadas fora ou dentro das escolas e creches ($p=0,021$). Também se percebe diferença quando realizadas para os pais quando presentes na unidade de saúde e os pais de crianças que participam do Bolsa Família ($p=0,044$), sendo feitas mais na unidade de saúde em ambos os casos.

DISCUSSÃO

Esta é a primeira pesquisa a estudar ações de Promoção e Proteção da saúde bucal realizadas pela ESF comparando a realização dessas ações para as crianças do PBF, as crianças que estão na unidade de saúde e os escolares, bem como para os responsáveis por estas crianças. Esses dados são importantes na avaliação da interação dessas duas políticas públicas.

A faixa etária e o perfil dos profissionais e responsáveis pelas crianças são condizentes com o de pesquisas na área (COSTA et al., 2013). Constatou-se que os profissionais e os dentistas da ESF dizem realizar atividades de saúde bucal indiscriminadamente para os diferentes grupos de crianças, quer sejam elas assistidas pelo PBF, escolares ou, simplesmente, atendidas na rotina da unidade de saúde.

Este estudo revelou, principalmente, que não há interação entre ESF e o PBF no que tange às ações de saúde bucal. Os dentistas da ESF de Fortaleza realizam mais atividades de promoção e proteção da saúde bucal, de forma individual ou coletiva, nas crianças

menores de sete anos na escola/creche e na unidade de saúde que para as crianças do PBF. É interessante frisar que os dentistas, de uma maneira geral, não identificam (como grupo a ser trabalhado) as crianças do PBF, fazendo com que, muitas vezes, as ações desenvolvidas para parte dessas crianças se dê pelo fato dessas participarem de outros grupos, como o de escolares. O mesmo ocorre com os profissionais que acompanham essas famílias na unidade.

Novamente, os dentistas e os profissionais, às vezes, realizam atividades de promoção e proteção da saúde bucal para os responsáveis pelas crianças de dentro ou de fora das escolas e creches, mas não o fazem para os responsáveis por crianças do PBF enquanto grupo identificado. É interessante observar que a maior parte dos responsáveis afirma que nunca foram orientados pelos dentistas ou profissionais sobre a saúde bucal de suas crianças. Considerando que esses responsáveis, mesmo não tendo sido identificados como responsáveis por crianças do PBF, poderiam, ocasionalmente, ter sido beneficiados com ações de promoção da saúde bucal em algum dos momentos que os dentistas e os profissionais informaram realizá-las (e.g., nas escolas e unidades de saúde), poucos responderam já ter recebido essas orientações, o que permite deduzir que essas ações têm sido insuficientes para atingir a maior parte deles.

Os profissionais que acompanham as famílias do PBF dizem observar mais as condições de saúde bucal de crianças não beneficiárias e encaminham mais às consultas odontológicas essas crianças que as do PBF. É importante mencionar que a falta de diferença estatística na realização das ações de promoção e proteção da saúde bucal nos diferentes grupos de crianças (PBF, escolas/creches e livre demanda) deve-se, provavelmente, ao fato dessas estarem, segundo os entrevistados, sendo pouco executadas e não acontecendo regularmente em todos os grupos. Além disso, 81,1% (n=60) dos dentistas e 67,5% (n=50) dos profissionais afirmaram não haver ou só parcialmente haver estrutura física, insumos e recursos humanos para a prática dessas atividades no seu local de trabalho.

Importante ressaltar que os dentistas e os profissionais informaram que as ações de saúde bucal realizadas com as crianças fora do espaço escolar acontecem, principalmente, nos consultórios e, no caso dos profissionais, muitas vezes, só no momento da puericultura, no qual as crianças acima de dois anos de idade não são incluídas. Questiona-se, ainda, se as atividades educativas, que aparecem na maioria das respostas, tanto dos profissionais quanto dos dentistas, seriam suficientes para a promoção da saúde bucal dessas crianças. Segundo Costa (2009), sobre a caracterização do processo de trabalho do cirurgião-dentista na ESF, a atividade mais comumente realizada por esses profissionais, fora da unidade de saúde, está ligada ao desenvolvimento das ações com escolares e que as demais atividades realizadas com a comunidade e com os grupos (hipertensos, diabéticos, idosos e gestantes) são feitas com pouca frequência pelos profissionais, o que ressalta o seu perfil de trabalho voltado para o atendimento clínico e individual.

Diversas ações realizadas pelos dentistas e pelos profissionais já estão no rol de atividades preconizadas pela ESF. Foram citadas pelos dentistas a realização das ações de promoção de saúde, as atividades educativas e orientação de higiene bucal, as escovações supervisionadas e aplicação tópica de flúor. No Brasil, são recomendadas, pelo Ministério da Saúde, ações de vigilância sobre risco e de necessidades de saúde bucal, ações de promoção à saúde e ações educativas e preventivas (BRASIL, 2008).

O decreto nº. 5. 209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a lei que cria o PBF, em seu Art. 4º, estabelece os objetivos básicos do Programa Bolsa Família, em relação aos seus beneficiários. Dentre esses objetivos estão promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; e promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público.

Notória é a intenção de integrar as duas políticas ESF e PBF nas recomendações do MS e PBF, no entanto, os dentistas e os profissionais, enfermeiros da ESF na maioria, não percebem assim e afirmaram nunca ter pensado nisso e não haver “vínculo” oficializado entre essas

duas intervenções: saúde bucal e Bolsa Família, mesmo considerando que ambos atuam na mesma população que já está sob a responsabilidade sanitária das equipes da ESF. Não aproveitam para realizar ações de promoção e proteção da saúde bucal o momento que a criança e seus pais estão na unidade de saúde realizando o acompanhamento do Programa Bolsa Família, apesar da grande necessidade delas em relação aos cuidados odontológicos. Ou seja, essa passagem da criança pela ESF é uma oportunidade perdida pelos profissionais, visto que informaram que os pais sempre trazem as crianças nesse momento, mas nenhuma das duas categorias lembrou-se de trabalhar com esse grupo sobre as condições de saúde bucal das crianças.

Em relação, especificamente, à doença cárie, sabe-se que os estágios anteriores da doença, antes da cavidade, podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações (BRASIL, 2008). A cárie e a doença periodontal são as doenças que mais ocorrem entre as doenças bucais e são, comprovadamente, preveníveis e possíveis de serem combatidas com ações de promoção e prevenção da saúde. A correta higiene bucal, o uso do flúor e a alimentação não cariogênica são algumas das medidas eficazes para se prevenir problemas bucais (PAULETTO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

É importante mencionar que, apesar do rigor metodológico da presente pesquisa, essa foi realizada em um único município. Dessa forma, seus dados não podem ser extrapolados para outras realidades brasileiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de promoção e proteção de saúde bucal têm potencial para melhorar a saúde bucal das crianças brasileiras se a realização

for criteriosa e regular na ESF. Em razão dos resultados das pesquisas epidemiológicas em saúde bucal para as crianças em idade pré-escolar, com alta prevalência da cárie nesse grupo etário, da associação dos problemas bucais a fatores socioeconômicos e da coincidente idade das crianças beneficiadas no PBF, não se pode ignorar essas crianças no planejamento da atenção de saúde bucal não só a nível municipal, mas também a nível nacional, sendo esse um importante passo para a implantação de intervenções que possam melhorar a qualidade de vida na primeira infância.

Esse estudo não identificou relação entre o PBF e as ações de saúde bucal para a promoção e proteção da saúde realizada pela ESF voltadas para a população infantil (menores de sete anos de idade) beneficiária do PBF no município de Fortaleza/CE. Da mesma forma, não foram identificadas ações de promoção e proteção da saúde bucal dessas crianças direcionadas para os responsáveis. Considerando-se a potencialização das ações de saúde por meio de um enfoque intersetorial e das visitas regulares à ESF, parece perfeitamente plausível cogitar uma integração entre o Programa Bolsa Família (PBF) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção à saúde bucal que contribuísse para o combate às iniquidades em saúde na infância. Especialmente no cenário brasileiro no qual desigualdades socioeconômicas vêm propiciando, ao longo do tempo, desigualdades na situação de saúde da população, a sinergia dessas duas políticas públicas teria potencial de reduzir as iniquidades na atenção à saúde. Portanto, sugere-se, ao fim deste estudo, que a saúde bucal das crianças menores de sete anos de idade pudesse ser incluída como uma condicionalidade de saúde do PBF no intuito de favorecer uma nova geração de crianças desenvolvendo-se de forma plena e capazes, futuramente, de promoverem e protegerem a saúde de suas próprias crianças.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN, Regina Marcia. Oral health: the silent epidemic. **Public Health Reports. SurgeonGeneral's Perspectives**, v. 125, n. 2, p. 158-159, mar./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.surgeongeneral.gov/library/publichealthreports>>. Acesso em: 19 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes Da Política Nacional De Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 - Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. **Notícias**, 29 abr. 2011b. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?%20view=noticia&id=1&idnoticia=%201866&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-pessoas>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Atenção Básica – DAB. Coordenação Nacional de Saúde Bucal – CNSB. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/>>. Acesso em: 23 jan. 2013a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. **Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 15 fev. 2013b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Bolsa Família: mais de 98% de crianças e gestantes cumpriram compromissos de saúde em 2013. **Sala de Imprensa; Notícias**, 3 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2014/fevereiro/bf-condsaude-2sem2013-final30012014-municipios.pdf.pagespeed.ce.XZa2nXGcWP.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

COSTA, Rossana Mota. **Caracterização do Processo de Trabalho do Cirurgião-dentista na Estratégia de Saúde da Família no município de Parnamirim – RN**. 2009. 84f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Programa de Pós Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

COSTA, Simone de Melo et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Ver Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 27, p. p.90-96, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)530](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(27)530)>. Acesso em: 1 jun. 2015.

DETELS, Roger et al. **Oxford Textbook of Global Public Health**. 6th ed. United Kingdom: Oxford University Press, 2015.

FORTALEZA (Cidade). Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População de Fortaleza – CE, 2006 – 2007. **Boletim Epidemiológico**, v. 16, 2010. Número Especial. ISSN – 1678.8400.

MOYSÉS, Samuel Jorge et al. Apontamentos para estudos e debates sobre a Estratégia Saúde da Família. Desafios para os Municípios. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 47-64.

OLIVEIRA, Fabiana de Cássia Carvalho, COTTA, Rosângela Minardi Mitre. **O programa Bolsa família como importante estratégia de redução da desigualdade social** [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/?p=4161&preview=true>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

Ações de promoção e proteção da saúde bucal desenvolvidas na estratégia de saúde da família

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100012&lng=en&nr m=iso>. Acesso em: 13 jun. 2014.

SHEIHAM, Aubrey. Oral Health, general health and quality of life. WHO – World Health Organization. **Bulletin of the World Health Organization**, Pastissues, v. 83, n. 9, p. 641-720, 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/644.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2013.

UN-HABITAT. **State of the World's Cities 2010/2011: Bridging The Urban Divide**. Londres: Earthscan Publications, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Oral Health. Media Centre. **Fact sheet**, n. 318, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

ADOLESCENTES GRÁVIDAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: PERFIL E PERCEPÇÃO ACERCA DA GRAVIDEZ

Tereza Alves de Souza

Maria Irismar de Almeida

José Maria Ximenes Guimarães

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Ana Patrícia Pereira Morais

INTRODUÇÃO

A adolescência compreende a fase do ciclo de vida situada dos dez aos 19 anos (OMS, 1995), caracterizada pelo rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais, sendo frequentes os sonhos, as dúvidas, as inseguranças, os desafios e a necessidade de conhecer situações novas (SOUZA et al., 2012). A capacidade de abstração e o pensamento crítico também se desenvolvem na juventude, concomitante a uma necessidade maior de independência emocional e de autoconhecimento (RUZANY, 2008).

A vivência da sexualidade está associada ao contexto social e cultural do adolescente e é intensamente influenciada pelas linguagens e pelos valores vigentes em cada época (MOREIRA et al., 2008). Assim, os amigos e os adultos que interagem com os jovens exercem sobre eles algum tipo de poder (RUZANY, 2008). Na sociedade contemporânea, o sexo antes do casamento e até a gravidez na adolescência são vistos com maior naturalidade (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). Constata-se, entretanto, que aliberação sexual não foi, necessariamente, acompanhada por uma discussão dos valores em associação ao corpo, à sexualidade e aos

papeis sexuais e de gênero, que deveria ser realizada nos diversos equipamentos sociais responsáveis pela assistência aos adolescentes, como as escolas, os serviços de saúde e de assistência social e por suas famílias.

A gravidez na adolescência emerge como problema com origem em estudos que indicam um crescimento nas proporções de adolescentes de 15 a 19 anos que haviam tido filhos, em todo o mundo, inclusive no Brasil (NOVELLINO, 2011). Deve-se considerar que, no somatório das gravidezes na adolescência, os partos a termo são ponderados, mas o evento é subestimado, pois os casos em que as gestações foram interrompidas de modo espontâneo ou provocadas não são incluídos. O fato de o aborto ser considerado uma prática ilegal no país dificulta sua mensuração (HEILBORN et al., 2002).

A gravidez precoce deve ser analisada tendo como perspectivas a concepção de vulnerabilidade, sendo essa definida como um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional referente a uma doença, a uma condição ou a um dano, sendo que a vulnerabilidade social está relacionada a normas sociais, referências culturais, relações de gênero, emprego, salário, acesso à educação, cultura, lazer, justiça, esporte, mídia, dentre outros (AYRES et al., 2006). Nesse sentido, vulnerável é toda e qualquer pessoa que se encontra menos apta a se proteger de algum evento, tanto nos aspectos biológicos como nos familiares, sociais, econômicos e comunitários.

A realidade dos adolescentes de comunidades economicamente menos favorecidas baseia-se na condição de risco social e em conflitos naturais dessa fase, inseridos em um âmbito que interfere em um viver saudável, podendo influenciar na formação da identidade individual e social do adolescente (QUEIROZ, 2013).

A gestação na adolescência é multifatorial e seus determinantes e condicionantes estão relacionados a aspectos de ordem biológica, psicológica, familiar, social e estrutural, como falta de estratégias adequadas para a sua prevenção. Dentre os fatores sociodemográficos,

destaca-se o baixo nível socioeconômico e escolar. Evidências indicam haver maior probabilidade de sua ocorrência entre as adolescentes pobres e com baixa escolaridade, as quais não frequentam a escola ou estão em um grau inferior ao adequado para sua idade (NOVELLINO, 2011). O uso de álcool e outras drogas, o início precoce das relações sexuais e da menarca e o emprego inadequado de métodos contraceptivos também são fatores que vulnerabilizam as adolescentes à gravidez (BERTONI et al., 2009; LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008;).

A gravidez precoce é considerada um grave problema de saúde pública e um entrave social, pois pode acarretar repercussões negativas, tanto nos aspectos biológicos como no campo familiar e social. Entre outras consequências de se tornar mãe precocemente, estão a perda da liberdade, o adiamento ou comprometimento dos projetos de estudos, a limitação de perspectivas de ingresso no mercado de trabalho e o não aproveitamento pleno das oportunidades para completo desenvolvimento pessoal (BELO; SILVA, 2004).

Em dados obtidos na cidade de Fortaleza, em uma unidade de atenção primária à saúde, a gravidez na adolescência exibe-se como um evento frequente e de intervenção difícil, sendo as taxas (total das adolescentes grávidas inscritas, sobre o total de gestantes inscritas x 100) nos anos de 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011, respectivamente, de 27,16%, 30,05%, 28,67%, 28,92% e 19,42% (FORTALEZA, 2012a). Esses dados confirmam existir o problema na unidade.

Com base no exposto, surgiram os seguintes questionamentos: qual o perfil socioeconômico e histórico-familiar reprodutivo demonstrado pelas adolescentes? Qual a percepção e os sentimentos expressos pelas adolescentes diante da gravidez?

Buscando responder a esses questionamentos, este estudo teve como objetivos: delinear o perfil socioeconômico e histórico-familiar-reprodutivo das adolescentes e apreender a percepção e os sentimentos referidos pelas adolescentes grávidas sobre a gravidez que vivenciam em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Vale salientar que este artigo foi extraído da dissertação de mestrado “Gravidez na adolescência: percepção, sentimentos e motivos”, apresentada em 2014, ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família.

MÉTODO

O estudo consistiu de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, visto ser o método mais adequado, por possibilitar a compreensão dos significados estabelecidos pelas adolescentes acerca de sua gravidez (MINAYO, 2010).

A pesquisa foi realizada na área de abrangência de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), vinculada à Coordenadoria Regional VI, Fortaleza/CE, local onde uma das pesquisadoras desenvolve atividades como enfermeira da ESF. Essa unidade é responsável sanitariamente pelos bairros Boa Vista e parte do bairro Castelão, que, segundo o Atesto Municipal de Funcionamento das Equipes Saúde da Família e Saúde Bucal, referente à unidade no mês de setembro de 2012, possui uma população estimada em 12.907 pessoas (FORTALEZA, 2012b). Grande parte da população adscrita é de baixa renda, mora em áreas de ocupação, com infraestruturas precárias e com risco de inundação, em período de chuva, pelo rio Cocó, além de vários outros problemas marcantes que afetam os adolescentes da comunidade, como uso e comercialização das drogas, abandono da escola por algumas adolescentes, baixa escolaridade, falta de oportunidade de trabalho, poucas opções de lazer, dentre outras condições que as deixam mais vulneráveis à gravidez precoce.

As participantes do estudo foram 24 adolescentes primigestas, moradoras da área de abrangência, que realizaram acompanhamento

pré-natal nos meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014. Escolheu-se trabalhar com primigestas por se entender que a primeira gravidez causaria maior impacto e repercussões na vida da adolescente. Os critérios de inclusão foram: realizar o acompanhamento pré-natal na unidade de saúde, ser adolescente (dez-19 anos) e ser primigesta.

O total de participantes foi definido por critério da saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos começaram a ter uma regularidade de apresentação, demonstrando a suficiência do material coletado para alcançar os objetivos (MINAYO; GOMES, 2008). A repetição de informações foi observada a partir da vigésima entrevista e, no total, 24 adolescentes foram entrevistadas.

As informações foram coletadas, inicialmente, aplicando um formulário contendo questões fechadas, considerando informações pessoais e sociais, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, hábitos de vida, renda mensal, situação de moradia, dentre outras. Em seguida, realizou-se entrevista semiestruturada, utilizando-se um roteiro de entrevista no qual foram buscadas informações sobre seus sentimentos e sua percepção a respeito da gravidez que vivenciavam. As entrevistas foram realizadas individualmente, cinco nos domicílios das adolescentes, após terem sido agendadas previamente pelos agentes comunitários de saúde, e 19 antes de suas consultas na unidade de saúde. Transcorreram nos meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014.

O material foi analisado com o emprego da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade análise temática, segundo os conceitos propostos por Bardin (2010). Baseando-se nesses, foram obedecidos os seguintes passos para análise e discussão dos resultados: leitura flutuante dos documentos, transcrição das entrevistas na íntegra, constituição do *corpus*, leitura exaustiva das entrevistas com o intuito de compreender e apreender o sentido das informações, condensação das informações com suporte em cada pergunta, identificação dos pontos comuns em cada item e agrupamento das similaridades, composição das unidades de análise, definição das categorias

e análise reflexiva das respostas significantes para o estudo. Os resultados foram analisados e discutidos com base em estudos pertinentes.

Para melhor apreender a percepção das adolescentes sobre a gravidez que vivenciavam e referentes aos conhecimentos sobre suas condições de vida, analisaram-se as informações sob dois prismas: a gravidez na adolescência, como essa era percebida pela adolescente, de um modo geral, na comunidade e como a jovem vivenciava e percebia a própria gestação e quais seus sentimentos perante o evento. Desse processo, emergiram duas categorias temáticas: perfil das adolescentes sob estudo, no qual se buscou conhecer as condições de vida pessoal, familiar, escolar, econômica e social e a percepção e sentimentos atribuídos pelas adolescentes à gravidez que vivenciavam.

O estudo foi norteado pela Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com o Parecer de n.º 473.224. Para preservar o anonimato das participantes, foram referenciadas com o nome de uma pedra preciosa ou semipreciosa, lembrando a beleza interior que cada uma conduz.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil das adolescentes

As participantes do estudo foram 24 adolescentes primigestas. A faixa etária variou de 14 a 19 anos, com média de 17 anos. Verificou-se que a idade média da menarca foi de 11,58 anos e da “sexarca” de 14,46 anos; a gravidez ocorreu, em média, 2,63 anos após a iniciação sexual, sendo que, até os 13 anos, nove adolescentes (37,5%) já haviam iniciado sua vida sexual, dado relevante, quando se compara com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PENSE (2009),

que, para essa mesma faixa etária, é expressa em 15,3%, constatando-se uma precocidade ainda maior no grupo estudado (IBGE, 2009).

Quanto à escolaridade, cinco adolescentes já haviam concluído o ensino médio, oito possuem o ensino médio incompleto e 11 o fundamental incompleto, sendo que os menores anos de estudo foram seis, expressos por duas adolescentes. Dez adolescentes abandonaram a escola, sete antes de engravidar e três após a gravidez. Das nove que continuam estudando, quatro têm escolaridade menor do que a esperada para a idade. Esses dados atestam a relação entre a vivência escolar das adolescentes e suas experiências sexuais e reprodutivas, corroborando outros estudos (NOVELLINO, 2011).

Das cinco adolescentes que concluíram o segundo grau, somente duas manifestaram a intenção de voltar a estudar, sendo que, para as demais, concluir o ensino médio significa terminar os estudos, fator que poderá influenciar negativamente na imersão futura destas adolescentes no mercado de trabalho. Achado semelhante foi o da pesquisa realizada por Chacham, Maia e Camargos (2012), em Belo Horizonte, onde os resultados indicaram que o segundo grau é o limite da escolaridade das jovens moradoras das favelas, ou seja, elas não conseguem acessar o ensino superior.

Com relação ao estado civil, cinco adolescentes estão solteiras, 15 em união estável e somente quatro casadas, o que configura fragilidade nos vínculos entre as adolescentes e seus parceiros. Vale destacar o fato de que as gravidezes aconteceram dentro de um relacionamento afetivo estabelecido, salientando que dez adolescentes (41,7%) já moravam com seus companheiros no momento em que engravidaram, e as demais moravam com seus familiares. Detectou-se o fato de que a gravidez favoreceu para a união de quatro adolescentes com seus companheiros. Sendo assim, após a gravidez, 14 adolescentes passaram a morar com seus companheiros e dez continuaram residindo com a família, das quais cinco continuam com vínculo com seus companheiros, mas cada um com suas respectivas famílias.

A composição familiar consistiu em 3,79 pessoas por família. Resultado semelhante foi encontrado por Borges et al. (2009) ao constatarem que a maior parte das gravidezes se deu com o casal morando com suas famílias de origem, favorecendo assim a união do casal.

Verificou-se que somente oito adolescentes conseguiram constituir uma família, morando em casa desmembrada de outros familiares, muito embora duas dessas continuem recebendo auxílio de familiares, pois não têm condições de se manterem sozinhos. Observaram-se, nas famílias estudadas, fatores que favorecem a ocorrência da gravidez precoce, como, por exemplo, viverem em comunidade com baixo nível socioeconômico, onde se notou que 20 adolescentes pertenciam a famílias com renda de até dois salários mínimos, e, dessas, quatro possuem renda menor do que um salário mínimo, mesmo acrescentando o auxílio do programa de complementação de renda do Governo Federal, o Bolsa Família.

Santos e Nogueira (2009) relataram em seu estudo o fato de ser na camada social com menor poder aquisitivo onde se encontram os maiores índices de fecundidade e que a baixa perspectiva de vida, a violência, a baixa escolaridade e, muitas vezes, a repetência, aliada à falta de recursos materiais, financeiros e emocionais, fazem com que a adolescente veja na gravidez a única possibilidade de um futuro melhor.

A gravidez na adolescência mostrou-se recorrente na história familiar, pois somente cinco adolescentes não as citaram, 14 relataram que suas mães também engravidaram quando adolescentes, seis as irmãs, sete as primas e cinco as tias, salientando-se que algumas adolescentes referiam ter ocorrido o evento em mais de um componente.

Com referência à ocupação, nenhuma adolescente demonstrava vínculo empregatício no momento da entrevista; três que haviam iniciado a trabalhar deixaram logo após a descoberta da gravidez. Sendo assim, seis se classificaram como desempregadas, nove citaram que são estudantes e nove donas de casa. Das estudantes, quatro acumulam tarefas de donas de casa, e as desempregadas, também, ocupam seu tempo em afazeres domésticos. Esses dados corroboram com estudos na

área mostrando que, na família e no meio social, as ações das adolescentes estão muito voltadas para atividades desenvolvidas no âmbito dos cuidados da família, onde, muitas vezes, essas adolescentes já foram desde crianças acostumadas a cuidar da casa e de seus irmãos mais novos, sendo essas atividades comuns e esperadas pelas adolescentes e por suas famílias (DADOORIAN, 2003; PANTOJA, 2003).

Com relação aos hábitos de vida, 22 adolescentes referiram não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas e não fazer uso de outras substâncias. Uma adolescente referiu já ter fumado maconha, tendo sido por esse motivo internada por sua mãe para afastá-la do uso. No momento atual, essa refere não usar nenhuma substância. Outra adolescente referiu fumar, fazer uso de bebidas alcoólicas e de cocaína. É bom dizer que um estudo evidenciou o aumento da vulnerabilidade para a gravidez em caso de uso de drogas lícitas ou ilícitas (BERTONI et al., 2009).

Referentes às condições das residências, excetuando-se uma adolescente que mora em casa construída com material reciclado, as 23 restantes moram em casa de tijolo, todas com serviço de coleta pública de resíduos, 22 eliminam seus dejetos utilizando fossa séptica e duas alegaram que os dejetos são eliminados a céu aberto.

No tocante à religião, 16 referiram que são católicas e oito evangélicas. Constatou-se que a pertença a um grupo religioso não se revelou um fator de proteção para prevenir a gravidez precoce. Vale salientar que, neste estudo, não foi avaliado o grau de participação da jovem nos rituais de sua igreja. Resultado semelhante foi obtido por Borges et al. (2009), ao constatarem que todas as adolescentes referiram pertencer a alguma religião, mas isso não se refletiu em maior integração social.

Observou-se que as adolescentes deste estudo vivem em um contexto de vulnerabilidade social, marcado por baixas condições socioeconômicas, ínfimo nível de escolaridade, conflitos familiares, desemprego, iniciação sexual precoce, não adoção de práticas de sexo seguro; e também pelo fato de a gravidez na adolescência ser

um evento frequente na comunidade e dentro de suas famílias, uso de drogas, falta de perspectivas quanto ao futuro, dentre outras.

Em contextos semelhantes ao deste estudo, outros relataram em suas conclusões a relação entre vivências em condições de vulnerabilidades e a ocorrência da gravidez precoce. Diniz e Koller (2012) concluíram que a gravidez tende a ocorrer nas adolescentes com menores oportunidades de autorrealização, no entanto, a pobreza sozinha não seria uma variável explicativa para o aparecimento da gravidez durante a adolescência, mas, sim, a junção de variáveis diversas, sendo que uma potencializa a ação da outra. Queiroz (2013) evidenciou que sua ocorrência acontece frequentemente em contextos demarcados por conflitos e por negligência familiar.

É constatável nas falas e nas informações fornecidas pelas adolescentes o fato de que elas vivenciam dificuldades neste momento, pois nenhuma delas possui atividade remunerada, ficando na dependência de seu companheiro e, na maioria das vezes, necessitando do apoio financeiro de seus membros familiares, como se pode observar nos relatos:

[...] ele não é empregado não, só vivemos da ajuda de nossas mães mesmo (ESMERALDA).

Agora apesar da dificuldade, meu marido não tá trabalhando [...] (JADE).

[...] depois não queria não, por morar assim na casa da família dele, aí tem irmão, tem pai, tem mãe dele, aí não queria, queria que nós tivesse na nossa casa, era melhor (JASPE).

Resultado semelhante foi verificado nos estudos realizados por Souza et al. (2012) e Borges et al. (2009), mostrando que, quando há o apoio das famílias para levar à frente a gravidez, e essa passa a ser aceita, se torna algo normal, observando-se, em muitas ocasiões, que as famílias se reorganizam para apoiar a nova família em formação.

Percepção e sentimentos atribuídos pelas adolescentes à gravidez que vivenciam

As adolescentes vivenciam e reagem diferentemente ao evento da gravidez. Essa heterogeneidade é determinada por múltiplos fatores, como históricos, sociais, culturais, educacionais, pessoais e dinâmicas familiares, que se exprimam de maneira diferenciada em cada situação. Neste estudo, quando se referem a gravidez ocorrida com outras meninas, percebem como um evento precoce que causará transtornos à vida delas, como detectado em suas falas:

Atrapalha e muito, não que eu ache errado, a vida tem tanta coisa assim, estudo. Então isto acaba tirando este lado da adolescente. Tem adolescente que larga tudo por causa da gravidez (MORGANITA).

Eu penso que assim oh! Tem muita gente que engravida adolescente mais isto é um erro, por que assim, ela não viveu, por que eu engravidei e me arrependi depois, mas depois não pode fazer nada (AMETISTA).

Eu acho que é um momento inadequado pra engravidar. Eu acho que na adolescência é a época de viver muitas coisas, de estudar, de fazer outras coisas não ir logo formar família, cuidar de criança, uma criança cuidando de outra criança (JADE).

[...] pra meninas novas é uma complicação, vai prender muito, vai ter que parar os estudos, uma criança não é brincadeira, é uma responsabilidade muito grande (RUBI).

Essa visão talvez seja influenciada pelo fato de, atualmente, a sociedade almejar outros futuros para as mulheres, onde estão incluídos maior nível educacional e boa colocação em um emprego. A gravidez

na adolescência, porém, até poucas décadas atrás, era comum e até desejada, fazendo parte do contexto histórico, social e familiar das mulheres (SANTOS; NOGUEIRA, 2009). Nos dias de hoje, com a mudança dos costumes e a evolução dos conhecimentos científicos, engravidar nessa fase significa, na maioria das vezes, problemas que influenciarão negativamente na vida da adolescente (DINIZ; KOLLER, 2012).

Quando se referem à própria gravidez, emitem sentimentos de alegria e felicidade, para algumas um acontecimento já esperado, como se verifica nestas declarações:

[...] eu fui fazer exame de sangue, deu positivo. Ai eu comecei a chorar, de alegria porque vou cuidar de uma vida, vou ter um menino! (DIAMANTE).

Eu tenho vivenciado ate agora, assim, assim, numa boa, né., assim, desde do dia que eu soube que tava grávida, foi alegria por que eu já planejava minha gravidez, [...] eu to alegre, muito alegre (SAFIRA).

Eu tenho vivenciado muito bem, no dia que eu soube eu fiquei muito alegre, fiquei feliz (PÉROLA).

A gravidez na adolescência em classe social menos favorecida, como é a deste estudo, é uma ocorrência rotineira e comum. As colegas, suas irmãs e a própria mãe são ou foram mães adolescentes. É aqui comprovada uma valorização da maternidade, em que ser mãe equivale a assumir um novo *status* social, o de ser mulher (DADOORIAN, 2003). Para muitas adolescentes, ela é um acontecimento desejado e muitas vezes planejado, constituindo-se parte de um sonho, de seu projeto de vida, (DADOORIAN, 2003; DIAS et al., 2011; HOGA, 2008; PANTOJA, 2003).

Para Hoga (2008), a felicidade referida pelas adolescentes pode estar relacionada à possibilidade da constituição de sua família, mesmo que, em muitas situações, essa ocorra em condições precárias, pois ter

uma casa e controle sobre a situação representava a possibilidade da liberdade para fazer o que não era possível morando na casa dos pais.

Estudos mostram que a gravidez na adolescência pode representar a busca de reconhecimento e concretização de um projeto de vida viável para algumas adolescentes, especialmente para aquelas de nível socioeconômico menos favorecido (DADOORIAN, 2003; CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009; PANTOJA, 2003).

Sentimentos de medo, frustração, pavor, rejeição, decepção, perda e tristeza, entretanto, também foram identificados, como se pode verificar nas narrações:

Eu fiquei apavorada, fiquei com muito medo, porque assim, eu sou jovem ainda (TOPÁZIO).

Bom eu fiquei um pouco assustada né. Eu chorei inclusive quando eu fiz o exame para confirmar. Porque isso é muita responsabilidade, né (JADE).

Eu fiquei triste [...] Ah! Sei lá, está sendo esquisito, NE? (FLUORITA).

Senti um pouco de medo por causa da idade né [...] porque geralmente as pessoas dizem que quando é nova tem um risco [...] Estranho né, estranho, assim porque eu não planejava né, é estranho (ESMERALDA).

Foi difícil [...] porque tinha medo de não saber cuidar dele, também porque eu era muito nova e ia perder as coisas, o estudo também (TURMALINA).

Foram notadas, nas declarações, preocupações de cunho biológico, emocional, psicológico e social, provavelmente em consequência de sua imaturidade psicológica, deficiente nível de conhecimentos

e habilidades, dificuldades na situação socioeconômica e conjugal, que não lhes concedem segurança para exercer importantes tarefas como cuidar de uma criança e de uma casa.

Verificou-se que os primeiros momentos da descoberta da gravidez foram os mais difíceis para algumas adolescentes, tendo duas delas até pensado em interromper a gravidez, como se observa em suas falas:

Meus sentimentos, no início não foi de alegria, foi de tristeza, de dúvida, quis até fazer besteira, mas aí depois eu parei pra pensar [...] Eu pensei em abortar a criança, pensei em usar droga pra deixar a criança deformada, pensei em dar ele quando ele nascer, pensei varias besteiras, [...] Nunca imaginei que isto fosse acontecer comigo, sempre eu dizia, nunca vou engravidar, nunca vou engravidar, quando foi agora, aconteceu (RUBI).

Eu fiquei assim um pouco feliz e depois houve uma discussão com a minha família, ai depois eu pensei em tirar, mas só que eu desisti (AMETISTA).

Ah! Eu fiquei abatida. Fiquei muito triste, pensei que fosse acabar minha vida. Por que assim, eu gostava muito de sair, tudo mais. Ai, eu pensei, agora não vou poder mais sair [...] eu fiquei com medo porque eu morava com meus pais, não sou casada né (DOLOMITA).

No começo eu não aceitava devido aos estudos, gosto muito de estudar, eu achava que isto ia atrapalhar (MORGANITA).

Dezesseis adolescentes citaram sentimentos e reações de medo, choque inicial, rejeição, nervosismo, abatimento e tristeza no início de sua gravidez, os quais contribuíram para que as adolescentes tivessem pensamentos negativos, mesmo que momentos após se arrependessem de suas intenções. Com o passar do tempo, as adolescentes e suas

famílias foram se adaptando e aceitando a nova situação, fato também observado no estudo realizado nesta comunidade (SOUZA et al., 2012).

Algumas adolescentes indicaram sentimentos ambivalentes, pois desejavam a gravidez, mas, quando essa aconteceu, observaram sua situação, companheiros sem emprego fixo, morando na casa dos sogros; aí, não queriam mais a gravidez e revelaram:

No começo quando eu descobri, não queria muito não, né, tinha vontade de engravidar, mas quando eu descobrir eu não queria, porque o pessoal falava demais sobre isso mesmo por ser nova, né, aí eu fiquei também com medo, não queria, mas hoje eu já tô aceitando já normal, mas no começo, não. Na hora eu fiquei feliz, quando eu vi, eu bati uma transvaginal aí quando eu vi, eu fiquei feliz, mas depois eu não fiquei mais, depois eu não queria (JASPE).

No começo eu não queria não, mas agora eu quero sim (ÁGATA).

Porque tinha medo de não saber cuidar dele [...] depois fiquei mais feliz, quando vi ele na ultrassom (TURMALINA).

Senti um pouco de medo por causa da idade né [...] mas fiquei feliz (ESMERALDA).

O processo gestacional e a parentalidade envolvem alterações intrapsíquicas e interpessoais, acontecendo em muitas situações reações ambivalentes afetivas, podendo ocorrer desejo e não desejo da gestação, o querer e o não querer a criança, não havendo aceitação ou rejeição total da gestação, pois o sentimento oposto jamais estará inteiramente ausente (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009).

Uma das razões para a ambivalência é que a parentalidade na adolescência vai contra os projetos que a sociedade moderna dita para os adolescentes, que, antes de ter filhos, têm de terminar os

estudos, ter uma profissão, adquirir um trabalho remunerado, estabelecer uma relação amorosa, estável, duradoura, dentro dos laços do matrimônio. Quando os eventos não obedecem a essa ordem estabelecida, se observam os conflitos (CARVALHO; MERIGHI; JESUS, 2009).

Levandowski, Piccinini e Lopes (2008), em seus estudos, evidenciaram três padrões de reações perante a notícia da gravidez: positivas (alegria), negativas (nervosismo, medo, rejeição, preocupação) e ambivalentes. Fazendo uma leitura geral dos estudos, os autores constataram que, apesar de o impacto inicial ser negativo, a maternidade é avaliada posteriormente pelas adolescentes como positiva, sugerindo uma adaptação a essa circunstância ao longo do tempo, principalmente quando ela possui uma rede social de apoio, podendo, assim, observar sentimentos de orgulho e felicidade apesar do arrependimento inicial.

Durante as entrevistas, algumas gestantes já haviam passado pela vivência inicial de sua gravidez, estando, nesse momento, já adaptadas à nova situação, e a gravidez foi descrita como um acontecimento positivo, a qual remetia a sentimentos de alegria, felicidade, começo de uma nova vida junto ao seu companheiro e ao filho. Foram notadas demonstrações de sentimento de amor que as adolescentes já nutriam por seus filhos, como também atitudes de maturidade e senso de responsabilidade, o que transpareceu com a preocupação no autocuidado, como também na disposição de se cuidar para proteger seu filho.

Verificou-se que o apoio fornecido por seus familiares foi fundamental para aceitação, adaptação e vivência destes momentos, como se pode observar nas narrações:

[...] se meus pais não me dessem força assim, eu acho que não conseguiria levar uma gravidez assim boa, normal, eu fiquei muito nervosa na hora. A primeira pessoa que eu falei foi para minha mãe aí depois que eu falei para ela, ela me ajudou a aceitar (TOPÁZIO).

[...] no começo eu rejeitei um pouquinho, no começo, agora eu me arrependo muito da rejeição. [...] porque tem muita gente me apoiando, não só minha família como da família do pai da criança (MORGANITA).

[...] eu tive que vir para casa da minha mãe, por que minha gravidez foi de risco, por que ele cresceu muito e não engordou, ele ficou atravessado e eu perto de ter nenê e ele não encaixou, aí eu tive que vim pra cá (RUBI).

Constatou-se, neste estudo, que todas as adolescentes receberam apoio de suas famílias, o que está sendo fundamental para uma boa vivência dessa fase. Estudo realizado com membros familiares de gestantes adolescentes, na comunidade em estudo, detectou que sentimentos e reações negativas observadas no primeiro momento da descoberta da gravidez pela maioria dos familiares transformaram-se, em seguida, em atitudes de cuidado, carinho e apoio, fundamentais para boa resolução do fenômeno gravídico- puerperal de todas as adolescentes sob exame (SOUZA et al., 2012).

Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) relataram que os autores sugerem que, em geral, as famílias das gestantes as apoiam nessa situação e que, por vezes, a ocorrência de uma atitude de rejeição por parte das famílias parece decorrer de fatores sociais específicos associados a preconceitos sociais. Nos estudos avaliados, ficou evidente a importância de uma rede social de apoio para as adolescentes grávidas, seja ele do tipo emocional ou financeiro.

Observa-se variação da reação das famílias, dependendo da classe social na qual a adolescente está inserida. As famílias das jovens de classe social menos favorecida costumam exprimir melhor aceitação do evento, especialmente a mãe e a avó, ao contrário do que ocorre nas classes média e alta, as quais não querem a gravidez de suas filhas. Inicialmente, a família não reage favoravelmente,

mas, após os primeiros momentos, na maioria das vezes, aceita a gravidez e dispensa apoio (DADOORIAN; 2003, SOUZA et al., 2012).

O apoio oferecido pelos companheiros das adolescentes também se mostrou importante. Notou-se que a maioria das gestações não foi planejada e que as adolescentes não usaram nenhum método contraceptivo. Observou-se, também, nesse caso, a falta de cuidado dos parceiros, pois não usaram preservativo. Após a gravidez, o apoio do parceiro foi fundamental para a vivência inicial e para os momentos seguintes. Foram observadas diversas posturas, desde o apoio total ao abandono da adolescente. Vinte adolescentes receberam apoio de seus companheiros e esse foi um suporte fundamental para uma boa vivência e adaptação ao novo momento, como é possível constatar em seus depoimentos:

[...] meu esposo também me deu muita força também na hora, aí eu acho que me tranqüilizou mais depois (TOPÁZIO).

O pai da criança foi o primeiro a aceitar de cara. Ele não rejeitou em momento algum (MORGANITA).

[...] acho que para ele eu não sei, deve ter sido uma surpresa, pra mim também, mas o bom foi que ele não me rejeitou em momento algum (RUBI).

A expectativa social do papel masculino de provedor impõe aos parceiros a responsabilidade material, mesmo que parcial, em relação à criança. Resultado semelhante a este estudo foi apurado/constatado por Pantoja (2003), ao verificar que somente um parceiro não assumiu a paternidade de seu filho. A autora inferiu que, no universo estudado, assumir a paternidade do ponto de vista social e material denota maturidade e também responsabilidade.

Foram notadas, ainda, tristeza e decepção das adolescentes que não tiveram o apoio dos pais de seus filhos. Quatro foram abandonadas pelos namorados após a descoberta da gravidez e uma adolescente ficou sem o pai de sua filha, pois ele foi assassinado logo no início de sua gestação, como se pode observar nas declarações:

Não sei porque gravidez na adolescência não é muito bom. Também ser mãe solteira é difícil, é ruim (ÁGATA).

Foi difícil porque eu tô quase sem meu esposo e vou cuidar da minha filha só (OPALA).

As coisas ruins era que o pai dele me fazia sentir muita raiva, era brigando direto, acho que tudo que eu estava sentindo ele sentia também (filho), e eu não gostava, até um ponto em que eu deixei ele pra poder cuidar mais de mim e do meu filho (DIAMANTE).

As reações e os sentimentos negativos podem estar relacionados ao fato de que a valorização da gravidez mantém uma relação com o contexto afetivo em que ela ocorre e, principalmente, com o fato de o parceiro assumir ou não a paternidade. Estudo realizado em comunidade de baixa renda em Belém/PA detectou que uma adolescente manteve sua gravidez em sigilo na escola por supor que suas colegas não fossem ser receptivas a sua gravidez, pelo fato de ela não ter um namorado firme e porque o pai da criança não assumiu a paternidade (PANTOJA, 2003).

Para algumas adolescentes, a gravidez precoce é mostrada como um acontecimento normal, já esperado, como pode se verificar em seus relatos:

Eu acho uma coisa, hoje em dia muito simples, né. Porque a maioria das jovens já tem filhos. É normal né, é uma coisa normal (BRONZITA).

Eu penso as vezes que agora está virando uma coisa normal. Pelas meninas assim, tem muitas meninas engravidando. A gente acha normal (MARCASSITA).

O caráter de normalidade perante a gravidez na adolescência pode estar relacionado, em especial em classes sociais menos favorecidas, a sua constante existência no meio social e na família, à conotação de liberdade, à nova condição adquirida com a parentalidade, que é a mudança do estado conjugal, à autonomia conferida à jovem que passa a assumir papel social de maior reconhecimento dentro de sua comunidade e à atribuição de características da fase adulta (DIAS et al., 2011).

Observou-se que, para algumas adolescentes, a gravidez não fazia parte de seus sonhos, pois haviam imaginado outros futuros para si, como se pode verificar em seus depoimentos:

Eu pensava em fazer outras coisas, logo trabalhar. Mas agora não vou poder mais fazer isto logo agora, né. Tem que demorar um pouco. E meus planos não eram esses exatamente né? (JADE).

Quando engravidei eu morava com meus pais, mas antes meu marido já tinha me pedido em casamento, mas não aceitei por causa dos estudos, eu queria me interessar mais nos estudos (TOPÁZIO).

Para essas adolescentes, suas gravidezes não foram planejadas, pois queriam, naquele momento, concluir os estudos e começar a trabalhar, mas, após a passagem dos momentos iniciais, houve aceitação e demonstração de sentimentos de alegria e felicidade.

Achado semelhante foi o dos estudos realizados por Hoga (2008) e Dias et al. (2011), em que constataram que, apesar de a gravidez não ter sido planejada, as adolescentes não demonstravam arrependimento pela opção da vivência da maternidade, referindo, inclusive, alegria com a gravidez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência é expressa como um fenômeno complexo de solução difícil, em consequência da diversidade de seus fatores condicionantes e determinantes, os quais remetem à necessidade de ações governamentais, intersetoriais, interdisciplinares, compromisso com aplicação das leis e diretrizes de apoio aos adolescentes, responsabilização familiar e social, com vistas a fornecer as condições adequadas para o completo desenvolvimento físico, psíquico e social dos adolescentes. As ações devem permear transversalmente todos os setores constituindo-se responsabilidade de todos.

As situações de vulnerabilidades as quais estão expostas as adolescentes podem ter contribuído para a ocorrência da gravidez, o que leva a se refletir sobre a necessidade de oferecer condições dignas de vida, que proporcionem um viver saudável e promissor, pois, na falta destas, a adolescente visualizará a opção mais factível, que já faz parte da história familiar, comunitária e cultural, que é a gravidez, perpetuando, assim, o círculo de pobreza.

A percepção, as reações e os sentimentos exibidos pelas gestantes variaram conforme o momento vivido, o desejo ou não de engravidar naquele momento, o parceiro ter assumido ou não a gravidez, estar ou não em união estável com seu parceiro. Observou-se que os momentos iniciais da descoberta da gravidez foram os mais impactantes e, a depender das condições citadas anteriormente,

remeteram a sentimentos positivos ou negativos. Mostrou-se importante o conhecimento dessa situação com vistas a direcionar a atenção dispensada à gestante adolescente observando-se o momento que ela vivencia, incentivando o apoio de seu companheiro e familiares e apoiando-a para melhor vivenciar esse momento. Para as adolescentes deste estudo, de um modo geral, a gravidez foi percebida como algo positivo, que trouxe maturidade, equilíbrio emocional, constituição de sua família e um sentido para sua vida.

É reconhecida, no entanto, a complexidade do fenômeno, que, para sua prevenção, na maioria dos aspectos, ultrapassa a capacidade resolutive de determinados setores isoladamente, necessitando de intervenções mais amplas, intersetoriais e interdisciplinares, além das ações governamentais, que possibilitem uma sociedade mais justa, igualitária, que forneça condições dignas de vida e favoreçam as adolescentes vislumbrarem outras possibilidades além da gravidez e constituição de família tão precocemente.

Conclui-se que a gravidez na adolescência, em consequência de sua elevada incidência, principalmente nas comunidades menos favorecidas socioeconomicamente, continua constituindo-se um tema relevante e atual, o qual merece atenção de todos os segmentos responsáveis pela assistência aos adolescentes, englobando profissionais da saúde, educação, assistência social, dentre outros, que deverão atuar, situando em suas práticas as diversas políticas de proteção aos adolescentes, garantindo-lhes acesso a todos os recursos disponíveis que visem a melhoria de sua qualidade de vida.

A gestante adolescente necessita do suporte dos profissionais de saúde, devendo-se respeitar e entender sua opção e procurar fortalecê-la para que compreenda esse processo e consiga superar os conflitos consigo mesma, com seu parceiro e membros familiares, para melhor vivenciar a maternidade e torná-la um ponto positivo em sua vida.

Há necessidade de se qualificar os profissionais que trabalham junto aos adolescentes, para que forneçam uma assistência qualificada e direcionada, oferecendo adequado acolhimento e buscando formação de vínculos, com vistas à promoção da saúde em todos os seus aspectos, não focalizando apenas na questão de como evitar a gravidez, mas também buscando meios de promover a valorização da pessoa humana, oferecendo-lhes conhecimentos para que possam decidir com a devida consciência e a solicitada responsabilidade o melhor momento de engravidar. Torna-se relevante que os profissionais de saúde desenvolvam em suas práticas mecanismos que possam identificar junto aos adolescentes e seus familiares as situações que vulnerabilizam as jovens à gravidez, para orientá-las e intervir, visando à prevenção.

Entende-se que os achados deste estudo oferecem uma compreensão da particularidade da gravidez na adolescência em comunidade de baixa renda, fornecem subsídios para discussão sobre a temática e trazem elementos que favoreçam adequação das práticas nas unidades básicas de saúde ao público adolescente, proporcionando o desenvolvimento de uma assistência direcionada, humanizada e holística, incluindo ações de promoção da saúde da população adolescente.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 375-417.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.

BERTONI, N. et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1350-1360, 2009.

BORGES, J. M. et al. Gravidez na adolescência: percepções e perspectivas. **Revista Estudos**, v. 36, n. 1/2, p. 171-189, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 30 ago. 2013.

CARVALHO, G.; MERIHI, M.; JESUS, M. C. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2009.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B.; CAMARGOS, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29, n. 2, p. 389-407, 2012.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 23, n. 1, p. 84-91, 2003.

DIAS, A. C. G. et al. O significado da maternidade na adolescência para jovens gestantes. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 3, n. 6, p. 153-167, 2011.

DINIZ, E.; KOLLER, S. H. Fatores associados à gravidez em adolescentes brasileiros de baixa renda. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 305-314, 2012.

FORTALEZA (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de inscrições realizadas no período-gestantes**. Fortaleza, 2012a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Atesto Municipal de funcionamento das equipes de saúde da família e de saúde bucal-SER VI**. Fortaleza: Secretaria Executiva Regional VI, 04 out. 2012b.

HEILBORN, M. L. et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, v. 8, n. 17, p. 13-45, 2002.

HOGA, L. A. K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 280-286, 2008 .

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar-PENSE**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1525>. Acesso em: 11 mar. 2013.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade Adolescente. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 251-263, 2008.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2008.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 312-320, 2008.

NOVELLINO, M. S. F. Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 299-318, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **La salud de losjóvenes: un reto y una esperanza**. Geneva, 1995. Disponível em: <<https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/37632>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, S335-S343, 2003. Suplemento 2.

QUEIROZ, D. T. **Fatores individuais, sociais e familiares associados à vulnerabilidade de Adolescentes à gravidez**. 2013. 170f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/4602>>. Acesso em: 3 dez. 2013.

RUZANY, M. H. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 21-25.

SANTOS, C. A. C. dos; NOGUEIRA. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Rev. Adolescência e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 48-56, 2009.

SOUZA, T. A. et al. Gravidez na adolescência: percepções, comportamentos e experiências de familiares. **RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 794-804, 2012.

AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO COM A SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Edna Albuquerque Brito

Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Gleice Fernandes de Sousa

Raimunda Nonata Soares da Silva

Débora de Fátima Mendonça Santos Cavalcanti

INTRODUÇÃO

O cuidado faz parte da vida do ser humano desde a origem da humanidade, como resposta ao atendimento às necessidades na dimensão ontológica ou espiritual; a vida é singular e deve ser vivida intensamente. Para Costenaro e Lacerda (2002, p. 29),

ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela sobrevivência e percorre toda a humanidade.

Com o desenvolvimento do conhecimento científico, passado de geração em geração, surgiram novas disciplinas das mais variadas áreas do saber, como: ciências humanas, antropológicas, sociais, tecnológicas, dentre outras. Consequentemente, o homem evoluiu e o cuidado o acompanhou. Assim, esses novos saberes em prol da vida humana foram continuamente absorvidos e incorporados.

As práticas de saúde, realizadas desde o início dos tempos, deram origem aos cuidados de Enfermagem. A profissão surgiu do desenvolvimento e da evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. As práticas de saúde instintivas foram

as primeiras formas de prestação de assistência. Em um primeiro estágio da civilização, essas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência estando, na sua origem, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano de fundo as concepções evolucionistas e teológicas. Entretanto, como o domínio dos meios de cura passaram a significar poder, o homem, aliando esse conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele (GIOVANINE, 2010).

Na trajetória histórica da humanidade, a compreensão da loucura pela sociedade e pela ciência passou por intensas modificações, com vários significados e explicações no imaginário social. Na antiguidade, predominou uma era mágico-religiosa, com concepções acerca das possessões demoníacas, do sobrenatural e dos castigos divinos. Depois, no século XIX, surgiu a era moralista e higienista que convergia para o isolamento e as intervenções terapêuticas realizadas em instituições asilares (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009).

Foi nesse panorama, no interior do manicômio, que surgiu a Enfermagem brasileira. No entanto, sua origem não tinha o objetivo de melhorar a assistência aos indivíduos internados, mas vigiar, controlar e puni-los em seus atos, de maneira a legitimar essa prática sob a égide de um conhecimento que mantém a “neutralidade científica”. Nesse modelo tradicional, inexistiam trocas sociais entre trabalhadores e usuários no atendimento, como comunicação, afetividade e acolhimento. Era impossível, por exemplo, o enfermeiro estabelecer uma relação terapêutica com os portadores de transtorno mental. Esses não recebiam tratamento digno, muitas vezes eram tratados com violência; e, por não serem estimuladas, todas as suas potencialidades eram reduzidas até se tornarem incapazes de regressar ao convívio social (ANDRADE; PEDRÃO, 2006).

Segundo Mendes e Castro (2005), o final dos anos 1970 e o início de 1980 foram períodos marcados pelo final da ditadura e reorganização da sociedade; período esse considerado como o primeiro momento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em um segundo

momento, principalmente no período político da Nova República, o movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica incorporou-se ao aparelho do Estado, e a crítica original da cientificidade da Medicina/Psiquiatria e da neutralidade da ciência cedeu espaço à ideia de que uma nova administração estatal resolveria os problemas de saúde/saúde mental da população.

Desse modo, compreende-se que a Reforma Psiquiátrica foi um movimento dentro do processo histórico/evolutivo do cuidado ao doente mental e que se constitui pela crítica ao paradigma, psiquiátrico clássico e pelas práticas que transformam/superam esse paradigma, no contexto brasileiro, a partir do final da década de 1970.

De acordo com Oliveira e Fortunato (2003), a Psiquiatria via o isolamento como um meio de tratamento, ou seja, o “louco” devia ser afastado de tudo aquilo que pudesse provocar alienação, assim ele deveria ficar distante da família, dos amigos e da sociedade. Dessa forma, o asilo era o destino certo de todo aquele indivíduo que sofria de mal psíquico e era considerado um excelente lugar para sua submissão à moral imposta pela sociedade à época.

Na concepção de Zgiet (2013), as transformações ocorridas no que se refere ao trabalho em saúde mental sempre foram e serão um desafio; trata-se de um trabalho marcado por frustrações que vão da cronificação do quadro do usuário, cuja doença se pretende tratar, até a impossibilidade de controle do processo de trabalho. A forma como os serviços são organizados e a expectativa quanto à relação dos servidores com os pacientes também são fatores capazes de corroborar as dificuldades do cotidiano dos profissionais de saúde.

Segundo Monteiro e Silva (2011), a assistência de Enfermagem, no ambiente hospitalar psiquiátrico, era caracterizada pelo uso da repressão, punição e vigilância. O sujeito de sua atenção não recebia tratamento digno, sendo tratado, muitas vezes, com violência, sem estímulo; suas potencialidades eram reduzidas até tornarem-se incapazes de retornar a viver em sociedade.

Nesse contexto, a família acreditava que o doente mental ao ser internado estaria recebendo o tratamento mais adequado, sob a responsabilidade de profissionais capacitados. Os trabalhadores de enfermagem que atuavam em hospitais psiquiátricos eram atores coadjuvantes no processo de reeducação do louco/alienado, executando apenas as ordens disciplinares emanadas dos médicos/alienistas. Dessa forma, eram destituídos de autonomia profissional, sustentando suas ações no modelo biomédico com fins segregadores, destituindo o indivíduo do seio familiar e social (MONTEIRO; SILVA, 2011).

As transformações no papel do enfermeiro psiquiátrico ocorreram concomitantes à evolução da assistência prestada nos asilos; isso é, acompanharam as transformações ocorridas na prática médica, e, paralelamente, às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas, direcionadas ao tratamento do doente mental (CAMPOS; BARROS 2000).

No final da década de 1970, surgiu o Movimento dos trabalhadores de instituições psiquiátricas, que tinha como objetivo denunciar a situação desses serviços e buscar melhorias na assistência à saúde mental (JACOBINA, 2000 apud VILELA; SCATENA, 2004). Esse movimento impulsionou uma série de discussões acerca das problemáticas levantadas e aderiu a outras esferas sociais, tais como familiares de doentes internados e a mídia, na luta por cuidados mais humanos e menos segregadores, atrelados ao modelo hospitalocêntrico. A evolução destas discussões deu origem a reforma psiquiátrica brasileira, que consiste em “um movimento histórico de caráter político, social e econômico, influenciado pela ideologia de grupos dominantes” (GONÇALVES, 2001 apud VILELA; SCATENA, 2004).

Sobre o movimento reformista iniciado pelos trabalhadores dos hospitais psiquiátricos, Zgiet (2013) afirma, em seus estudos, que esse buscava modificações do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, embora as manifestações daqueles que encabeçaram a vanguarda da reforma fossem capazes de prejudicá-los individualmente, pois, muitas vezes, esse trabalho era a única forma de sobrevivência financeira.

Porém, as condições de assistência aos doentes mentais internados eram tão precárias que motivava e incentivava a mobilização e as denúncias públicas dos maus-tratos nos tratamentos psiquiátricos vigentes.

Felizmente, a reforma psiquiátrica instituiu um novo modelo de atenção em saúde mental, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como referência no tratamento dos transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, substituindo o modelo asilar. Essa nova estrutura de assistência psiquiátrica visa, sobretudo, o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, até então considerados doentes mentais, com garantia de acesso ao trabalho, lazer, exercícios de direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS têm um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, direcionados às políticas e programas de saúde mental, com intuito de diminuir as internações e mudar o modelo de assistência dispensado ao doente mental.

Para Vieira Filho (2011), a substituição dos Manicômios pelos CAPS trouxe um problema chamado “síndrome da institucionalização”, em especial àqueles pacientes que vinham de recidivas internações e que tinham perdido os vínculos familiares e sociais, os quais apresentam maiores dificuldades para sua reinserção social e capacitação ocupacional. As relações familiares desses pacientes são, geralmente, bastante conflituosas, pois a segregação do ente familiar em uma instituição psiquiátrica garante uma pseudo tranquilidade para o núcleo familiar.

Portanto, a desinstitucionalização gerou impactos emocionais e sociais na vida de pacientes que tinham um vasto histórico de longos períodos de internações e sucessivas reinternações, com consequente perda de vínculos familiares, que, por sua vez, se desobrigavam dos cuidados de seus doentes mentais. A família passou a ter papel central no novo modelo de atenção em saúde mental, sendo um dos pilares das modalidades terapêuticas operadas pelos CAPS, com a inserção da família e da sociedade no tratamento e na recuperação do doente mental. A reforma psiquiátrica e o novo modo de assistir trouxe,

antes de tudo, o retorno do sujeito/usuário a sua situação de liberdade e de direitos de cidadão, passando de uma relação de tutela a relação de contrato (terapêutico) entre cidadãos (VIEIRA FILHO, 2011).

Evidencia-se, por meio deste levantamento integrativo, que as dificuldades da Enfermagem para com a saúde mental não são a falta de cientificidade, mas, sim, a carência de informações sobre como se deve atuar junto ao doente mental, bem como o papel do profissional da Enfermagem, dentro dos Centros de Assistência à Doença Mental pouco discutida na vida acadêmica.

Compreende-se, diante desses estudos, que a evolução psiquiátrica andou lado a lado com a evolução das práticas de Enfermagem; porém fica clara a importância de uma formação especializada, visto que a atuação da Enfermagem nessa área requer conhecimentos específicos (TOLEDO, 2004).

Dessa forma, baseado na temática anteriormente abordada, esta pesquisa tem como questão norteadora: como se deu a evolução das práticas de Enfermagem dentro do processo de desinstitucionalização manicomial?

Assim, esta pesquisa tem como objetivos identificar as publicações em bases de dados sobre as práticas de Enfermagem no cuidado à saúde mental e descrever as práticas de Enfermagem no cuidado à saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa em que se buscou a reunião e o aprofundamento de informações sobre a saúde mental e a Enfermagem, de modo a compreender como vem sendo construído esse corpo de conhecimentos. Foi realizada de acordo com as etapas de: elaboração da questão de pesquisa; busca na literatura; extração de dados; avaliação dos estudos; análise e síntese dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

Para a elaboração desta revisão integrativa, foram consultados dois periódicos indexados ao *SciELO (Scientific Electronic Library On-line)* e ao *LILACS (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde)* e páginas do Ministério da Saúde que tratavam do tema proposto. Foram utilizados os seguintes descritores: enfermagem; saúde mental, práticas e cuidados. Para tanto, incluímos publicações acerca do tema no período de 2000-2014. Foram escolhidos como critérios de inclusão artigos completos, na língua portuguesa, e que responderam aos objetivos do estudo. E, como critérios de exclusão, artigos incompletos (resumos), artigos disponíveis apenas na língua inglesa e espanhola e fora do recorte temporal de 2000-2014.

Foram consideradas as publicações relacionadas ao cuidado de Enfermagem na saúde mental e a evolução das práticas de Enfermagem. A escolha dos artigos foi realizada mediante uma leitura prévia dos resumos, a fim de confirmar a temática proposta.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e uso dos descritores, foram encontrados 1.579 artigos voltados para o tema; entretanto, desse total, apenas dezenove artigos serviram de subsídios para dar embasamento aos assuntos abordados/correlacionados. No *SciELO*, foram encontrados oitenta e cinco artigos, mas apenas dez estavam conforme a temática proposta. No *LILACS*, foram encontrados 137 artigos, dos quais apenas nove enquadravam-se na temática. Para a organização dos dados, realizou-se o fichamento bibliográfico, técnica que possibilitou às pesquisadoras maior compreensão acerca da temática abordada no estudo. Tal fichamento foi utilizado para identificar as obras, conhecer seus conteúdos, fazer citações, analisar o material didático, elaborar críticas, auxiliar e embasar a produção dos textos deste estudo científico (GIL, 2002).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados nas bases de dados um total de 1.579 artigos indexados com as palavras enfermagem/cuidado e saúde mental. Após a avaliação dos critérios de inclusão, artigos que estivessem dentro da temática proposta, restaram apenas dezenove artigos que compuseram os resultados deste trabalho.

As informações contidas nos artigos utilizados na pesquisa fazem referência à evolução do cuidado de Enfermagem aos pacientes com transtorno mental e à participação da assistência de Enfermagem no processo de desinstitucionalização manicomial. E essa foi realizada por meio de uma leitura minuciosa, utilizando os seguintes artifícios: leitura informativa, que consiste na leitura exploratória dos artigos para saber qual o assunto em discussão; leitura seletiva, que prioriza na seleção dos artigos sua importância para a pesquisa em estudo, excluindo aqueles que não se encaixam nos critérios de inclusão; leitura crítica ou reflexiva, buscando melhor compreender a evolução da assistência de Enfermagem ao doente mental.

Assim, no Quadro 1, a seguir, encontram-se dispostos todos os estudos, com respectivos títulos, e os autores que fizeram parte da amostra final do estudo.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES
Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado	AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N.; GAUDÊNCIO, M. M. P.
Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica	ANDRADE; R. L. P.; PEDRÃO, L. J.
Reflexão sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental	CAMPOS, C.M.S.; BARROS, S.
História da enfermagem: o desenvolvimento histórico das práticas de saúde	GIOVANINE, T. et al .

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES
Sistematização do cuidado em enfermagem. Texto Contexto Enfermagem	HIRDES A.; KANTOSKI L.P.
O aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na atenção básica	MIYAI, F.T.; BARROS, S.; CORTES, J.M.
A enfermagem não é mais uma profissão submissa	ANDRADE, A. de C.
A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental	VILELA, S. de C.; SCATENA, M. C. M.
Enfermeiro de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área	VAGAS, de D.; DUARTE, F. A. B.
Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica na reabilitação psicossocial	TOLEDO, V. P.
Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental	SOUZA, Â. M. A. et al.
Acadêmicas do 5º semestre de enfermagem. A atuação dos membros da equipe multidisciplinar no centro de atenção psicossocial (CAPS) em Barreiras-BA	PICÃO, V. et al
Ramos IC. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial para o cuidado	PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.
Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento	PAES, M.R. et al.
Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem	OLIVEIRA, F.B.; FORTUNATO, M.L.
Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar?	ZGIET, J.
Sofrimento e desinstitucionalização. Construindo redes de apoio em saúde mental	FILHO, N.G.V.
A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem	SILVA, K.V.L.G.; MONTEIRO, A.R.M.
Conhecimento do enfermeiro e seu papel em Psiquiatria	MENDES, T.H.; CASTRO, R.B.R.C.

Quadro 1 – Títulos dos artigos/autores utilizados na amostra final do estudo

Fonte: Elaboração das autoras.

A desinstitucionalização manicomial trouxe consigo mudanças positivas e, conseqüentemente, a criação de centros de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais, trazendo a pessoa doente, que antes era excluído, para a ressocialização e o convívio social.

Diante da origem desses Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seu quadro funcional ganhou nova dimensão, fazendo, assim, surgir a Equipe Multidisciplinar, constituída de profissionais de diversas áreas que exercem suas práticas de saúde de forma diferenciada, desencadeando, assim, melhor direcionamento no papel de cada um dentro da instituição em prol da melhoria dos cuidados e recuperação do doente mental. A mencionada equipe é composta por Enfermeiro, Psiquiatra, Psicóloga, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Farmacêutica, Auxiliar/Técnico em Enfermagem e pessoas de apoio (Auxiliar Administrativo, Cozinheira, Auxiliar de cozinha, Recepcionistas, Auxiliar de Serviços Gerais e Porteiro), que tem como finalidade normalizar e padronizar os procedimentos e condutas profissionais dentro do Centro de Atenção (PICÃO, 2003).

Segundo Souza et al. (2000), o surgimento desses Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) fez com que a Enfermagem deixasse de ter apenas o papel de supervisão e passasse a ser vista como uma peça importante na atenção ao doente mental e na Equipe Multidisciplinar. Essa importância deu-se a partir do momento que a Enfermagem deixou a metodologia empírica para basear-se no conhecimento científico.

Segundo Paes et al. (2010), dispensar maior tempo ao paciente é uma característica da prática de Enfermagem que a diferencia das demais profissões da saúde. Assim, os profissionais de enfermagem devem valer-se dessa condição e envidar esforços para promover o bem-estar do ser humano. Para tanto, se faz necessário ter a capacidade de perceber suas necessidades nos diferentes momentos da vida e buscar supri-las mediante a oferta de cuidado qualificado.

O referido autor relata ainda que, apesar de o profissional da Enfermagem estar com sua atenção de cuidado tão direcionada

ao paciente, diariamente, no que se refere ao doente mental, ele ainda possui dificuldade em escutá-lo, pela falta de treinamento para ouvir e entender os anseios, medos, tensões e sofrimentos do doente mental; aspecto esse que cria uma barreira entre o cuidado do profissional da Enfermagem e o paciente (doente mental); criando, desse modo, concepções equivocadas sobre as pessoas com transtorno mental, influenciando de forma negativa no desenvolvimento do cuidado.

Na concepção de Pontes, Leitão e Ramos (2008), o cuidado de Enfermagem não existe sem a interação sustentada pela comunicação entre o enfermeiro/equipe e Enfermagem/paciente. Nesse sentido, a abordagem inicial da pessoa com transtorno mental deve ser desenvolvida e sustentada na comunicação terapêutica, visto que auxiliará na efetivação do vínculo necessário para a continuidade da prática de cuidado.

As novas funções da Enfermagem para com a saúde mental estão voltadas para a prevenção da enfermidade mental, na capacidade de assistir ao paciente, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrar o verdadeiro sentido da enfermidade mental. Para o enfermeiro realizar suas funções, deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de Enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico (HIRDES; KANTORSKI, 2000).

De acordo com Miyai, Barros e Cortes (2013), dentro das novas funções da Enfermagem frente à doença mental, está o domínio do relacionamento terapêutico, que consiste no desenvolvimento de uma relação de confiança e comunicação com o paciente mental. E isso permite que o enfermeiro utilize essa tecnologia não somente no cuidado às pessoas com doença mental, mas em outras áreas da profissão. Essa ferramenta permite o resgate da essência da Enfermagem que lida com o sofrimento humano e não somente com sua doença.

Segundo Toledo (2004), a Enfermagem propicia prever e avaliar as consequências das intervenções, oferecendo, assim, ao indivíduo

com problema mental, o que de fato é responsabilidade da profissão, o pano de fundo para uma boa prática profissional.

Segundo Hirdes e Kantoski (2000), a sistematização da Enfermagem foi um acontecimento muito importante na evolução dos cuidados de Enfermagem para com a saúde mental, pois, a partir de então, esses profissionais que não tinham suas práticas nos centros terapêuticos reconhecidos passaram a ser vistos como profissionais de grande importância na assistência ao doente mental. A inquietação sobre a loucura levou a Enfermagem a buscar explicações por meio de dois discursos: o psiquiátrico, que é basicamente organicista, predominante até o momento, e o psicológico, com ênfase nos aspectos comportamentais das relações humanas, que aconteceram no final dos anos 1960. A partir dessas transformações sociopolíticas e dessa nova linha de conhecimento, desenvolvida pela Enfermagem, a profissão passou a ser reconhecida como elemento integrante da equipe psiquiátrica e o profissional dessa área a ser respeitado.

Os aspectos evolutivos apontados por Hirdes e Kantoski (2000), além de serem importantes por tratarem do reconhecimento das práticas de Enfermagem, demonstram como a sistematização dessas práticas tornou o profissional de saúde mais capacitado, seguro e visto como uma peça importante na Equipe Multidisciplinar dos centros terapêuticos.

De acordo com Andrade (2007), a prática de Enfermagem era camuflada, pois todas as ações da Enfermagem eram baseadas no modelo mecanicista, por meio do qual a Medicina era vista como um nível de conhecimento científico superior à Enfermagem, apesar de ambas terem surgido paralelamente. No entanto, posteriormente, esse autor descreve a importância da busca pela cientificidade das práticas de saúde que o enfermeiro desenvolveu ao longo do tempo, suas técnicas, conhecimentos e habilidades que tornaram suas ações mais minuciosas, com bases científicas e reconhecidas pela sociedade.

A falta de cientificidade que predominava na Enfermagem em tempo remoto era associada tanto às práticas de saúde quanto

à linguagem que os enfermeiros utilizam durante a realização de seus procedimentos. Essa linguagem utilizada pelos profissionais tinha como finalidade o bom entendimento da Enfermagem para com o enfermo, porém alguns pesquisadores associavam essa linguagem enfermeiro/paciente à falta de cientificidade das práticas de saúde.

Em concordância com os pesquisadores citados anteriormente, Vilela e Scatena (2004) descrevem a importância da evolução das práticas de Enfermagem e sua relevância para com a saúde mental. As autoras afirmam ainda que as funções da Enfermagem atualmente se encontram focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade, seja ela qual for, na ajuda ao doente para enfrentar as depressões da enfermidade mental e na capacidade de assistir ao paciente, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrar o verdadeiro sentido da enfermidade mental. Descrevem ainda quais habilidades o enfermeiro deve possuir para realizar suas funções com eficácia, como, por exemplo: usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de Enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico.

Torna-se evidente, segundo as autoras, que a sistematização tornou a Enfermagem mais científica e centrada nas ações e “libertou” essas práticas de saúde do modelo mecanicista.

Um levantamento de dados (estudo exploratório, de cunho qualitativo) – realizado por Vargas e Duarte (2011), com profissionais da área da Enfermagem que atuam em centros terapêuticos especificamente o CAP’S AD – demonstra que a Enfermagem recebeu durante sua formação poucas instruções e treinamentos específicos sobre suas funções dentro desses centros, tornado, assim, a assistência da Enfermagem ineficiente, para com os pacientes que buscam tratamento; anomalia essa associada à falta de conhecimento científico.

Vários enfermeiros foram entrevistados e a maioria deles possuía formação na área da Saúde Mental, porém essa mesma maioria demonstrava pouco domínio de conhecimento, no que diz respeito ao álcool, drogas e psicoativos, deixando, assim, bem clara a pouca importância do conhecimento com a saúde mental em seus currículos acadêmicos.

O resultado desse levantamento mostra que todo o conhecimento científico, teórico e prático adquirido pela Enfermagem advém da troca de experiência dentro do próprio serviço. Entre os membros da equipe, mencionou-se como uma das fontes de conhecimento, pelos enfermeiros, um resultado que é consistente com estudos realizados anteriormente, quando também foi constatado que os profissionais ajudam uns aos outros, em razão da carência de informações e treinamentos na sua formação, evidenciando a pouca importância desses conhecimentos na vida acadêmica e posteriormente na grade curricular.

Não foi encontrado nenhum artigo de revisão sistemática. Contudo, foram analisados dezessete artigos de pesquisa que descreviam como a Enfermagem evolui concomitante à evolução da saúde mental; ressaltam ainda que a sistematização da assistência de Enfermagem viabilizou para a profissão maior autonomia na realização de seus cuidados e ganhou importância dentro da Equipe Multidisciplinar. Os outros dois artigos eram relatos de experiência, em que seus pesquisadores se infiltraram nos Centros de Atenção Psicossocial para analisar a qualidade da atenção da Enfermagem para com os doentes mentais e verificar qual o nível de conhecimento desses profissionais acerca do papel que exercem dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Notou-se maior número de publicações no ano de 2011, o que nos remete à ideia do interesse pelo estudo aprofundado e ao conhecimento acerca do processo evolutivo do cuidado da Enfermagem frente ao doente mental, por ser sua atuação nos Centros Manicomial até hoje algo recente. Entretanto, foram também observadas publicações do ano de 2000 e isso coincide com o desenvolvimento ao qual a saúde mental tem sido submetida, e a evolução das práticas terapêuticas

por parte da Enfermagem dentro desses centros, bem como a abertura das residências terapêuticas, que se constituem alternativas de moradia para grande contingente de pessoas internadas há anos em hospitais psiquiátricos, por não contarem com suporte adequado na comunidade, além de essas residências poderem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contam com suporte familiar nem social suficientes para garantir espaço adequado de moradia, como demonstrado no Quadro 2 a seguir.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	INDEX	ANO
Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado	AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N.; GAUDÊNCIO, M. M. P.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2009
Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica	ANDRADE; R. L. P.; PEDRÃO, L. J.	Revista Latino- -Americana de Enfermagem	2006
Reflexão sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental	CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S.	Revista Escola de Enfermagem da USP	2000
História da enfermagem: o desenvolvimento histórico das práticas de saúde	GIOVANE,T. et al	Revinter	2010
Sistematização do cuidado em enfermagem. Texto Contexto Enfermagem	HIRDES A.; KANTOSKI L.P.	Texto Contexto Enfermagem	2000
O aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na atenção básica	MIYAI, F.T.; BARROS, S.; CORTES, J.M.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2013
A enfermagem não é mais uma profissão submissa	ANDRADE, A. de C.	Revista Brasileira de Enfermagem	2007

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	INDEX	ANO
A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental	VILELA, S. de C.; SCATENA, M. C. M.	Revista Brasileira de Enfermagem	2004
Enfermeiro de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área	VAGAS, de D.; DUARTE, F. A. B.	Texto Contexto Enfermagem	2011
Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica na reabilitação psicossocial	TOLEDO, V. P.	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	2004
Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental	SOUZA, Â. M. A. et al.	Texto Contexto Enfermagem	2000
Ramos IC. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial para o cuidado	PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.	Revista Brasileira de Enfermagem	2008
Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento	PAES, M.R. et al.	Revista Brasileira de Enfermagem	2010
SAÚDE MENTAL: reconstruindo saberes em enfermagem	OLIVEIRA, F.B.; FORTUNATO, M.L.	Revista Brasileira de Enfermagem	2003
Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar?	ZGIET, J.	Revista Saúde em Debate	2013
Sofrimento e desinstitucionalização construindo redes de apoio em saúde mental	FILHO, N.G.V.	Revista Mal-Estar e Subjetividade	2011
A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem	SILVA, K.V.L.G. MONTEIRO, A.R.M.	Revista Escola de Enfermagem da USP	2011
Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria	NDES, T.H.; CASTRO, R.B.R.C.	Revista de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro	2005

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	INDEX	ANO
Acadêmicas do 5º semestre de enfermagem. A atuação dos membros da equipe multidisciplinar no centro de atenção psicossocial (CAPS) em Barreiras-BA	PICÃO, V. et al	Revista Brasileira de Enfermagem	2003

Quadro 2 – Relação de artigos segundo o ano de publicação e index.

Fonte: Elaboração das autoras.

Dentre os recursos utilizados, o periódico *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, indexado ao *SciELO (Scientific Eletronic Library On-line)*, foi o que mais contribuiu para a busca na literatura nacional. Todos os artigos são de origem brasileira e foram publicados por enfermeiros doutores, mestres e especialistas que atuam na docência. Isso enfatiza o desenvolvimento das pesquisas conjuntas entre acadêmicos e centros terapêuticos.

Conclui-se que o levantamento de dados realizado no *SciELO* em forma de artigo demonstrou, segundo os dados coletados, que há baixa incidência de publicações acerca do tema proposto, evidenciando-se, de modo geral, uma carência de estudos na área de Assistência de Enfermagem à Saúde Mental. Portanto, o desenvolvimento de estudos nessa área constitui-se uma necessidade, principalmente, pela mudança de paradigma no modelo de assistência à saúde mental, agora com uma tendência não mais centrada no cuidado primitivo do enfermo, mas na saúde e na incorporação da família nesse processo de reabilitação.

Por fim, apesar de evidenciar-se um aumento de estudos com enfoque no cuidado à saúde mental e na desinstitucionalização dos manicômios, uma pequena parcela de enfermeiros e profissionais se sensibiliza para com a importância do tema. Torna-se, assim, de

total relevância um conhecimento teórico/científico por parte da Enfermagem, visto que a evolução de sua prática de saúde ocorreu concomitante à Reforma Psiquiátrica que elevou o nível profissional da Enfermagem diante da sociedade e de sua importância na reabilitação dos doentes de saúde mental com a nova visão da Enfermagem para enfermeiro psiquiatra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática de Enfermagem no contexto da doença mental deve ser criativa, flexível, com finalidade de possibilitar aumento de habilidades, de autonomia do usuário do serviço de atenção à saúde mental, não mais voltada exclusivamente à remissão de sintomas.

Por isso, enfermeiros (as) precisam rever sua formação; apontar para novas posturas frente ao sujeito e seu sofrimento psíquico; ampliar conhecimentos para além dos adquiridos na graduação; compartilhar efetivamente práticas e saberes subjacentes a essas práticas, com outros campos disciplinares.

A incipiência de publicações sobre o processo evolutivo do cuidado do profissional da Enfermagem ao portador de transtornos mentais torna imprescindível o maior interesse no desenvolvimento de pesquisas e novos estudos por parte de estudantes e profissionais da Enfermagem.

Enfatize-se, portanto, a evidência do grande problema da prática de Enfermagem no que se refere a essa assistência. Tal problema consiste no pouco conhecimento e no preparo que este profissional não possui e, certamente, necessita. Fato que torna clara a necessidade de buscar esse conhecimento por meio de mais pesquisas na área, com a finalidade de se enriquecer a literatura voltada a assistência de Enfermagem no cuidado com a saúde mental.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. de C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa.

Rev. Bras. de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 1. jan./fev. 2007.

ANDRADE; R. L. P.; PEDRÃO, L. J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 737-742, set./out. 2006.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N.; GAUDÊNCIO, M. M. P. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado.

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 485-491, jul./set. 2009.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexão sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev. Esc. Enf., USP**, São Paulo, n. 3, p. 34, set. 2000.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidado?** 2. ed. Santa Maria: Unifra, 2002.

GIOVANINE, T. et al. **Historia da enfermagem: o desenvolvimento histórico das praticas de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010. p. 7-19.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HIRDES A.; KANTOSKI L. P. Sistematização do cuidado em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, maio 2000.

MENDES, T. H.; CASTRO, R. C. B. R. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. **Rev. Enferm.**, UNISA, n. 6, p. 94-98, 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e contexto enferm.** V. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

MONTEIRO, A. R. M; SILVA, K. V. L. D. da. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 45, n. 5) p. 1237-1242, 2011.

MIYAI, F. T.; BARROS, S.; CORTES, J. M. O aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na atenção básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 94-101, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.37887>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 67-70, 2003.

PAES, M. R. et al. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 2, p. 309-316, abr./jun. 2010.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial para o cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 3, p. 31-8, 2008.

PICÃO, Vanessa et al. (Acadêmicas do 5º sem. de Enfermagem). A atuação dos membros da equipe multidisciplinar no Centro de Atenção psicossocial (CAPS) em Barreiras-BA. **Rev. Bras. Enferm.**, Faculdade São Francisco de Barreiras, 2003.

SOUZA, Â. M. A. et al. Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. **Revista Texto e Contexto**, jan. 2000. Disponível em: <[HTTP://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.Phtml?id=887891](http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.Phtml?id=887891)>. Acesso em: 10 ago. 2011.

TOLEDO, V. P. **Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica na reabilitação psicossocial**. Ribeirão Preto, 2004. 143f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VAGAS, de D.; DUARTE, F. A. B. Enfermeiro de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 119-26, jan./mar. 2011.

VIEIRA FILHO, N. G. Sofrimento e desinstitucionalização. Construindo redes de apoio em saúde mental. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 309-333, mar. 2011.

VILELA, S. de C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 6, p.738-741, dez. 2004. ISSN 0034-7167.

ZGIET, J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar? **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 313-323, abr./jun. 2013.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE: UMA REFLEXÃO SOBRE AS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS ATUAIS

José Jeová Mourão Netto

Maria Socorro de Araújo Dias

Natália Frota Goyanna

Geilson Mendes de Paiva

Paulo Ricardo Vasconcelos

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a segunda década da vida, compreendendo a faixa etária de 10 a 19 anos (UNICEF, 2011), o que difere do Estado Brasileiro, o qual, em sua legislação, refere-se à adolescência como o período compreendido entre 12 a 18 anos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003).

Concorda-se com estudiosos da área quando relativizam que a adolescência não se limita a um corte cronológico, constituindo-se em um período da vida humana caracterizada por uma série de transformações de cunho biológico, sociológico e psicológico. Tal contexto impõe ao adolescente a necessidade de adaptação às outras dimensões para integrá-las no seu cotidiano (FERREIRA et al., 2007; GUBERT et al., 2013; MANDÚ, 2006). Essas mudanças que naturalmente ocorrem, aliadas a um acelerado crescimento físico, geram alterações de comportamento e instabilidade na forma de se relacionar, pensar e agir (CROSSETI, 2009).

Nesse contexto, essas transformações constituem a síndrome da adolescência normal, que se caracteriza pela busca de identidade, pela tendência grupal, pelo desenvolvimento do pensamento

conceitual, pela vivência temporal singular e pela evolução da sexualidade. Tais características situam os adolescentes num contexto de vulnerabilidade, muitas vezes, podendo estar associado ao desejo de autoafirmação, como consequência, descobertas e acontecimentos vividos nessa fase poderão repercutir ao longo da vida adulta (ALMEIDA; CENTA, 2009; UNICEF, 2011).

Estatísticas evidenciam a expressiva representatividade desse segmento populacional, perfazendo um total de 1,2 bilhão de adolescentes no mundo, sendo 34 milhões só no Brasil, representando 18% da população, sinalizando a dimensão do desafio que se apresenta para a saúde pública (UNICEF, 2011).

Os marcos legais que norteiam as ações voltadas aos adolescentes no Brasil têm seu nascedouro na Constituição Federal de 1988, sendo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) elaborado para regulamentar, em 1990, as conquistas asseguradas a crianças e adolescentes pela Constituição. O ECA representou uma mudança no paradigma da atenção à saúde desse grupo, trouxe uma nova concepção de direitos sociais, dentre eles a saúde, e teve como objetivo transformar crianças e adolescentes em sujeitos de direito, com prioridade absoluta (NESA, 2012).

Consonante com as novas estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde, assentadas na Promoção da Saúde, as Políticas Públicas voltadas para a Atenção à Saúde do Adolescente também se encontram em constante reestruturação, haja vista as mudanças dos contextos político, social e econômico no Brasil e no mundo.

Assim, torna-se necessário um novo arranjo dos serviços de saúde para atender às necessidades dos adolescentes, uma vez que esse grupo populacional deve receber maior atenção dos serviços, pois apresentam um grande potencial: (1) compreendem uma força demográfica, pois representam 1,2 bilhão de pessoas no mundo; (2) são uma força econômica, pois contribuem significativamente como força de trabalho, seja ele remunerado ou não e (3) são o futuro da saúde,

uma vez que compreende um período de formação e talvez a única oportunidade para mudar o comportamento e as atitudes sociais (OMS, 2002).

Nesse contexto de busca de novos artifícios para se concretizar a Atenção à Saúde do Adolescente, algumas estratégias apresentam um grande potencial para uma contribuição contundente. As diretrizes para Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ), a Estratégia 5S e o Programa Saúde na Escola (PSE), atualmente, se configuram como estratégias de grande repercussão, sendo a primeira e a segunda no contexto mundial e a terceira no panorama nacional.

Nesse contexto, o objeto deste estudo envolve a sistematização do conhecimento sobre estratégias desenvolvidas para fornecer atenção ao adolescente. Nesse sentido, o trabalho pode contribuir para subsidiar a discussão sobre avanços na atenção a saúde do adolescente, bem como concorrer para a disseminação de um conhecimento que encerra novidade, podendo servir para uma orientação inicial para serviços e profissionais que desejem implantar ou implementar novas estratégias para subsidiar atenção a esse público.

O artigo intenta sinalizar as políticas e as abordagens atuais, de maior amplitude e repercussão, no âmbito nacional e internacional no contexto da saúde do adolescente, subsidiando reflexões sobre as políticas empregadas a esse público.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de atualização, de caráter descritivo, com uma abordagem qualitativa e reflexiva acerca das políticas e das estratégias mais atuais no contexto da saúde do adolescente. Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se pela realização prévia de uma revisão narrativa da literatura. Os textos utilizados foram escolhidos por guardarem forte relação com o objeto de estudo. Este texto se constitui

em um recorte da dissertação de mestrado intitulada *Atenção Integral à Saúde do Adolescente na Estratégia Saúde da Família: desenvolvimento de um instrumento para subsidiar uma prática*, do programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Após a análise, se destacaram três grandes ações no contexto da atenção à saúde do adolescente: Programa Saúde na Escola, Estratégia 5S e Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens, que foram analisados à luz de textos de referência no âmbito da literatura nacional e internacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avanços na atenção à saúde do adolescente

Nas últimas décadas, tornou-se mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que o meio seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população. Nesse contexto, emerge a Promoção da Saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde, que contribui para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2007).

A Promoção da Saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Desde a Declaração de Genebra, em 1924, que se destinava a crianças, mas também contemplava adolescentes em alguns de seus itens, até a definição das diretrizes para Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (*Youth-Friendly Services*), que parece ser a estratégia mais atual nesta perspectiva, percebemos que muito foi produzido para tensionar uma mudança efetiva nos serviços de saúde, em uma busca por espaços mais adequados para oferecer atenção a esse público.

O quadro a seguir apresenta as várias iniciativas desenvolvidas na tentativa de redirecionar a Atenção à Saúde do Adolescente, subsidiando mudanças significativas na atenção fornecida a esse público.

ANO	MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS
1924	Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança.
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos.
1959	Declaração dos Direitos da Criança, adotado por 78 países com 10 princípios.
1979	Brasil: lei 6697. Código de Menores.
1980	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação.
1984	Convenção contra a Tortura e Outras Formas Cruéis de Degradação Humana.
1985	Regras Mínimas para Administração da Justiça da Infância e Juventude.
1986	Regras Mínimas para a Proteção dos Jovens Privados da Liberdade.
1988	Diretrizes para a Prevenção da Delinquência Juvenil. Diretrizes de Riad.
1989	Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas.
1988	Constituição do Brasil, cap. 7, artigo 227.
1990	Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança e do Adolescente no Encontro Mundial de Cúpula pela Criança das Nações Unidas.
1990	Leis Orgânicas da Saúde, 8.080 e 8.142.
1990	Estatuto da Criança e do Adolescente.

ANO	MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS
1993	Lei 8.742 de Assistência Social, LOAS.
1996	Lei 9.394 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
1996	Lei 9.623 do Planejamento Familiar, Saúde Sexual e Reprodutiva.
2000	Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil.
2001	Consenso sobre as características de Serviços Amigos de Adolescentes, Jovens, OMS.
2005	Marco Legal: Saúde um Direito de Adolescente. Editora MS: DF, Brasil.
2006	Lei “Maria da Penha”, 11.340, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e seus filhos.

Quadro 1 – Marcos históricos e legais da Atenção à Saúde do Adolescente no Brasil e no mundo. Organização em ordem cronológica.

Fonte: Eiseinstein (2007).

No entanto, não obstante, o que observamos é um considerável descompasso entre as políticas e as estratégias propostas e o que de fato é ofertado a esse grupo no âmbito dos serviços de saúde, em especial o ofertado pela Estratégia Saúde da Família, uma vez que essa política tem como princípio a promoção da saúde e também por se configurar como cenário de grande parte das políticas e programas de saúde, mas tem situado seus adolescentes à margem dessa atenção.

Programa Saúde na Escola (PSE)

No campo da saúde, partiremos do marco da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual vem se firmando como política de saúde e se constitui cenário no qual se concretizam muitas

das Políticas Públicas em Saúde, sendo considerada o centro organizador do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2007).

Dentre as iniciativas ensejadas pela ESF, encontra-se o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), criado em 1989. Esse se insere como o primeiro programa de âmbito nacional que se debruçou sobre a atenção à saúde desse segmento populacional. Porém, ao considerarmos os princípios da ESF, palco do programa – universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social – elucida-se uma contradição pelo fato da ESF não responder a contento às demandas dos adolescentes, as quais se revelam peculiares e requerem manejo de caráter mais singular (BRASIL, 2007). Tal situação pode corroborar para o distanciamento entre o adolescente e os serviços de saúde e, assim, os situar, muitas vezes, à margem desses mesmos serviços.

Nesse contexto, de acordo com Carvacho (2008), quando da análise do acesso de adolescentes grávidas aos serviços de saúde, foram encontradas poucas barreiras de acesso nas dimensões geográfica, econômica, administrativa e de informação, no entanto, o indicador psicossocial, expresso pela vergonha, medo, desconhecimento da necessidade de cuidados, questões de gênero, revelou barreiras significativas de acesso.

No entanto, embora o PROSAD buscase favorecer as ações de prevenção às doenças e incentivasse atividades de promoção da saúde, o que ainda observamos são profissionais que não estão capacitados para oferecer uma abordagem integral na atenção ao adolescente (BRASIL, 2008).

Ainda no contexto das ações institucionais do Estado Brasileiro com vistas a promover a atenção integral ao adolescente, em 2003, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram o projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE), na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos/adolescentes da rede pública de ensino,

visando o fortalecimento e a valorização das práticas no campo da promoção dos direitos sexuais, reprodutivos e da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Em 2007, o SPE foi incorporado a uma proposta de maior abrangência, o Programa Saúde na Escola (PSE), concebido com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção a agravos, promoção e atenção à saúde. Assim, o PSE amplia o escopo de atuação do SPE perpassando a dimensão da sexualidade e se estendendo para a prevenção do uso de drogas, promoção de alimentação saudável, convívio familiar, cidadania, saúde mental, dentre outras, se mostrando como um potencializador para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes (BRASIL, 2007, 2008).

No entanto, entraves ainda se apresentam na operacionalização do PSE, como evidencia Gomes (2012) em seu estudo com vistas a analisar o processo de implementação do PSE sob a ótica da intersetorialidade, visto que, por essência, esse projeto assim se configura, foram destacados os aspectos estruturais, institucionais e conceituais como as grandes dificuldades para o avanço da articulação intersetorial. Assim, entende-se que tais dificuldades afetam a base do programa, ainda que pese seu tempo de implementação, visto que a intersetorialidade deve ocorrer no desenvolvimento de todo o processo desde o planejamento.

O Ministério da Saúde corrobora com o exposto anteriormente ao considerar que sob os princípios da ESF elucida-se uma contradição, pelo fato dessa não responder a contento às demandas dos adolescentes, as quais se revelam peculiares e requerem manejo de caráter mais singular (BRASIL, 2007).

Assim, sinaliza-se para a necessidade de se repensar dinâmicas e processos para o fortalecimento dessas ações locais, de forma mais articulada e sustentável; a viabilização da capacitação de técnicos, a partir de metodologias participativas; e o estímulo à participação comunitária na construção das ações e atividades voltadas para as reais necessidades da comunidade escolar (GOMES, 2012).

Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens

Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (*Youth-Friendly Services*) representam uma estratégia desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para adequar e melhorar serviços de saúde na perspectiva do atendimento ao adolescente, com vistas a responder às necessidades específicas desse grupo populacional, tornando os serviços mais equitativos, acessíveis, aceitáveis, apropriados e efetivos (OMS, 2001).

Segundo Moleiro (2013), os componentes dos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens são: a) acesso aos serviços de saúde e oportunidade de atendimento: espaço exclusivo, bem sinalizado e com bom ambiente, horários de atendimento adequados aos momentos em que os adolescentes possam se deslocar para eles sozinhos ou acompanhados, tempo de consulta não inferior a 30 minutos, divulgação dos serviços à comunidade, mensagens nos serviços, que devem animar os adolescentes/jovens e seus pares e informar da confidencialidade no atendimento; b) profissionais e pessoal de saúde: bons conhecimentos e práticas, habilidades para a promoção da autonomia e para a tomada de decisão livre e responsável; c) procedimentos administrativos e de gestão; d) disponibilidade de uma ampla gama de serviços; e) participação dos adolescentes/jovens e da comunidade.

Ness sentido, as diretrizes que norteiam a concepção da estratégia Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens têm a finalidade de orientar tanto a criação de novos serviços específicos para esse público como também para adequar serviços já existentes, tornando-os espaços de produção da saúde mais amigáveis e convidativos aos adolescentes, concorrendo para o aumento do vínculo e potencializando as ações de saúde.

Observamos intensificação dos esforços na criação de estratégias que venham a contemplar o adolescente. Provavelmente, tal preocupação esteja associada à representação populacional desse grupo etário e também pelo fato de o adolecer compreender

uma etapa deveras importante no desenvolvimento humano, repleta de peculiaridades, dúvidas, preconceitos, ansiedades, paixões, dentre outros. Em um contexto atual, quando inserimos essa situação, o adolescer, no cenário das dinâmicas de vida, entendemos que grande parte desses adolescentes encontra-se em uma situação de vulnerabilidade iminente e constante, necessitando de orientação, apoio e empatia dos serviços de saúde, das escolas, de pais e cuidadores.

Abordagem 5S

Em uma mesma perspectiva, a OMS/Europa (2014) desenvolveu uma abordagem sistemática visando melhorar a atenção à saúde do adolescente: a abordagem 5S (*5S Approach*). Essa abordagem infere que um programa de saúde que visa contribuir para o mais alto padrão possível de saúde e desenvolvimento dos adolescentes precisa fornecer suporte, dispor de estratégias e serviços inovadores, com sustentabilidade e ter uma atuação intersetorial.

<i>Supportive</i> (suporte)	Políticas de suporte que garantam o respeito, a proteção e os direitos dos adolescentes à saúde.
<i>Strategic</i> (estratégia)	Informação estratégica para monitorar a situação de saúde e avaliar as tendências de saúde, bem como para planejar, monitorar e avaliar as políticas e intervenções.
<i>Service</i> (serviço)	Serviços-modelo que estejam adequados aos princípios dos Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens, incluindo os serviços de saúde escolar e a Atenção Primária à Saúde.

<i>Sustainability</i> (sustentabilidade)	Serviços sustentáveis, com garantia de continuidade, com a formação adequada de pessoal e mecanismos de proteção financeira.
<i>Sectorial</i> (setorial)	Abordagem multissetorial para contemplar os determinantes sociais da saúde e reduzir as desigualdades.

Quadro 2 – Aspectos a serem considerados na Abordagem 5S.9

Fonte: OMS (2014).

Embora mais abrangente que as outras duas propostas apresentadas neste texto, a abordagem 5S pode trazer uma contribuição importante para nortear as ações de novas políticas voltadas à atenção ao adolescente, não podendo também ser desconsiderada sua contribuição para a adequação de serviços já em funcionamento.

É importante considerar que os adolescentes se configuram em um grupo etário peculiar, que necessita ser conduzido adequadamente. Nesse sentido, é necessário que os recursos humanos dos serviços de saúde desenvolvam competências que permitam o oferecimento de uma atenção de qualidade, que possa contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade de vida.

Assim, a OMS (2000) infere que serviços a esse grupo etário devem ser prestados por profissionais qualificados, conhecedores dos problemas de saúde e do desenvolvimento dos adolescentes, sabendo como os abordar, pois, para esse grupo, a paciência, o respeito mútuo e uma atitude benevolente, por parte dos profissionais de saúde, são critérios muito importantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos entraves, observamos um movimento crescente de políticas e nasestratégias voltadas à saúde do adolescente, embora ainda incipiente. Desse modo, talvez o desafio que se apresente agora seja o de romper com o abismo existente entre o que se prega, representado pelos textos das políticas, suas normas e diretrizes, e o que de fato os profissionais têm capacidade para executar, uma vez que para a incorporação de novas tecnologias nos serviços seja necessário financiamento, capacitação dos recursos humanos, melhoria da estrutura física e apoio político da gestão.

O texto apresenta como limitação o fato de não abarcar demais propostas voltadas ao adolescente, que certamente existem, desenvolvidas e que não estejam disponibilizadas nas principais bases e bancos de dados científicos.

Embora essa reflexão sinalize alguns avanços, o que se mostra mais proeminente são os desafios representados pela incipiência na literatura quanto à produção científica sobre políticas de saúde e o quantitativo preocupante de iniciativas voltadas ao público adolescente, podendo ser interpretada como uma lacuna também na atenção a esse público, o que certamente compromete o enfrentamento de agravos que sabidamente mantém uma interface importante com o referido público, como as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez não planejada e o envolvimento com drogas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 71-76, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 set. 2013.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora MS, 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

CARVACHO, I. E. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 886-894, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500014>. Acesso em: 20 set. 2013.

CROSSETTI, M. de A. Avaliação da Atenção Integral à Saúde do Adolescente por Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde no Rio de Janeiro **Rev. Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 4, p. 430-435, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555334&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 set. 2013.

EISENSTEIN, E. Direitos de Saúde: é hora de implementar! In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ADOLESCÊNCIA, 10, 2007. Foz do Iguaçu. **Aula expositiva...** Paraná, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2007.

FERREIRA, M. A. et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-224, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a02v16n2.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **Situação Mundial da Adolescência**: resumo executivo. 2011. Disponível em: <<http://www.unicef.org>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

GUBERT, F. A. et al. Tradução e validação da escala *Partner Communication Scale* – versão brasileira com adolescentes do sexo feminino. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 822-829, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0822.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

GOMES, L. C. **O desafio da intersectorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

MANDÚ, E. N. T. **Saúde Reprodutiva**: abordagens para o trabalho de enfermeiros (as) em atenção básica. Cuiabá: Ed. UFMT, 2006.

MOLEIRO, P. SAAJ - serviços amigos dos adolescentes e jovens: Construção de um Questionário de Satisfação. In: SEMINÁRIO IBEROAMERICANOS DE ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE, 2013, Cuba. **Aula Expositiva...**, La Habana: Conferación y Adolescencia e Juventud de Iberoamerica y el Caribe, 2013. Disponível em: <<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/>

Atenção à saúde do adolescente: uma reflexão sobre as políticas e estratégias atuais

SAAJ%20-%20Servi%C3%A7o%20Amigo%20dos%20Adolescentes%20e%20Jovens%20.%20%20Constru%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20Question%C3%A1rio%20de%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20Pascoal%20Moleiro.pdf>. Acesso em: 22 de fev. 2014.

NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE – NESA. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. **Adolescência e Juventude**. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/adolejuventu2.2swf>. Acesso em: 23 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Reforço a prestação de serviços de saúde amigos dos adolescentes para responder as necessidades de saúde e desenvolvimento dos adolescentes africanos**, 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_CAH_01.16_por.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2014.

_____. **Global consultation on adolescent friendly health services a consensus statement Geneva**. 2001. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_02_18/en/>. Acesso em: 22 fev. 2014.

_____. **Broadening the horizon Balancing protection and risk for adolescents**. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/fch_cah_01_20/en/>. Acesso em: 20 fev. 2014.

_____. **5S Approach**. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/adolescent-health/5s-approach>. Acesso em: 23 fev. 2014.

ATIVIDADE FÍSICA E SEDENTARISMO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Rafaela de Jesus Nunes

Cícera Maria Arrais Pereira Vasconcelos

Edson Silva Soares

Paulo Sérgio Dourado Arrais

INTRODUÇÃO

A atividade física reduz o risco de inúmeras doenças e esses benefícios podem ser observados por meio da melhora no metabolismo de glicose, da redução da gordura corporal e da diminuição da pressão sanguínea (WHO, 2002).

Segundo Pitanga (2002), atividade física é qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético, tendo componentes e determinantes de ordem biopsicosocial, cultural e comportamental.

Ao longo dos anos, houve um grande acúmulo de investigações científicas mostrando o potencial da atividade física em proporcionar melhores condições de saúde aos indivíduos, seja por meio da prevenção ou do tratamento de enfermidades, em que os adeptos de uma atividade física regular reduzem, e muito, o risco de apresentarem doenças cardiovasculares que são as principais causas de morbimortalidade nos países ricos (ALVES et al., 2005; GUEDES et al., 2001; PITANGA et al., 2014). A respeito disso, há registros de que mais de dois milhões de mortes são atribuídas indiretamente à inatividade física a cada ano no mundo inteiro (TASSITANO et al., 2007).

Independentemente do tipo da atividade física desenvolvida, é relevante ressaltar que, para se obter algum benefício, ela deve ser realizada regularmente (NAHAS, 2001). Porém, ainda são grandes

os desafios para minimizar a inatividade. Codarin et al. (2010) ressaltou, em seu trabalho, a preocupação com a associação entre inatividade e os indivíduos que desenvolvem atividades mecanizadas, como os caminhoneiros. Outros fatores a serem considerados seriam os próprios avanços tecnológicos, que contribuem para a redução das atividades motoras e laborais (WHO, 2002). É o caso da televisão, do computador e dos celulares.

Incorporar novas práticas saudáveis junto à população, como a prática de atividade física, principalmente como fator de prevenção das doenças crônicas, é um dos desafios da atenção básica, no qual a participação dos profissionais de saúde é de grande importância (SIQUEIRA et al., 2009). Entretanto, o pouco tempo que os médicos dispõem na realização da consulta, devido à demanda e à falta de conhecimentos específicos podem ser fatores limitantes dessa atividade de orientação (PETRELLA; WIGHT, 2000). Por outro lado, pode-se argumentar que os profissionais de saúde deveriam manter hábitos de vida saudáveis, pois, dessa forma, seria mais fácil exercer a função de estimular a prática de atividade física no dia a dia profissional. Frank et al. (2000) evidenciaram que as médicas americanas que melhoraram seus hábitos de exercício físico foram as que mais frequentemente aconselharam os seus pacientes a se exercitarem.

No Brasil, são poucos os trabalhos que trazem informações sobre a prática de atividades físicas entre os profissionais da área da saúde. No estudo de Siqueira et al. (2009), os autores descreveram a prevalência de sedentarismo em profissionais de saúde da atenção básica nas regiões Sul e Nordeste do Brasil e evidenciaram que a prevalência de sedentarismo entre os profissionais das duas regiões pesquisadas foi de 27,5%. Já o número de trabalhos envolvendo outras populações-alvo vem crescendo e revela um cenário preocupante, no qual muitas pessoas são consideradas sedentárias, o que reforça, ainda mais, a atuação do profissional de saúde.

No estudo de Martins et al. (2009), verificou-se que dos 1.996 participantes da pesquisa, 54,6% relataram inatividade física

no lazer, 47,3% para os homens e 61,4% para as mulheres. Florindo et al. (2009) encontraram prevalência de sedentarismo no lazer maior que 60% em dez capitais brasileiras e Monteiro et al. (2003), analisando 11.033 adultos de ambos os sexos, observaram sedentarismo no lazer em 87,0% dos participantes do estudo.

Embora na atenção primária à saúde as ações “curativas” (diagnóstico e tratamento) ocupem boa parte do tempo dos profissionais de unidades básicas de saúde, sua participação em atividades educativas, como, por exemplo, orientar a realização de atividade física, é fundamental para a difusão de comportamentos saudáveis para a população da área de cobertura dos serviços (BORJESSON; DAHLOF, 2005; FACCHINI et al., 2006; SIQUEIRA et al., 2009).

Considerando o exposto, verificou-se a necessidade de pesquisar sobre a prática de atividade física entre os profissionais de saúde dos Centros de Saúde da Família do Município de Fortaleza. E os questionamentos são os seguintes: será que nossos profissionais de saúde praticam alguma atividade física ou são sedentários? Se afirmativo, que atividades são essas? E se não são praticantes, quais as barreiras que os impedem de ser ativos? Para tal, o presente trabalho tem por objetivo avaliar os hábitos de atividade física e sedentarismo dos profissionais de saúde, preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- SAÚDE) da Universidade Federal do Ceará, integrantes dos Centros de Saúde da Família do município de Fortaleza.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal descritivo realizado no período de março de 2011 a fevereiro de 2012 entre os profissionais de saúde integrantes dos Centros de Saúde da Família do município de Fortaleza pertencentes ao projeto PET-SAÚDE/UFC.

Foram entrevistados todos os preceptores do PET-SAÚDE/UFC (N=69), entre médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos,

psicólogos e fisioterapeutas, cujos trabalhos são desenvolvidos nas seguintes regionais e Centros de Saúde da Família (CSF): Secretaria Executiva Regional I: CSF Rebouças Macambira, CSF Guiomar Arruda, CSF Floresta, CSF Lineu Jucá, CSF Chico da Silva, CSF Casemiro Filho; Secretaria Executiva Regional II: CSF Frei Tito; Secretaria Executiva Regional III: CSF Anastácio Magalhães, CSF César Cals, CSF George Benevides, CSF Pereira de Almeida, CSF Ivana Paes, CSF Waldemar de Alcântara; Secretaria Executiva Regional IV: CSF Oliveira Pombo; Secretaria Executiva Regional V: CSF Maciel de Brito, CSF Guarany Mont'alverne, CSF Parque São José, CSF Graciliano Muniz, CSF José Paracampos, CSF ArgeuHerbster, CSF Pedro Celestino, CSF Luiza Távora, CSF Zélia Correia; Secretaria Executiva Regional VI: CSF Messejana.

A coleta de dados ocorreu nos CSF indicados anteriormente. Em horário normal de expediente (manhã e tarde), tendo como interlocutores alunos bolsistas do PET-SAÚDE/UFC, treinados, que se apresentaram e informaram sobre a pesquisa e após assinatura do Termo de Consentimento Informado entregaram o instrumento de pesquisa para auto-preenchimento. Os pesquisadores permaneceram no local para tirar dúvidas e aguardaram a devolução do questionário. Em seguida, realizaram o controle de qualidade dele.

O instrumento de pesquisa foi elaborado pela equipe do projeto considerando as variáveis abaixo descritas e foi testado (projeto piloto) com oito profissionais da saúde pertencentes ao CSF Floresta (N=4) e Lineu Jucá (N=4) que não integraram oficialmente o projeto PET-SAÚDE/UFC.

Foram coletados dados relativos aos aspectos demográficos: sexo, idade, peso e altura, a partir dos quais foram calculados o índice de massa corporal do respondente, e estado civil; aspectos profissionais: tempo dedicado ao Centro de Saúde da Família, tais como anos de serviço, jornada de trabalho diário ou semanal, outras atividades fora do CSF, especificando os anos de serviço e a jornada de trabalho diária ou semanal; hábitos sociais: uso de álcool, tabaco ou drogodependência; condições de saúde: presença ou ausência de incapacidade física

e de doença crônico-degenerativa. O profissional também respondeu sobre o grau de satisfação de seu estado de saúde, podendo marcar entre excelente, muito bom, bom, ruim ou muito ruim.

Com relação à atividade física habitual verificou-se se era ou não praticante de atividade física. No caso de ser praticante, deveria informar qual a atividade, o tempo gasto na atividade diária em minutos e a frequência em vezes por semana. No caso de não praticar atividade física, deveriam informar sobre o tempo em que se encontrava parado, os fatores que impediram a realização das atividades e se haviam praticado em algum momento de sua vida atividade física. O meio de transporte que utilizava para chegar ao trabalho e a percepção da importância de praticar atividade física também foram coletados.

Para avaliar o grau da atividade física entre os profissionais da saúde, utilizou-se a classificação IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) (MATSUDO et al., 2001), em que os profissionais foram classificados em Muito ativo, Ativo, Irregularmente ativo e Sedentário, de acordo com o tipo de atividade praticada, frequência e duração, conforme descrição a seguir: I) MUITO ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de: ATIVIDADE VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ATIVIDADE VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + ATIVIDADE MODERADA; II) ATIVO: aquele que cumpriu as recomendações de: ATIVIDADE VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa); III) IRREGULARMENTE ATIVO: aquele que realiza atividade física, porém, de forma insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto a frequência ou duração; e IV) SEDENTÁRIO: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana. Após

a classificação e para efeito da análise de dados foram considerados dois grupos: o primeiro que reuniu os classificados em muito ativo e ativo, e outro que reuniu os irregularmente ativos e sedentários.

Os dados foram armazenados e analisados mediante procedimentos estatísticos presente no programa de análise de dados SPSS versão 18. Foi realizada dupla entrada dos dados e checagem de erros na introdução deles.

No presente trabalho, será apresentada uma análise descritiva por meio da distribuição de frequências das variáveis do estudo e uma análise bivariada. O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar as diferenças de proporções, com nível de significância $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (Protocolo COMEPE N.º 220/11). Os profissionais foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e após concordarem em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistados 69 profissionais da área de saúde, dentre eles: 23 Enfermeiros (33,3 %), 19 Médicos (27,5%), 13 Dentistas (18,8%), 8 Farmacêuticos (11,6%), 5 Psicólogos (7,2%) e 1 Fisioterapeuta (1,5%). Desses, 69,6% eram do sexo feminino; 39,1% se encontravam na faixa etária entre 25 e 34 anos; 47,8% entre 35 e 44 anos; 11,6% entre 45 e 54 anos; e 1,5% 55 ou mais anos.

Dentre os entrevistados, 69,6% eram casados, 24,6% solteiros e 5,8% separados ou viúvos; 52,2% possuíam filhos; e boa parte dos profissionais (69,6%) tinham outras ocupações, além do CSF; 23 a nível hospitalar, 17 em consultórios hospitalares, seis em pós-graduação, nove na docência e dois em terapia holística.

No que diz respeito à carga horária semanal de trabalho, 8,7% afirmaram cumprir uma carga horária entre 20 e 30 horas, 37,7% entre 31 e 40 horas, 14,5% entre 41 e 50 horas, 34,8% entre 51 e 60 horas, e 4,3% mais de 60 horas.

Com relação ao estado de saúde dos entrevistados, nenhum apresentou deficiência física e apenas 12 profissionais afirmaram serem portadores de alguma doença crônica (17,4%), sendo seis casos de hipertensão arterial sistêmica, quatro casos de hipotireoidismo, citado apenas por mulheres, um de asma e outro de endometriose.

Entre os entrevistados, 44,9% encontravam-se na faixa considerada saudável (IMC 18,6 – 24,9 kg/m²). Em contrapartida, foram encontrados dois profissionais classificados em estágio de obesidade mórbida (IMC superior a 40,0 kg/m²).

A maioria dos profissionais nunca fumou (87,0%), nem ingeriu bebidas alcoólicas (60,9 %). Não houve nenhum relato para drogodependência. A maioria autoavaliou seu estado de saúde, no dia da entrevista, como Bom (54,4%).

Dentre os profissionais, 59,4% foram classificados como Ativos/Muito Ativos, ou seja, não sedentários, e 40,6% foram classificados como Sedentários/Irregularmente Ativos, ou seja, sedentários (Tabela 1). Foram relatadas diversas atividades com destaque para Musculação (36,2%) e Caminhadas (30,4%) (Tabela 2).

Tabela 1– Distribuição dos entrevistados, segundo o nível de atividade física. Fortaleza, 2012.

VARIÁVEIS	N	%
Não sedentários	41	59,4
Sedentários	28	40,6
TOTAL	69	100

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 2– Características dos entrevistados, segundo os hábitos de atividade física. Fortaleza, 2012.

ATIVIDADES FÍSICAS	N	%
Musculação	25	36,2
Caminhadas	21	30,4
Pilates	5	7,2
Andar de bicicleta	4	5,8
Alongamento	4	5,8
Correr	4	5,8
Natação	3	4,3
Voleibol	3	4,3
Outros	8	11,4

Fonte: dados da pesquisa

O sedentarismo foi maior entre os indivíduos do sexo masculino (42,9%); na faixa etária entre 35 e 44 anos (45,5%); casados (41,7%); que possuem filhos (47,2%); com carga horária de trabalho até 40 horas (43,8%) e que não possuem outra ocupação (61,9%). Dentre os profissionais com sobrepeso, ou seja, aqueles com IMC entre 25-29,9 kg/m², 50,0% não praticam atividade física (Tabela 3).

Com relação ao estado de saúde, 50,0% dos profissionais com doenças crônicas foram classificados como sedentários, bem como os indivíduos ex-fumantes (42,9%) e os que não consumiram bebidas alcoólicas (45,2%). Dentre os profissionais que autoavaliaram seu estado de saúde como ruim, no dia da entrevista, 66,7% eram sedentários (Tabela 3).

Com relação à prática de atividade física na adolescência, 50,0% dos indivíduos que não praticaram nenhuma atividade física, hoje são classificados como sedentários.

Entre os que afirmaram não praticar nenhuma atividade física (n=21), as principais barreiras referidas foram: o trabalho (23,2%) e o estudo (14,5%). Sendo citadas, em média, três barreiras/profissional (Tabela 4).

Dentre os que praticaram atividade física durante a adolescência (n=57), 82,6% dos profissionais mantiveram-se fisicamente ativos. Quanto ao meio de transporte que utilizaram para chegar ao local de trabalho, o carro foi o mais citado (92,8%).

No que diz respeito à importância de praticar atividade física, todos os profissionais consideraram importante, até mesmo aqueles que não eram fisicamente ativos.

Tabela 3 – Prevalência do sedentarismo e não sedentarismo, segundo os aspectos demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e estilo de vida. Fortaleza, 2012.

VARIÁVEL	Sedentário/ irregularmente ativo	Ativo/muito ativo	P valor
	N (%)	N(%)	
Sexo			
Masculino	09 (42,9%)	12 (57,1%)	0,799
Feminino	19 (39,6%)	29 (60,4%)	
Idade			
25-34 anos	10 (37,0%)	17 (63,0%)	0,718
35-44 anos	15 (45,5%)	18 (54,5%)	
45 ou mais anos	03 (33,3%)	06 (66,7%)	
Estado conjugal			
Solteiro	7 (41,2%)	10 (58,8%)	0,807
Casado	20 (41,7%)	28 (58,3%)	
Separado/Divorciado	1 (25%)	3 (75%)	
Possuir filhos			
Sim	17 (47,2%)	19 (52,8%)	0,241
Não	11 (33,3%)	22 (66,7%)	
IMC			

Atividade física e sedentarismo entre profissionais de saúde

VARIÁVEL	Sedentário/ irregularmente ativo	Ativo/muito ativo	P valor
	N (%)	N(%)	
18,6 – 24,9 kg/m²	12 (38,7%)	19 (61,3%)	0,556
25-29,9 kg/m²	10 (50,0%)	10 (50,0%)	
30 kg/m²ou mais	6 (33,3%)	12 (66,7%)	
Carga horária			
Até 40 horas	14 (43,8%)	18 (56,3%)	0,618
Mais de 40 horas	14 (37,8%)	23 (62,2%)	
Outras ocupações			
Sim	15 (31,3%)	33 (68,8%)	0,017
Não	13 (61,9%)	8 (38,1%)	
Doença crônica			
Sim	6 (50,0%)	6 (50,0%)	0,465
Não	28 (40,6%)	41 (59,4%)	
Uso de tabaco			
Fumante	0	2 (100%)	0,494
Ex-fumante	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
Nunca fumou	25 (41,7%)	35 (58,3%)	
Consumo de bebidas alcoólicas			
1 a 3 vezes/semana	9 (33,3%)	18 (66,7%)	0,326
Não bebe	19 (45,2%)	23 (54,8%)	
Estado de saúde			
Excelente	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,552
Muito bom	8 (32%)	17 (68%)	
Bom	17 (45,9%)	20 (54,1%)	
Ruim	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Prática de atividade Física na adolescência			

VARIÁVEL	Sedentário/ irregularmente ativo	Ativo/muito ativo	P valor
	N (%)	N(%)	
Sim	22 (38,6%)	35 (61,4%)	0,465
Não	6 (50,0%)	6 (50,0%)	

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 4 – Distribuição dos fatores referidos pelos entrevistados que impedem a realização de atividades físicas. Fortaleza, 2012.

FATORES	N	%
Trabalho	16	23,2
Estudo	10	14,5
Cansaço físico	9	13
Compromisso com a família	8	11,6
Tarefas domésticas	7	10,1
Falta de companhia	5	7,2
Falta de interesse	3	4,4
Falta de incentivo	3	4,4
Outros	8	11,3

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

O presente estudo classificou os hábitos de atividade física e sedentarismo entre os profissionais de saúde preceptores do PET-SAÚDE/UFC e mostrou que a prevalência do sedentarismo foi de 40,6%, principalmente entre as pessoas do sexo masculino, os que se encontravam na faixa etária de 35 a 44 anos, entre os casados, os que

possuem filhos, com carga horária de trabalho até 40 horas semanais, os que não possuíam outra ocupação, além do CSF, os com sobrepeso, os com doenças crônicas, os ex-fumantes, os que afirmaram não ingerir bebidas alcoólicas e os com estado de saúde considerado bom ou ruim. O trabalho e os estudos foram as principais barreiras referidas para a não realização de atividades físicas. Por outro lado, foi importante constatar que a maioria dos profissionais eram ativos.

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas. O assunto é pouco explorado e, conseqüentemente, gerou dificuldades para estabelecermos comparações com outros trabalhos. Para se contrapor a esse problema, utilizou-se aqueles realizados com pessoas adultas. Dessa forma, deve-se ter cautela na extrapolação dos resultados, pois os trabalhadores em saúde têm algumas características específicas, como escolaridade mais elevada em comparação com outras populações.

A prevalência de sedentarismo entre os entrevistados foi maior do que a encontrada por Siqueira et al. (2009), que avaliou o perfil de sedentarismo entre profissionais de saúde de unidades básicas de saúde do Sul e Nordeste do Brasil, tendo como resultado geral uma prevalência de 27,5%, sendo que entre os profissionais da Região Sul foi igual a 28,2%, enquanto que para os da Região Nordeste o valor foi de 27,0%, e menor do que a encontrada por Jeronimo et al. (2014), em que a prevalência de inatividade física entre trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil foi de 76,8%, em 2006, e 82,4%, em 2011.

Levando em consideração estudos envolvendo populações adultas, os resultados não diferem muito. No estudo realizado por Polisseni e Ribeiro (2014), entre servidores públicos de uma universidade, a prevalência de inativos e insuficientemente ativos foi de 43,9%. Entre moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família, em Pernambuco, a prevalência de sedentarismo foi de 37,2% para adultos e de 68,3% para idosos. Com relação aos dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), considerando-se

o conjunto da população adulta das cidades brasileiras, a frequência de adultos fisicamente inativos foi de 14,9% (BRASIL, 2013). Entre policiais militares de Feira de Santana, Bahia, 37,0% dos entrevistados foram considerados insuficientemente ativos (JESUS; JESUS, 2012). O estudo realizado por Hallal et al. (2003), no Rio Grande do Sul, observou prevalência de 41,1% de sedentarismo. No estado de São Paulo, Matsudo et al. (2002) encontraram 46,4%; enquanto Siqueira et al. (2008) detectou a prevalência de sedentarismo em adultos e idosos da região Sul e Nordeste de 31,8% para os adultos e 58,0% para os idosos.

Os profissionais do sexo masculino foram os menos ativos, mas não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Siqueira et al. (2009), ao avaliar o perfil de sedentarismo entre os sexos, encontrou perfis semelhantes, sendo de 31,5% entre os homens e de 26,4% entre as mulheres, sendo essas mais ativas. No estudo de Jeronimo et al. (2014) e Jesus e Jesus (2012), não houve diferença na atividade física de homens e mulheres. Entretanto, em um estudo realizado no México, com mulheres profissionais da área de saúde, foi encontrada uma prevalência de sedentarismo de 43,0% (VENEGAS-OCHOA, 2006). Em estudo realizado por Malta, Moura e Morais Neto (2011), com amostra da população brasileira, os autores evidenciaram que o sedentarismo foi maior entre as mulheres com maior escolaridade e concluíram, no geral, que sexo e escolaridade podem ser fatores determinantes para o surgimento de doenças crônicas na população estudada.

No que diz respeito à faixa etária, os profissionais entre 35-44 anos apresentaram os maiores perfis de sedentarismo. Ao compararmos com o estudo envolvendo profissionais de saúde, realizado por Siqueira et al. (2009), encontramos diferenças significativas, visto que os mais inativos encontravam-se na faixa etária entre 50 anos ou mais (35,5%), seguido de 30-49 anos (27,0%). No Vigitel 2012 (BRASIL, 2013), também observamos diferenças significativas, visto que os mais inativos estão na faixa etária de 65 anos ou mais (35,5%), seguido da faixa entre 55-64 anos (16,9%) e 45-56 anos (12,8%), e de, apenas, 11,8% na faixa etária de 35-44 anos. Entretanto,

é importante frisar que, no presente trabalho, o número de indivíduos com idade maior que 45 anos representa apenas 13,1% dos entrevistados.

A maioria dos entrevistados é representada por profissionais casados e que possuem filhos, características que dificultam a prática regular de atividade física. Fatos que podem ser comparados com o estudo realizado por Pitanga e Lessa (2005), no qual afirma que há uma maior prevalência de inatividade física entre a população casada, separada e viúva, destacando-se os casados.

Dentre os entrevistados, apenas 12 profissionais afirmaram ser portadores de alguma doença crônica, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a mais citada. As altas prevalências de profissionais que afirmaram ter pressão arterial elevada neste estudo conferem com os dados do Vigitel 2012 (BRASIL, 2013), cuja frequência de diagnóstico-médico prévio de hipertensão arterial foi de 24,3%. Vale ressaltar que, dentre os portadores de HAS, a maioria não pratica atividade física, fato que pode contribuir para tal complicação. Segundo Ortiz et al. (2013), a inatividade física, bem como uma alimentação inadequada estão diretamente relacionadas como fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas, como, por exemplo, a hipertensão arterial.

Com relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), a maioria encontrou-se na faixa saudável ($18,6 - 24,9 \text{ kg/m}^2$), dos quais 61,3% são fisicamente ativos. Além desses, 26% dos profissionais apresentaram IMC igual ou superior a 30 kg/m^2 , sendo classificados com obesos. Entretanto, a maioria é praticante de atividade física.

No que se refere à prevalência de excesso de peso, IMC entre $25-29,9 \text{ kg/m}^2$, os resultados encontrados neste estudo estão abaixo dos observados em outros estudos (CARVALHAES; MOURA; MONTEIRO, 2008; COSTA et al., 2004; CUNHA et al., 2008, PEIXOTO et al., 2008), que, de modo geral, indicam prevalências que variam entre 40% e 50%. Os dados atuais do Vigitel (BRASIL, 2013) indicam que, no conjunto da população adulta brasileira, a frequência de excesso de peso foi de 51%, enquanto de adultos obesos, apenas de 17,4%. Vale ressaltar

que as comparações envolvendo IMC são de grande relevância pelo fato de haver consenso quanto à padronização do seu cálculo.

A incorporação da atividade física como hábito de vida também influencia indiretamente outros cuidados com a saúde. Dessa forma, aqueles que praticam esportes ou outros tipos de atividade tendem a fumar menos e a se preocuparem mais com a composição corporal e o tipo de dieta consumida. Em estudo com 326 homens, Florindo et al. (2009) observaram que indivíduos não fumantes apresentaram quatro vezes mais chance de praticar atividade física, quando comparados com indivíduos fumantes.

No que diz respeito ao hábito de fumar, a maioria dos entrevistados nunca fumou, levando em consideração possuírem grau de escolaridade elevado, eles estão cientes dos males que o tabagismo causa. Resultados semelhantes foram observados no estudo envolvendo profissionais de saúde, realizado por Siqueira et al. (2009), no qual foi encontrada uma prevalência de 84% de não fumantes. Apenas dois profissionais, do sexo masculino, classificaram-se como fumantes. Mais recentemente, o *Vigitel 2012 (BRASIL, 2013)* encontrou prevalência de 12,1% de fumantes entre os brasileiros, sendo maior no sexo masculino (15,5%) do que no feminino (9,2%).

Com relação ao consumo de bebidas alcoólicas, a maioria dos entrevistados relatou não consumir. A literatura científica indica que o uso moderado de álcool é um fator de proteção para mortalidade por doenças crônicas, principalmente por seu efeito redutor sobre as doenças cardiovasculares. Entretanto, o consumo abusivo traz inúmeras consequências para a saúde e para a qualidade de vida, aumentando a frequência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como a cirrose, alguns tipos de câncer, acidente vascular cerebral, violência, transtorno mental, entre outros (COSTA; THULER, 2012).

Na ausência de estudos que avaliem os hábitos de consumo alcoólico dos profissionais de saúde, ao compararmos com os resultados atuais da população brasileira, os dados do *Vigitel 2012 (BRASIL, 2013)*

revelaram que a frequência do consumo de bebidas alcoólicas foi de, apenas, 18,4%, sendo quase três vezes maior em homens (27,9%) do que em mulheres (10,3%). No presente estudo, foi encontrada uma prevalência de 39,0%, consideravelmente maior ao se comparar com os dados do Vigitel. Entretanto, o consumo entre os homens também se mostrou superior em relação às mulheres, o que é consistente com a literatura científica (CARVALHES; MOURA; MONTEIRO, 2008; COSTA et al., 2004).

Quanto à autoavaliação do estado de saúde no dia da entrevista, a maioria classificou sua saúde como “Bom” (53,6%) e “Muito Bom” (36,2%). A autoavaliação do estado de saúde é um importante indicador do construto multidimensional da saúde e consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde. É, portanto, um indicador subjetivo e engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

Em um estudo envolvendo profissionais de saúde, a maioria também autoavaliou seu estado de saúde como “Bom” (63,9%) e “Muito bom” (17,0%) (SIQUEIRA et al., 2009). Além disso, foi observado que a autoavaliação da qualidade de vida como “Ruim” e “Muito ruim” revelou-se associada ao sedentarismo. Segundo Pavão et al. (2013), quanto mais intensa e frequente for a prática de atividade física, menor a prevalência de autoavaliação de saúde “Ruim”. O mesmo pôde ser observado no presente estudo, haja vista que dos três profissionais incluídos nessa classificação, dois são sedentários, de forma que a associação positiva entre autopercepção de saúde e nível de atividade física está de acordo com a literatura, indicando que pessoas mais ativas classificam sua saúde de forma mais positiva do que os sedentários (ALVES et al., 2010).

No presente estudo, observou-se uma população significativamente ativa, tendo como principais atividades realizadas a musculação e as caminhadas, sendo essa última em destaque na maioria dos estudos realizados nessa área, pelo fato de não necessitar de muitos equipamentos, bem como é feita ao ar livre, fato

que a torna preferência por muitos praticantes. Além disso, segundo Basset, Cureton e Ainsworth (1999), a evidência científica indica que a caminhada é a atividade física mais recomendada, pois pode ser realizada durante as atividades comuns, tais como transporte, postos de trabalho/casa e tarefas ocupacionais de vida diária.

Entre os fisicamente inativos de nosso estudo, observou-se que o trabalho, o estudo, bem como o cansaço físico foram fatores que dificultaram a prática regular de atividade física. No estudo de Jesus e Jesus (2012), a jornada de trabalho também aparece como uma das barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares de Feira de Santana, Bahia. Em estudo realizado por Brownson et al. (2001), entre as barreiras pessoais, as mais citadas foram: a falta de tempo, o cansaço e a falta de motivação para realizar exercícios; já Trost et al. (2002) identificou a falta de tempo como barreira importante para a prática de atividade física. Entretanto, Burton e Turrel (2000), estudando 24.454 adultos entre 18 e 64 anos, não identificaram associação significativa entre aumento de número de horas trabalhadas e prevalência de inatividade física. O mesmo foi observado no presente estudo, em que os profissionais que se dedicavam a mais de 40 horas semanais foram os mais ativos fisicamente.

Com relação à prática de atividade física durante a adolescência, dentre os profissionais que a praticavam, a maioria manteve-se fisicamente ativo. Estudos demonstram que adolescentes ativos tendem a tornarem-se adultos ativos (ALVES et al., 2005; TAMMELIN; NAYHA; HILL, 2003; TROST et al., 2002). Sendo assim, as oportunidades e o apoio para que o adolescente participe de atividades físicas assumem um importante papel na determinação do seu futuro.

Sabendo que a atividade física também é influenciada pelo nível educacional, de acordo com Pan et al. (2009), indivíduos com nível educacional mais elevado, assim como com maior renda, possuem mais oportunidades, facilidades e acessos para praticar atividades físicas, além de conviverem num meio social em que

a prática é reconhecida por seus pares como favorável à saúde, o que pode facilitar a adesão. Esses grupos tendem a apresentar melhores condições de saúde, melhor suporte social e assimilam com mais facilidade as recomendações e os benefícios da prática regular de atividade física, como é o caso do público alvo do presente estudo, de forma que todos os entrevistados consideraram importante a prática regular de atividade física, até mesmo aqueles que não praticam.

CONCLUSÃO

O estudo contribuiu para identificar que os profissionais de saúde participantes do PET-Saúde da UFC são, em sua maioria, praticantes de atividades física de forma regular, tendo a musculação e as caminhadas como atividades preferíveis. Entretanto, o estudo também revela que parcela considerável dos respondentes não pratica nenhuma atividade física e que, conseqüentemente, necessitarão de maior apoio de seus pares para romperem as barreiras e aderirem a alguma prática de atividade física, pois por meio dessa adesão o profissional poderá ter maior disposição para o trabalho e melhora de sua qualidade de vida.

Outra conclusão que se pode tirar do estudo é que, mesmo diante de inúmeras barreiras, esses profissionais, por possuírem conhecimento técnico-científico das causas e das conseqüências da inatividade física, bem como elevada escolaridade e acesso à informação, têm a percepção da importância da prática da atividade física como um fator fundamental para o estabelecimento de uma saúde física e mental, estando aptos a incentivar esta prática entre seus pacientes.

Por fim, tendo em vista a importância da temática para a saúde pública, é necessário ampliar o tamanho da amostra do estudo para melhorar a representatividade dos profissionais da saúde do município de Fortaleza e captar melhor o comportamento da prática da atividade física entre eles.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. G. B. et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev Bras Med Esporte**, v. 11, n. 5, p. 291-294, 2005.

_____. Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 543-556, 2010.

BASSET, D. Jr; CURETON, A.; AINSWORTH, B. Measurement of daily walking distance questionnaire versus pedometer. **Med Sci Sports Exerc**, p. 1018-23, 1999.

BORJESSON, M.; DAHLOF, B. Physical activity has a key role in hypertension therapy. **Lakartidningen**, v. 102, n. 3, p. 123-129, 2005.

BURTON, N.; TURRELL, G. Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. **Prev Med**, v. 31, p. 673-681, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BROWNSON, R. C. et al. Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. **Am J Public Health**, v. 91, n. 12, p. 1995-2003, 2001.

CARVALHAES, M. A. B. L; MOURA, E. C; MONTEIRO, C. A Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 14-23, 2008.

CODARIN, M. A. F. et al. Associação entre prática de atividade física, escolaridade e perfil alimentar de motoristas de caminhão. **Saúde soc.**, v. 19, n. 2, p. 418-428, 2010.

COSTA, J. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 284-291, 2004.

COSTA, L. C.; THULER, L. C. S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. **R. bras. Est. Pop**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 133-145, jan./jun. 2012.

CUNHA, I. C. et al. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 495-504, 2008.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, p. 669-81, 2006.

FLORINDO, Alex Antônio. et al. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, nov. 2009.

FRANK, E. et al. Correlates of physicians prevention- related practices- Findings from the women physicians health study. **Arch fam med**, v. 9, p. 359-367, 2000.

GUEDES, Dartagnan Pinto. et al. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte**, v. 7, n. 6, p. 187-199, 2001.

HALLAL, P. C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **MedSci Sports Exerc**, v. 35, p. 1894-900, 2003.

JERONIMO, J. S. et al. Atividade física em trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil: tendências temporais. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2656-2668, 2014.

JESUS, G. M.; JESUS, E. F. A. Nível de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v. 34, n. 2, p. 433-448, 2012.

MALTA, D. C.; MOURA, E. C.; MORAIS NETO, O. L. Desigualdades de sexo e escolaridade em fatores de risco e proteção para doenças crônicas em adultos Brasileiros, por meio de inquéritos telefônicos. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 14, p. 125-135, 2011. Supl. 1.

MARTINS, Taís Galdêncio et al. Inatividade física no lazer de adultos e fatores associados. **Ver Saúd Pública**, v. 43, n. 5, out. 2009.

MATSUDO, M. et al. Nível da atividade física da população de São Paulo: Análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, v. 10 n. 4, p. 41-50, 2002.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutividade no Brasil. **Atividade física e saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MONTEIRO, C. A. et al. A descriptive epidemiology of leisure- time physical activity in Brazil, 1996- 1997. **Rev Panam Salud Publica**, v. 14, p. 246-54, 2003.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf, 2001.

ORTIZ, L. G. C. et al. Educación, actividad física y obesidade en adultos con diabetes tipo 2 desde La perspectiva del autocuidado de Orem.

Aquichan, Colombia , v. 13, n. 3, p. 347-362, 2013.

PAN, S. Y. et al. Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 9, n. 21, 2009.

PAVÃO, A. L. B; WERNECK, G. L; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com os fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população. **Cad. Saúde Pública**,

Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, abr. 2013.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1323-1333, jun. 2008.

PETRELLA, R.J; WIGHT, D. An office- based instrument for exercise counseling and prescription in primary care- The Step Test Exercise Prescription (STEP). **Arch fam med**, v. 9, p. 334-344, 2000.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev Bras. Ciênc. e Mov**, v. 10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002.

PITANGA, F. J. G. et al. Atividade física como discriminador da ausência de hipertensão arterial em homens adultos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 20, n. 6, p. 456-460, dez. 2014.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 970- 977, jun. 2005.

POLISSENI, M. L. C.; RIBEIRO, L. C. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 20, n. 5, p. 340-344, 2014.

SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, n. 24, p. 39-54, 2008.

_____. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, set. 2009.

TAMMELIN, T. S.; NAYHA, A. P; HILLS, M. R. Adolescent participation in sports and adult physical activity. **Am J Prev Med**, v. 24, p. 22-28, 2003.

TASSITANO, R. et al. Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. **Ver Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v.9, n.1, p. 55-60, 2007.

TROST, S. G. N. et al. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. **Med Sci Sports Exerc**, v. 34, p.1996-2001, 2002.

VENEGAS-OCHOA et al. Physical activity and inactivity among female health service workers. **Ginecol Obstet Mex**, v. 74, p. 471-5, 2006.

VIEIRA FILHO, N. G. A clínica psicossocial e a atenção de cuidados religiosos ao sofrimento psíquico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira [versão eletrônica]. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 25, n. 2, p. 228-239, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The world health report: Reducing risks, promoting healthy life**, 2002. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562072.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2014.

DOENÇA RENAL CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA E OS (DES)CAMINHOS DO ENCAMINHAMENTO AO NEFROLOGISTA

Eliene de França Mascarenhas

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Paula Franssinetti Castelo Branco Camurça Fernandes

Paulo César de Almeida

INTRODUÇÃO

Os rins são órgãos de fundamental importância para o ser humano. Além de suas funções principais de excreção de substâncias tóxicas provenientes do metabolismo diário, apresentam outras importantes como regulatórias e endócrinas.

Assim, a diminuição progressiva do ritmo de filtração nos glomérulos, unidades funcionais dos rins, observada na doença renal crônica (DRC) leva à perda progressiva dessas funções, ocasionando o comprometimento de todos os órgãos do corpo. Por conseguinte, quando a queda do ritmo de filtração glomerular (RFG) atinge níveis inferiores a 15ml/min, estabelece-se a falência funcional renal (FFR), ou seja, o estágio mais avançado dessa perda funcional progressiva que pode ser observado na DRC, também denominada de insuficiência renal terminal (IRT), e com necessidade de substituição da função renal por diálise ou por transplante renal.

A doença renal crônica (DRC) vem emergindo como uma verdadeira epidemia e sério problema de saúde pública mundial por ser uma patologia grave, insidiosa, resultante da agressão renal por vários mecanismos patológicos diferentes e geralmente assintomáticos até bem próximo do estágio terminal ou dialítico. Expõe o portador a várias complicações clínicas, comorbidades e maior risco de mortalidade, principalmente cardiovascular com graves consequências humanas, sociais e econômicas.

O aumento de incidência e prevalência dessa patologia foi evidenciado pelas alterações no perfil demográfico, com maior crescimento da população idosa, e as mudanças no estilo de vida dos indivíduos que acarretaram um aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para a hipertensão arterial (HAS) e para diabetes mellitus (DM), principais causas da DRC em todo o mundo (ALCÁZAR et al., 2008; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; KRÓL et al., 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA et al., 2007).

De acordo com dados recentes da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o número de portadores de doenças renais dobrou nos últimos dez anos, sendo aproximadamente dez milhões de brasileiros (SBN, 2012).

Quando não diagnosticada e tratada precocemente, a DRC leva à redução na expectativa de vida do portador pelas suas complicações (anemia, desnutrição, acidose metabólica, alterações ósseas) decorridas da progressiva FFR; acarreta também maior risco de doença cardiovascular e cerebrovascular, uma das principais causas de óbito; além da insuficiência renal terminal (IRT), com necessidade de tratamento renal substitutivo (TRS), que tem o Sistema Único de Saúde (SUS) como o principal financiador (92,4%) (SESSO et al., 2011).

Apesar da TRS prolongar a vida dos pacientes com falência renal, cerca de 60% não chegam a ter acesso a esse tratamento por evoluírem ao óbito devido à doença cardiovascular e, em muitas vezes, sem diagnóstico, ainda nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro nível de assistência e coordenadora das redes de atenção à saúde, e que neste estudo será nomeada de Atenção Básica (AB) por, no Brasil, a partir de 2006, ter sido instituída como política pública de saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

Portanto, faz-se necessário o tratamento da causa básica para prevenir a DRC, o diagnóstico precoce nos grupos de risco e a implementação de condutas terapêuticas adequadas para retardar a progressão para o estágio terminal, aumentando a sobrevida dos pacientes, reduzindo o sofrimento desses e de seus familiares e diminuindo os custos

financeiros ao sistema de saúde associados à IRT (ALCÁZAR et al., 2008; BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; KRÓL e tal., 2009; SBN et al., 2007).

Segundo estudos recentes, os principais desfechos indesejados da DRC podem ser prevenidos ou retardados quando ela é diagnosticada precocemente, as medidas para preservação da função renal e cardíacas são implementadas e quando o encaminhamento ao nefrologista é realizado adequadamente.

Por ser uma doença assintomática nos seus estágios iniciais e também por falta de conhecimento de como é simples realizar o diagnóstico, a classificação e a avaliação funcional da doença por meio de exames simples, vem sendo subdiagnosticada e tratada inadequadamente, perdendo-se a oportunidade de realização de medidas de prevenção primária, secundária e terciária (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; DE FRANCISCO; AGUILLERA; FUSTER, 2009; KRÓL et al., 2009; MARTÍNEZ CASTELAO et al., 2009).

A SBN recomenda aos médicos da AB especial atenção aos portadores de fatores de risco para a DRC, como a hipertensão arterial, diabetes e familiares de portadores de DRC, solicitando de rotina exames simples, de baixo custo e oferecidos na rede de saúde, para o diagnóstico, estagiamento da DRC e encaminhando ao nefrologista o mais precoce possível (SBN, 2012).

Portanto, a partir da magnitude da DRC e suas implicações, questiona-se se os médicos da ESF estão, rotineiramente, avaliando a função renal dos portadores de HAS e DM para o diagnóstico precoce e se há deficiências nos prazos de encaminhamento ao nefrologista.

AValiação da função renal E DIAGNÓSTICO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A filtração glomerular (FG) é considerada a melhor e a mais utilizada medida da função renal e pode ser estimada a partir do clearance

da creatinina sérica. Várias fórmulas foram desenvolvidas com a finalidade de estimar a taxa de filtração glomerular (TFG) sem a necessidade de coletar a urina por 24 horas. Essas apresentam menor custo e maior aplicabilidade que a depuração da creatinina em urina de 24 horas e a creatinina sérica isolada, que só atinge valores acima do normal após o paciente perder cerca de 50 a 60 % da taxa de filtração glomerular. Mas, o clearance de creatinina em urina de 24 horas está recomendado em algumas situações como: quando a TFG for >60 ml/min, nos extremos de idade, tamanho e peso corporal, gestantes, doenças musculares, amputações, paraplegia ou tetraplegia, dieta vegetariana, alterações muito rápidas na função renal e ajuste de medicação nefrotóxicas (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; DALTON, 2011; ORTIZ, 2012).

As fórmulas mais usadas são: a de Cockcroft e Gault (CG) e a desenvolvida pelo estudo MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*) apresentadas no Quadro 1. Ambas as fórmulas apresentaram, em vários estudos, excelente correlação com depuração da creatinina em urina de 24 horas.

Equação de Cockcroft-Gault:	
$FG \text{ (ml/min)} = (140 - \text{idade}) \times \text{peso} \times (0,85, \text{ se mulher}) / 72 \times \text{Creatinina sérica}$	
Equação simplificada do MDR:	
	-1,154 -0,203
$FG \text{ (ml/min/1,73m}^2\text{)} = 186 \times (\text{Creatinina sérica}) \times \text{idade} \times (0,742, \text{ se mulher}) \times (1,210, \text{ se negro})$	

Quadro 1 – Principais fórmulas usadas para a estimativa da FG em adultos.

Fonte: Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010); Bastos e Kirsztajn (2011).

Em 2002, uma equipe multidisciplinar americana da National Kidney Foundation (NKF) elaborou um conjunto de diretrizes,

denominada Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI) que tinha como objetivo, entre outros, apresentar uma nova definição da DRC e estagiamento da doença baseado na TFG.

A definição da DRC proposta pelo K/DOQI estabelece que portador de DRC seja o indivíduo com FG <60ml/min/1,73m² por um período igual ou superior a três meses ou, nos casos de FG >60ml/min/1,73m², esteja associado à presença de um marcador de lesão da estrutura renal (por exemplo: proteinúria, alteração de imagem ou histológica).

A proteinúria é o principal marcador de lesão renal e o mais utilizado, por ser de fácil obtenção. Sendo, então, o principal indicador do prognóstico renal e a sua redução um dos principais alvos do tratamento (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; K/DOQI, 2002). A partir dessa definição, a NKF propôs estagiar a DRC com base na filtração glomerular (Quadro 2).

Estágio da DRC	Descrição	Filtração glomerular
Estágio 1	Lesão renal com FG normal ou aumentada	>= 90ml/min/1,73m ²
Estágio 2	Lesão renal com FG levemente diminuída	60-89ml/min/1,73m ²
Estágio 3	Lesão renal com FG moderadamente diminuída	30-59ml/min/1,73m ²
Estágio 4	Lesão renal com FG severamente diminuída	15-29ml/min/1,73m ²
Estagio 5	Falência funcional renal*	<15ml/min/1,73m ²

*Estando ou não o paciente em diálise ou transplantado

Quadro 2 – Estagiamento da doença renal crônica baseado no trabalho do K/DOQI-NKF.

Fonte: Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010).

O aumento de incidência da DRC tem relação direta com a redução da FG, mas o curso da DRC depende da existência ou não do marcador de lesão. A incidência de DRC costuma ser bem maior no paciente com proteinúria, quando comparado com paciente com mesma TFG e sem proteinúria. E, em qualquer estágio da DRC, a velocidade de queda da TFG é maior nos pacientes com proteinúria, quando comparados aos sem proteinúria, por isso é importante identificar a existência de marcador de lesão do parênquima renal (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; KIRSZTAJN; BASTOS; ANDRIOLO, 2011).

O diagnóstico da DRC, portanto, baseia-se na coleta da história clínica direcionada para identificação dos grupos de risco para DRC; na realização do exame físico, principalmente documentando peso, altura e pressão arterial (PA); na estimativa da TFG utilizando a creatinina sérica por meio das fórmulas citadas; na determinação da lesão estrutural renal, por intermédio de fitas urinárias ou exame simples de urina e, quando possíveis, exames de imagem e/ou histopatológicos. Mas, na prática clínica diária, segundo os critérios diagnósticos da DRC propostos pelo K/DOQI, a FG $<60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ pode identificar disfunção renal independente da determinação de lesão da estrutura renal (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

A progressão da DRC para a falência renal está intimamente relacionada com a taxa de declínio da filtração glomerular, que não deve ser maior que $4\text{ml}/\text{min}/\text{ano}$. Portanto, deve-se estimar a FG pelo menos uma vez no ano e a cada três meses nos que apresentarem $\text{FG} < 60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, queda rápida da FG anterior, fatores de risco para declínio agudo da FG e fatores de risco para progressão mais rápida dessa.

O declínio da FG depende da doença de base e também de fatores modificáveis ou não. A nefropatia diabética, doença renal policística, glomerulopatias e doença em rim transplantado apresentam taxa de declínio da FG mais rápida que a nefroesclerose hipertensiva e as doenças tubulointersticiais dos rins. Entre os fatores não

modificáveis que acentuam a taxa de declínio da FG estão: o sexo masculino e o avançar da idade. Os principais modificáveis são: a proteinúria, a hipoalbuminemia, a PA elevada, o controle glicêmico ineficaz e o tabagismo (KIRSZTAJN; BASTOS; ANDRIOLO, 2011). E por serem os portadores de DRC considerados de alto risco para doença cardiovascular, a dislipidemia também é considerada fator de progressão para a falência renal (KIRSZTAJN, 2009).

DRC E ATENÇÃO BÁSICA: ITINERÁRIOS DE PRODUÇÃO DE DIAGNÓSTICO DOS FATORES DE RISCO, MEDIDAS DE PRESERVAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL E ENCAMINHAMENTO AO NEFROLOGISTA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem-se como graves problemas de saúde pública, por suas elevadas prevalências e incidências, principalmente devido à mudança no perfil demográfico e no estilo de vida da população e juntas constituem mais de 62% do diagnóstico de base dos pacientes com IRT (SESSO et al., 2011).

A possibilidade de associação das duas, em um mesmo paciente, é cerca de 50% e são responsáveis pela primeira causa de óbito e internações no SUS. Ambas as condições apresentam vários aspectos em comum: etiopatogenia na identificação de resistência insulínica, resistência vascular periférica e disfunção endotelial; fatores de risco como obesidade, dislipidemia e sedentarismo; facilidade no diagnóstico; tratamento não medicamentoso, com a mudança de estilo de vida; curso inicialmente assintomático, crônico, que, quando diagnosticadas tardiamente ou tendo seus tratamentos negligenciados, podem apresentar várias complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2002; SCHMIDT et al., 2011). Assim sendo, a prevenção primária por

meio da intervenção nos fatores de risco modificáveis, a identificação precoce e o tratamento dos portadores para controle dos níveis pressóricos e glicêmicos visando prevenir complicações agudas e crônicas são prioritários na saúde pública.

Dessa maneira, é de fundamental importância o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades de AB para o acompanhamento e controle da HAS e DM, a fim de se evitar o surgimento e a progressão das complicações, como a DRC e diminuir os números de internações hospitalares e de mortalidade em consequência desses agravos (BRASIL, 2013b).

A Atenção Básica, também chamada de Atenção Primária, é responsável pelo primeiro contato do indivíduo nos serviços de saúde e é o local responsável pela organização do cuidado à saúde de maneira continuada. Ela realiza serviços de promoção à saúde; de prevenção às doenças, inclusive as DCNT; além de serviços curativos e reabilitadores (BRASIL, 2006a).

Como modelo de organização da Atenção Básica, foi implantado no Brasil, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF propõe estratégias diferenciadas de promoção à saúde e prevenção de doenças por meio de um modelo assistencial centrado na adstrição da clientela, com territórios definidos, considera os aspectos sociais, econômicos, políticos e epidemiológicos que envolvem o processo de adoecimento da população e o trabalho é realizado por equipes multiprofissionais.

A partir de 2006, com a PNAB, o PSF ultrapassa os limites de programa e se institui como política pública, mudando seu nome para Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo reconhecida como prioritária para reorganização da atenção básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ser o contato preferencial das pessoas ao sistema de saúde e ponto de partida para a estruturação desses (BRASIL, 2006a; SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR., 2012).

Os médicos da Atenção Básica, reorganizada pela ESF, são os responsáveis, na maioria das vezes, pelo primeiro contato com pessoas portadoras dos principais fatores de risco para DRC (diabéticos, hipertensos, idosos, portadores de doenças cardiovasculares, familiares de portadores de IRT). E podem atuar na prevenção primária da DRC e no diagnóstico precoce dessa a partir da busca ativa dos pacientes pertencentes aos grupos de risco, intervindo nos fatores de risco da DRC e para sua progressão para a IRT, como: orientação dietética para redução de peso, redução do tabagismo, orientação para a prática de exercícios físicos, prescrição de inibidores da enzima de conversão da angiotensina I (IECA) ou antagonistas do receptor da angiotensina II (ARAII) para controle da PA nos hipertensos e redução de proteinúria nos diabéticos.

Também na prevenção secundária, as equipes da ESF podem trabalhar juntamente com o nefrologista para retardar a progressão da DRC, identificando e tratando as suas complicações e comorbidades e preparando os pacientes e sua família para a TRS, sendo necessário o conhecimento desses profissionais sobre a epidemiologia da doença, sua nova definição e estagiamento, e, também, sobre as medidas preventivas e de controle da sua progressão para estágios terminais, as principais complicações e comorbidades associadas (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; BRASIL, 2013b; K/DOQI, 2002; MURPHREE; THELEN, 2010; SBC, 2010).

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo descrever e avaliar os critérios utilizados pelos médicos da ESF para encaminharem os portadores de DRC ao nefrologista e identificar em que situação esses profissionais que trabalham na ESF da Secretaria Regional V (SRV), do município de Fortaleza/Ceará, estão encaminhando os portadores de DRC ao nefrologista.

MÉTODO

Este trabalho é um recorte de um estudo transversal realizado por meio de análise de questionários aplicados a 52 médicos da ESF, nas 20 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da SRV em Fortaleza/Ceará, de uma população de 61 profissionais graduados no Brasil e com vínculo como servidores públicos ou por participação nos programas federais: Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e Mais Médicos (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013b).

Os dados foram coletados durante os meses de outubro de 2013 a janeiro de 2014 e analisados pelo Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20. Para as variáveis idade, tempo de graduação e tempo na ESF foi utilizada a média \pm desvio padrão. As outras variáveis foram mostradas em porcentagem, outras comparadas pelo teste de razão de verossimilhança e o teste exato de Fisher, admitindo-se como nível de significância valores de $p < 0,05$.

O questionário continha questões abertas com variáveis independentes, como sexo, idade, tempo de graduação, realização de pós-graduação, tempo e vínculo trabalhista na ESF; e questões de múltipla escolha com os exames de rotina solicitados pelo médico para detectar a DRC, qual a frequência dos mesmos e para qual população eram direcionados.

Em relação à atenção aos portadores de HAS e DM, principal grupo de risco para DRC, na AB, as questões abordavam os exames de avaliação da função renal desses, realização do estagiamento ou classificação da DRC em estágios a partir da TFG, a frequência e os mecanismos utilizados. Questões sobre o tratamento de controle da HAS e DM, as medidas de prevenção e controle da progressão da DRC foram também colocadas e, por último, foi questionado sobre a avaliação do nefrologista, objeto deste trabalho, em que situação o médico encaminhava o portador de DRC para avaliação do especialista.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o Parecer n.º 399.644.

RESULTADOS

O instrumento de coleta de dados foi respondido por 52 (85,2%) dos 61 médicos que atuavam na ESF, da SER V, quando se iniciou a pesquisa. A Tabela 1 apresenta os resultados das características dos médicos.

Tabela 1 – Distribuição do número de médicos de acordo como perfil sociodemográfico, formação profissional, vínculo e tempo de trabalho na ESF, SR V, out./13 a jan./14.

Variáveis	N	%	Média ±
Tempo de graduação (ano) (n=51)			
DP			
< 1	11	21,2	11,9 ± 10
Anos			
1 – 9	16	30,8	
10 – 19	16	30,8	
20 – 34	9	17,3	
Pós-graduação (ano) (n=52)			
Sim	33	63,4	
Não	19	36,6	
Titulação (n=33)			
Especialização	8	24,2	
Especialização e Residência	4	12,1	
Residência	17	51,5	

Variáveis	N	%	
Tempo de graduação (ano) (n=51)			Média ≠
Residência e Mestrado	3	9,0	
Especialização, Residência e Mestrado	1	3,0	
Ano da titulação (n=33)			
Saúde da Família ou MFC	10	30,3	
Outras	23	69,6	
Vínculo na ESF (n=52)			
Servidor Público	28	53,8	
Programa Mais Médicos	14	26,9	
Programa PROVAB	8	15,3	
Outros	2	3,8	
Tempo de Trabalho da ESF (ano) (n=50)			Média≠ DP
<1	15	28,8	5,7 ≠ 4,7 anos
1-6	10	19,2	
6,1 - 10	17	32,7	
10,1 - 18	8	15,4	

Fonte: Dados primários da pesquisa

Em relação ao sexo, houve igual distribuição da amostra. As idades variaram de 25 a 44 anos, sendo pouco dispersas, pois apresentaram média de $36,5 \pm 10,5$ anos. Por outro lado, o tempo de graduação variou de um a 34 anos, com média de $11,9 \pm 10$ anos, apresentando dispersão relativa de 84%. A maioria dos médicos (63,4%) tinha pós-graduação, sendo 51,5% em residência. Apenas 10 (30,3%) tinham pós-graduação na área de Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade (MFC). Vale ressaltar que não havia nenhum médico com especialização em nefrologia.

Em relação às situações em que os médicos encaminhavam os portadores de HAS e DM para avaliação do nefrologista, foram questionados sobre situações clínicas, como presença de disúria, bioquímicas, como microalbuminúria, macroalbuminúria, Cr com níveis acima do valor de referência do laboratório e sobre em que estágio da disfunção renal se encontravam, do estágio 1 (DRC estágio inicial) ao 5 (DRC grave ou já com IRT).

Somente 1 (1,9%) dos médicos disse que encaminhavam ao nefrologista na situação de disúria. Quanto à presença de microalbuminúria, 23 (44,2%) já solicitavam o encaminhamento e quando já macroalbuminúria, 31 (59,6%). E 28 (53,8%) responderam que encaminhavam quando a Cr estivesse acima dos valores de referência.

No estágio 1 da DRC, quando a TFG é ≥ 90 ml/min/1,73m², 8 (15,4%) médicos já solicitavam avaliação do nefrologista e a partir do estágio 2, TFG entre 60 e 89 ml/min/1,73m², 16 (30,8%). Quando a taxa da TFG está entre 30 e 59 ml/min/1,73m², ou seja, no estágio 3, esse índice de encaminhamento já aumenta para 51,9%; os estágios 4, com TFG, está entre 15 e 29 ml/min/1,73m², com 55,8%; e estágio 5, com TFG ≤ 15 ml/min/1,73m², já sobe para 59,6%.

O encaminhamento ao nefrologista de acordo com o estágio da DRC e o tempo de formado dos médicos pode ser visualizado na Tabela 2. Foi utilizado o teste de razão de verossimilhança e verificou-se significância estatística a partir do estágio 4.

O tempo de formado não influenciou o encaminhamento no estágio 1 ($p=0,624$), estágio 2 ($p=0,662$) e no estágio 3 ($p=0,111$). Todavia, quanto menos tempo de formado, mais encaminhamentos foram feitos para portadores de HAS e DM nos estágios 4 ($p=0,011$) e 5 ($p=0,043$) da DRC. Enquanto os médicos com menos de um ano de formado encaminharam 90,9% dos pacientes nesses estágios, os com 10 anos ou mais encaminharam no máximo 56,3%.

Tabela 2 – Encaminhamento ao Nefrologista de acordo com o estagiamento da DRC e tempo de formado, SR V, out./13 a jan./14

	Tempo de formado (anos)								
	< 1		1 – 9		10 – 19		20		p1
	N	%	N	%	N	%	N	%	
DRC estágio 1	2	18,2	3	18,3	1	6,3	2	22,2	0,624
Sim	9	81,8	13	81,3	15	93,8	7	77,8	
Não									
DRC estágio 2	5	45,5	4	25,0	4	25,5	3	33,3	0,662
Sim	6	54,5	12	75,0	12	75,0	6	66,7	
Não									
	Tempo de formado (anos)								
	< 1		1 – 9		10 – 19		20		p1
	N	%	N	%	N	%	N	%	
DRC estágio 3	9	81,8	7	43,8	8	50,0	3	33,3	0,111
Sim	2	18,2	9	56,7	8	50,0	6	66,7	
Não									
DRC estágio 4	10	90,9	9	56,3	8	50,0	2	22,2	0,011
Sim	1	9,1	7	43,8	8	50,0	7	77,8	
Não									
DRC estágio 5	10	90,9	9	56,3	9	56,3	3	33,3	0,043
Sim	1	9,1	7	43,8	7	43,8	6	66,7	
Não									

Fonte: Dados primários da pesquisa¹ Teste de razão de verossimilhança.

A Tabela 3 apresenta o encaminhamento ao nefrologista dos portadores de HAS e DM, de acordo com o estagiamento da DRC e a realização de pós-graduação.

Tabela 3 – Encaminhamento ao Nefrologista de acordo com o estagiamento da DRC e ter realizado ou não pós-graduação, SR V, out./13 a jan./14.

	Pós-graduação				
	Sim		Não		p ¹
	N	%	N	%	
DRC estágio 1					
Sim	5	15,2	3	15,8	0,951
Não	28	84,8	16	84,6	
DRC estágio 2					
Sim	10	30,3	6	31,6	0,924
Não	23	69,7	13	68,4	
	Pós-graduação				
	Sim		Não		p ¹
	N	%	N	%	
DRC estágio 3					
Sim	13	39,4	14	73,7	0,017
Não	20	60,6	5	26,3	
DRC estágio 4					
Sim	13	39,4	16	84,2	0,002
Não	20	60,6	3	15,8	
DRC estágio 5					
Sim	15	45,5	16	84,2	0,006
Não	18	54,5	3	15,8	

Fonte: Dados primários da pesquisa.¹ Teste exato de Fisher.

A realização ou não de pós-graduação não influenciou o encaminhamento dos portadores de HAS e DM nos estágios 1 ($p=0,951$) e 2 ($p=0,924$) da DRC. No entanto, os médicos que não possuíam pós-graduação realizaram um percentual de encaminhamentos muito maior para os que estavam nos estágios 3 (73,7%; $p=0,017$), 4 (84,2%; $p=0,002$) e 5 (84,2%; $p=0,006$).

DISCUSSÃO

A NKF, no seu documento KDOQI, a SBN e o MS recomendam que os portadores de DRC sejam encaminhados para avaliação e tratamento pelo nefrologista a partir de determinadas situações, como: TFG <60 ml/min/ $1,73m^2$, ou seja, estágio 3 da DRC; presença de proteinúria em qualquer nível; declínio acelerado da TFG, >4 ml/min/ $1,73m^2$ em relação à anterior; HAS de difícil controle; aumento ou diminuição dos níveis de potássio sérico; doenças renais, como litíase renal e infecção urinária de repetição; outros marcadores de lesão renal, como hematúria persistente. Devendo a avaliação do nefrologista ser prioritária quando a TFG já se encontrar <30 ml/min/ $1,73m^2$.

Mesmo com a existência de várias recomendações clínicas e tratamentos, a taxa de mortalidade dos portadores de IRT em terapia dialítica continua elevada. Tem sido demonstrado em estudos que o encaminhamento tardio (ET), definido como sendo o tempo de encaminhamento menor que três meses do início da diálise, tem sido implicado como fator importante para essa mortalidade (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; BRASIL, 2006b; DIEGOLI et al., 2015; K/DOQI, 2002).

Em recente estudo de corte retrospectivo com portadores de DRC que iniciaram diálise, pela primeira vez, nos anos de 2008 a 2011, em Itajaí/SC, demonstrou-se que a taxa de mortalidade em um ano após o início da diálise encaminhados precocemente foi de 20,5% e de 47,8% dos que foram encaminhados tardiamente ao serviço de nefrologia (DIEGOLI et al., 2015).

Nesse estudo, 44,2% e 56,2% dos médicos responderam que encaminhavam os portadores de HAS e DM ao nefrologista quando esses apresentassem micro e macroalbuminúria, respectivamente. Índice ainda baixo, quando é recomendada a avaliação, o mais possível do nefrologista, quando há macroalbuminúria, como perdas >1 g/dia (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; BRASIL, 2013b; K/DOQI, 2002; SBC, 2010).

Quando relacionado o encaminhamento ao nefrologista de acordo com o estágio da DRC, observou-se relação inversa desse, a partir do estágio 3, com o tempo de formado. A significância estatística foi verificada a partir do estágio 4 ($p=0,011$). Esse fato pode se dever, em parte, por a DRC ter um conceito e classificação relativamente novos, sendo pouco mais de uma década da elaboração do K/DOQI e, provavelmente, não ter feito parte da grade curricular de mais da metade (71%) dos pesquisados, além de ainda ser escassa a divulgação e capacitação no assunto entre os médicos que não são nefrologistas.

Quanto ao fato de ter, pelo menos, uma pós-graduação, não houve superioridade nos índices e verificou-se até desvantagem em ser pós-graduado, como visto na situação de DRC já no estágio 4, em que é prioritária a avaliação do nefrologista (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; BRASIL, 2006b; K/DOQI, 2002). Dos médicos com pós-graduação, 20 (60,6%) não encaminhavam e somente 13 (39,4%) achava relevante a avaliação nefrológica, contra 16 (84,2%) dos médicos sem pós-graduação que encaminhavam ao nefrologista e somente 3 (15,8%) não o faziam. Isso pode, provavelmente, ser devido ao fato das pós-graduações dos médicos serem em especialidades diversas e, a maioria dos que ainda não tem pós-graduação, são médicos recém-formados que estudaram recentemente a nova definição e classificação da DRC, na graduação.

Em conformidade com vários estudos, detectar a DRC nos seus estágios iniciais e encaminhar precocemente ao nefrologista pode ocasionar inúmeros benefícios ao portador de DRC, como: o diagnóstico de possíveis causas reversíveis; a identificação de situações que piorem a função renal e sua correção; bem como de complicações e comorbidades associadas frequentemente a DRC; além da melhora dos parâmetros clínicos, bioquímicos e psicológicos anterior ao início da TRS.

O encaminhamento precoce traduz-se como medida essencial para retardar a progressão da doença para os estágios terminais e diminuir o número de pessoas que chegam ao tratamento dialítico sem o tempo e preparo adequado para tal, aumentando, com isso, a morbimortalidade (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011; DIEGOLI et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DRC é uma doença mundialmente prevalente, silenciosa nos seus estágios iniciais, mas com a diminuição progressiva da TFG, alterações fisiológicas e complexas se associam acarretando várias comorbidades e complicações que culminam em necessidade de terapia renal substitutiva, com alto custo financeiro e grande repercussão na qualidade de vida dos portadores ou óbito.

A importância, portanto, dos médicos e outros profissionais, pelo desenvolvimento do trabalho em equipe, que atuam na Atenção Básica, no Brasil representada pela ESF, para prevenção, detecção precoce, intervenções que atuem na diminuição da progressão da DRC e o encaminhamento não tardio ao nefrologista é hoje internacionalmente reconhecida para o controle dessa verdadeira epidemia que muitos estudiosos apontam para este século.

Neste estudo, que teve como limitante a pesquisa nas UAPS de apenas uma Secretaria Regional – subdivisões administrativas – das seis existentes no município, ficou evidente que a maioria dos médicos da ESF pesquisados não realiza o encaminhamento adequado ao nefrologista dos portadores de DRC, o que demonstra o quanto esses profissionais necessitam, ainda, de esclarecimentos sobre a DRC e a importância do encaminhamento precoce dos portadores, ao nefrologista, para que essas pessoas tenham a sua doença controlada, suas complicações e comorbidades tratadas

eficazmente e, conseqüentemente, melhores condições quando entrarem em tratamento dialítico, refletindo, também, em melhor qualidade de vida pós-diálise.

E traz como grande desafio a extensão para pesquisa em outras SR para confirmação ou não dos resultados aqui demonstrados. Mas, mesmo como pesquisa pontual, pelas características da SR pesquisada, já aponta para a necessidade de maiores investimentos do MS em parcerias com a SBN, suas filiadas e outras instituições, como universidades, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Diabetes, além dos gestores de cada esfera do governo, avançando das campanhas pontuais de esclarecimentos sobre a DRC e suas implicações, para um processo de educação permanente dos profissionais que atuam na ESF, para que esses tenham conhecimento da relevância dessa condição e se sintam implicados e preparados para o manejo adequado e encaminhamento não tardio ao especialista.

Torna-se, também, clara a importância do trabalho de equipe entre os níveis de atenção, sendo fundamental a promoção dessa interação. Afinal, profissionais da AB e especialistas precisam dialogar, formular fluxos e protocolos de atenção para que, finalmente, as repercussões da DRC sejam minimizadas e que efetivamente se possa conter essa epidemia.

REFERÊNCIAS

- ALCÁZAR, R. et al. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crônica. **Nefrología**, v. 28, n. 3, p. 273-282, 2008. Disponível em: <<http://www.revista nefrologia.com/revistas/P1-E28/P1-E28-S299-A469.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.
- BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 2, p. 48-53, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrol.**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2002.
- _____. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006a. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica n. 14).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília, 2011a Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2082_01_09_2011.html>. Acesso em: 2 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial Sistêmica**. Brasília, 2013a. (Caderno de Atenção Básica, n. 37).

_____. **Portaria nº 1.369, de 08 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1369_08_07_2013.html>. Acesso em: 2 fev. 2014.

DALTON, R. N. Creatinina sérica e taxa de filtração glomerular: percepção e realidade. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 47, n. 1, p. 8-11, fev. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n1/01.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

DE FRANCISCO, Á. L. M.; AGUILERA, L.; FUSTER, V. Enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y otras enfermedades crónicas. Es necesaria una intervención más temprana en la enfermedad renal crónica. **Nefrología**, v. 29, p. 1, p. 6-9, 2009.

DIEGOLI, H. et al. Encaminhamento tardio ao nefrologista e a associação com mortalidade em pacientes em hemodiálise. **J. Bras. Nefrol.**, v. 37, n. 1, p. 32-37, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

KDOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. New York, 2002. Disponível em: <http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/toc.htm>. Acesso em: 21 ago. 2012.

KIRSZTAJN, G. M. Avaliação da função renal. **J. Bras. Nefrol.**, v. 31, n. 1, p. 14-20, 2009. Suplemento 1.

KIRSZTAJN, G. M.; BASTOS, M. G.; ANDRIOLO, A. Dia Mundial do Rim 2011: proteinúria e creatinina sérica: testes essenciais para o diagnóstico de doença renal crônica. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 47, n. 2, p. 100-103, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v47n2/v47n2a02.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

KRÓL, E. et al. Early detection of chronic kidney disease: results of the PolNef study. **Am. J. Nephrol.**, v. 29, n. 3, p. 264-273, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2786021/pdf/ajn0029-0264.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

MARTÍNEZ CASTELAO, A. et al. Grupo de acción estratégica de la S.E.N. Estrategiasensalud renal: unproyecto de La SociedadEspañola de Nefrología. **Nefrología**, v. 29, n. 3, p. 185-192, 2009. Disponível em: <<http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E14/P1-E14-S123-A168.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2014.

MURPHREE, D. D.; THELEN, S. M. Chronic kidney disease in primary care. **JABFM**, v. 23, n. 4, p. 542-550, jul./aug. 2010. Disponível em: <<http://www.isdbweb.org/documents/file/4c44236d62832.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

ORTIZ, M. P. A. Insuficiência renal. In: GUSSO, J. G.; LOPES, M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 1124-1136.

SAMPAIO, L. F. R. MENDONÇA, C. S. LERMEN JR, N. Atenção Primária à Saúde no Brasil In: GUSSO, J. G.; LOPES, M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 28-41.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: THE LANCET. **Saúde no Brasil**. Salvador, 2011. (Séries). Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2013.

SESSO, R. C. et al. Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. **J. Bras. Nefrol.**, v. 33, n. 4, p. 442-447, out./ez. 2011. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1432>. Acesso em: 4 jan. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, p. 1-51, jul. 2010. Suplemento 1. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – SBN. Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia. Associação Brasileira das Clínicas de Diálise e Transplantes. Associações de Pacientes Renais Crônicos. **Perfil da doença renal crônica: o desafio brasileiro**. [S.l.], 2007. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/Doenca_Renal_Cronica.pdf>. Acesso em: 12 set. 2009.

_____. **Número de doentes renais no Brasil dobra em uma década, alertam médicos**. 2012. Disponível em: <<http://www.memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-12-07>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

MODOS DE CUIDADO DESENVOLVIDOS PELOS PROFISSIONAIS DO NASF EM FORTALEZA (CE): UMA ANÁLISE CRÍTICO-COMPREENSIVA

*Pedro Renan Santos de Oliveira
Emanuel Messias Aguiar de Castro
Diego Mendonça Viana
Aluísio Ferreira de Lima
Luís Fernando Farah de Tófoli*

OS DESAFIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): UMA INTRODUÇÃO

A história da organização de serviços e assistência à saúde orientada pela Atenção Primária à Saúde (APS) é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, ou seja, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL, 2008; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Longe de ser resultado de uma história linear, a política de saúde é marcada por contradições. Lana e Gomes (2006), por exemplo, lembram como o processo de reforma sanitária foi permeado pela luta dos interesses hegemônicos, expressos pela corrente neoliberal, e os interesses dos trabalhadores e profissionais de saúde voltados para a construção de uma contra-hegemonia. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu, portanto, sob intensa contradição entre o avanço formal jurídico institucional e as dificuldades da realidade econômica concreta (MALFITANO; LOPES, 2003).

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil assumiu como princípios gerais: atuar em caráter substitutivo, e não complementar, em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família estão inseridas; e atuar segundo uma lógica de responsabilidade sanitária territorial, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira planejada e construída com a comunidade onde atua ou adscrita, conforme o termo normativo, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, de modo proativo frente às situações comprometedoras do processo saúde-doença da população (BRASIL, 2006).

Mesmo com os avanços proporcionados pelas equipes da ESF, a priorização de áreas estratégicas de intervenção mínima (controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão, controle do diabetes mellitus, ações de saúde bucal, ações de saúde da criança e ações de saúde da mulher), no entanto, colocou as atividades de prevenção, controle e eliminação dos principais agravos quase que na exclusividade na atenção a agravos e na organização dos processos de trabalho. Isso quer dizer que por meio dos programas estratégicos as equipes focaram sua agenda de ação na “demanda organizada” e, nesse processo, reduziram o seu lócus de atenção, que deveria ser a promoção e cuidado da saúde do território, para o cuidado de agravos prioritários definidos pelo Ministério da Saúde.

A ESF se coloca no cenário político e das práticas em saúde como proponente de uma mudança de modelo assistencial, apesar dos desafios ainda a serem resolvidos. Na tentativa de resolução de alguns desses questionamentos e tensionamentos produzidos na busca por uma APS efetiva, e com base em experiências de trabalho na lógica multiprofissional de equipes ampliadas na ESF, surge, em 2008, a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva das ações das equipes

de saúde da família através da inserção de novas categorias profissionais, efetivando a integralidade nos serviços de saúde.

A estratégia NASF deve, na prática, em sua inserção da ESF, ser construída por equipes multiprofissionais, entre cinco e sete profissionais de categorias distintas, as quais terão como foco que as ações das Equipes de Saúde da Família sejam ampliadas em abrangência e diversidade, além de resolutivas e territorializadas. As equipes NASF, conforme definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), não devem ter função de “porta de entrada”, de modo que profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem na lógica de responsabilização compartilhada com as Equipes de Saúde da Família (ERSF). Em outras palavras, enquanto “equipe de apoio”, o NASF deve produzir novos modos de cuidado a partir de uma revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento dos seus atributos e papel de coordenação do cuidado no SUS.

Os objetivos do NASF, portanto, aparecem como desafios frente ao campo ainda prescritivo na ESF, de forma que questionamos o quanto essas equipes de apoio podem produzir novos modos de cuidado e instaurem a interdisciplinaridade nas práticas de saúde e desafiem os “núcleos de competência” tão rígidos nas profissões.

Diante do papel inovador e estratégico depositado no NASF, pretendemos apresentar nessas próximas páginas como têm se organizado os modos de cuidado no NASF, tomando como material empírico de análise a experiência da capital cearense entre os anos de 2011 e 2012. Para tanto, dois eixos de análise serão apresentados: (a) organização do cuidado no NASF e (b) a construção dos fluxos de atenção no NASF, uma vez que entendemos esses eixos como centrais. Além disso, apresentaremos, através do método

crítico-compreensivo, o Fluxograma Analisador (FA) de dois casos construídos ao longo da pesquisa, uma vez que este foi, por excelência, o instrumento autoanalítico norteador desta pesquisa. Ao final, apontamos o que percebemos como potências e desafios do NASF, a partir de olhar crítico e apanhado compreensivo da produção do cuidado no cotidiano do processo de trabalho desses profissionais.

O NASF EM AUTOANÁLISE NUMA PERSPECTIVA CRÍTICA E COMPREENSIVA: SOBRE A CONSTRUÇÃO DE UMA PESQUISA

Nosso campo investigativo foi a Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo o município de Fortaleza como o local do estudo/pesquisa. O cenário da pesquisa incluiu três Centros de Saúde da Família (CSF), nos quais as equipes multiprofissionais do NASF escolhidas eram lotadas. Os CSF, unidades de saúde que possuem a Estratégia Saúde da Família como modelo organizador de demanda, realizam atividades de assistência, prevenção e promoção à saúde da população adscrita em determinado território de abrangência.

Foram escolhidas 3 (três) equipes de NASF nas Secretarias Executivas Regionais (SER) I, V e VI (metade das existentes), uma em cada regional, cuja composição de profissionais contava com ao menos um psicólogo e/ou terapeutas ocupacionais (T.O.) atuantes nestes CSF. Estas duas categorias profissionais foram importantes porque, dentre as linhas estratégicas de ação do NASF já apresentadas, na Saúde Mental, é proposto o psicólogo, T.O. e psiquiatra como indutores dessas práticas. O município de Fortaleza, entretanto, não possui médicos cadastrados no NASF, ao passo que as duas primeiras categorias citadas formaram o critério de inclusão no estudo.

No período da pesquisa, entre julho e dezembro de 2011, segundo dados da Secretaria de Saúde, estavam presentes 25 equipes do NASF em Fortaleza com 183 profissionais. Nas SER I, V e VI, como exposto, têm-se três, seis e cinco equipes de NASF, respectivamente. Em relação aos profissionais que serviram em critérios de inclusão, os psicólogos e T.O. estão, nessas regionais, em número de 11 e 12, respectivamente. Na Regional I, conta-se dois psicólogos e dois T.O.; na Regional V, quatro psicólogos e seis T.O.; e na Regional VI, cinco psicólogos e quatro T.O. A escolha por equipes com essas categorias diz respeito à indução das práticas de saúde mental nessas equipes, em consonância com as diretrizes do NASF. Desse modo, os sujeitos participantes da pesquisa foram equipes de NASF, uma em cada uma das três regionais escolhidas (I, V e VI).

Foram usados, então, três técnicas para a construção dos dados na triangulação metodológica: A) o Fluxograma Analisador (FA) foi o indutor e (auto) analisador gráfico (BARBOZA; FRACOLLI, 2005); B) o Grupo Focal (GF), um recorte de compreensão da coleta e construção de informações no campo grupal (KIND, 2004), ou seja, o método indutor da facilitação do FA; C) Observações Livres (OL) de campo, nas quais pode-se apreender também elementos não verbais, nos quais o foco foi identificar diferenças, contrastes e rupturas de sentidos, como aponta a literatura (MINAYO, 2010).

Em definição, essas três técnicas podem ser assim definidas: 1) o FA constitui-se num instrumento de análise que interroga os “para que”, os “que” e os “como” dos processos de trabalho, e ao mesmo tempo revela a maneira de governá-lo, através da construção da expressão gráfica do percurso de um usuário ou coletivo de usuários para uma dada atenção despendida aos usuários (BARBOZA; FRACOLLI, 2005; MERHY, 1998); 2) o GF define-se, a partir da leitura de Luciana Kind (2004), como uma entrevista em grupo que atende a fins específicos em dada investigação (MINAYO, 1994 apud KIND, 2004); 3) a OL trata-se

de um movimento do pesquisador que busca apreender também elementos não verbais, nos quais o foco foi identificar diferenças, contrastes e rupturas de sentidos, como aponta a literatura (MINAYO, 2010).

A apreensão do material discursivo ocorreu via Grupo Focal (GF), por se compreender esta técnica ou procedimento de compreensão dos fenômenos conectada com as abordagens qualitativas no campo da pesquisa científica (KIND, 2004). Vale definir aqui o GF a partir da leitura de Luciana Kind (2004) como uma entrevista em grupo que atende a fins específicos em dada investigação (MINAYO, 1994 apud KIND, 2004).

Em relação aos participantes, como se trata do tipo intencional, os critérios (sexo, idade, escolaridade, diferenças culturais e outros) puderam variar, devendo, todavia, ter um traço em comum importante para o estudo proposto; neste caso, portanto, o critério será ter formação em Nível Superior, atuante no SUS, especificamente na ESF como membro de equipe de NASF, podendo ser variável o sexo, idade e instituição de formação. Ao total dos seis GF realizados (dois em cada regional com a mesma equipe), foram envolvidos 14 profissionais. No GF da SER I, havia cinco profissionais; No GF da SER V, havia quatro profissionais; No GF da SER VI, seis profissionais. O número de participantes do GF foi condizente, portanto, com autores de referência (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2005; KIND, 2004), que preveem grupos entre 4 e 12 membros.

O número de sessões do GF, como descrito acima, foi de dois encontros com cada grupo, também em consonância com a literatura (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2005; KIND, 2004), sendo que o tempo das sessões variou entre 60 e 120 minutos, com média de 90 minutos. Das duas sessões de encontro para cada grupo, na primeira era elaborado o “desenho” do FA do processo de cuidado em saúde mental dos usuários referenciados pela equipe. Na segunda, era realizada a discussão da problemática da pesquisa, através da conversa sobre o FA construído. O objetivo foi desdobrar o desenho do fluxo específico dos usuários

de saúde mental até chegar àquele profissional e o que ele faz com a demanda após o início de sua intervenção: nuances, arranjos, acordos, dificuldades, potencialidades. O registro das experiências e observações decorrentes da imersão no campo foi realizado no diário de campo.

É importante assinalar que antes da realização dos GF foram observadas todas as providências necessárias para a realização da pesquisa, respeitando as normativas cabíveis à pesquisa com seres humanos, em especial o disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Apresentamos e aprovamos o projeto de pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, registramos na Plataforma Brasil, sob o número de CAAE 04470112.3.0000.5054, e obtivemos a aprovação pelo CEP-UFC, por meio do Parecer Consubstanciado 121.750 de 2012.

Sobre os fazeres do NASF: dois casos em evidência

A utilização do Fluxograma Analisador (FA) possibilitou a expressão gráfica dos percursos da atenção despendida aos usuários, produzindo reflexões autoanalíticas e críticas sobre os “Fluxos da atenção na ESF”, “Organização do cuidado no NASF”. Como poderá ser observado a seguir, apresentamos nesse primeiro momento a construção gráfica do fluxograma e o debate realizados pelos profissionais durante as reflexões sobre a escolha do caso e as ações nele despendidas. Em seguida apresentaremos como se estabeleceu a organização do cuidado diante das escolhas e desdobramentos dos casos, sobretudo na relação com a Equipe de Referência em Saúde da Família (ERSF), com a Rede de Saúde Mental e outras Redes.

O processo de autoanálise disparado pelo FA, que rendeu muitos minutos de debates, foi apresentado no último momento: reflexões sobre o caso que cada grupo escolheu e reflexões que o método provocou na sistematização das práticas, através da categoria “Cuidado

em questão: autoanálise disparada pelo Fluxograma Analisador”, em que o Modo Psicossocial de Cuidado (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003) sintetizou a vertente crítica da discussão.

O perfil dos profissionais que compuseram os dois grupos (em suas seis sessões) foi formado da seguinte maneira: três fisioterapeutas, psicólogas e fonoaudiólogas, duas assistentes sociais e educadores físicos e uma farmacêutica. Desse grupo, dois homens e doze mulheres. O Grupo da SER I (denominado GRUPO I), composto por cinco profissionais (todas as categorias acima, menos educador físico) e o Grupo da SER V (denominado GRUPO II), por cinco profissionais (todas as categorias menos a farmácia).

Os profissionais se inseriram nos CSF do município de Fortaleza em 2009, com exceção de uma delas, que chegou apenas em 2011. No ano de 2009, os profissionais chegaram entre julho – mês de implantação – e outubro, sendo dez em julho, um em setembro e um em outubro. Todos são contratados por meio de uma Organização Social, IDGS (Instituto de Desenvolvimento de Gestão em Saúde), que terceiriza os trabalhadores da saúde municipal. A admissão aconteceu sem concurso ou seleção pública, havendo uma forte influência dos vereadores da cidade na indicação dos cargos ocupados na gestão pública da cidade. O regime jurídico-trabalhista que os rege é a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

Todos que foram admitidos em julho de 2009 passaram por um curso introdutório promovido pela SMS de Fortaleza. Os demais passaram por um curso específico sobre mortalidade materno-infantil facilitado por um grupo de São Paulo, curso este que foi alterado durante a sua realização devido à demanda dos profissionais de conhecer a experiência do NASF paulistano. Os profissionais têm diferentes origens. Alguns da Saúde Pública em outras áreas, como a Saúde Mental, e outros da Educação, como em escolas e projetos de saúde na escola. Alguns profissionais vieram da iniciativa privada

e um deles estava sem atuar na sua categoria há um ano. Todos os profissionais têm entre 4 e 13 anos de graduado. Seis estão com especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família em curso e cinco já tinham especialização em outra área.

A seguir, iniciamos a discussão específica da primeira categoria de análise do trabalho, o Processo de Trabalho do NASF. Relembramos os símbolos que são usados na construção gráfica dos FA: a elipse representa as entradas ou saídas do caso; o retângulo, o cardápio de ofertas e/ou setores das intervenções; o losango representa o momento em que se tomam decisões. Assim, começamos a exposição da categoria “Fluxo de Atenção” com os caos expostos nos Grupos I e II.

a. Fluxos da Atenção na ESF

A escolha dos casos teve algo em comum nos dois grupos: a) serem denominados multiprofissionais; b) terem a necessidade do olhar e de intervenção a partir de diversas categorias profissionais; c) a necessidade de intervenções intersetoriais no manejo do caso, além de contar com a intervenção de outras instituições e os casos caminharam a partir do cuidados estabelecidos com essas redes; d) ter alguma interface com as equipes de referência, a partir da ERSF, embora, como exposto a seguir, nem todos tivessem um diálogo próximo com esta última.

No Grupo I, o caso escolhido tratava-se de uma usuária com queixa vocal recebida pela fonoaudióloga, encaminhada pela ACS (que pedira avaliação) e que não teve êxito do tratamento até que o caso teve uma intervenção da rede comunitária de cuidado e o cuidado compartilhado com equipe multiprofissional.

O FA abaixo representa o produto do primeiro grupo – o caso da “usuária com queixa vocal”:

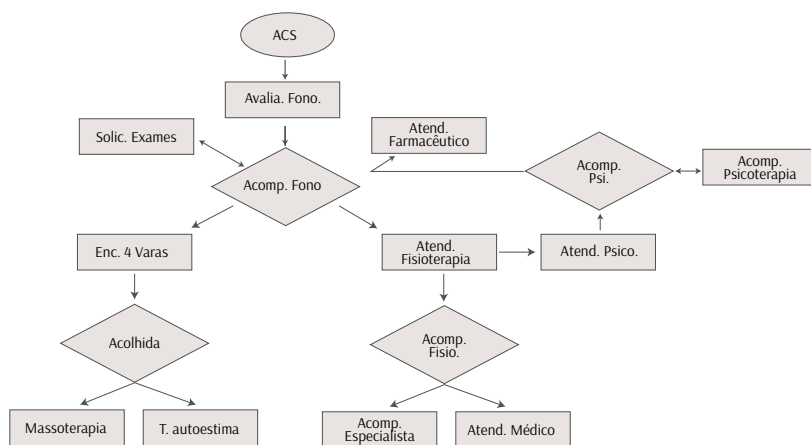


Figura 1 – Fluxograma Analisador do Grupo de Profissionais I

Fonte: Elaboração própria.

O início do fluxo se deu quando a ACS da área da usuária referida pede avaliação de sua voz antes da consulta médica. A partir daí o caso foi conduzido entre atendimentos individuais da fonoaudióloga, solicitações de exames complementares intermediados pela médica da área e consultas médicas esporádicas.

Após um ano de condutas e o caso não ter êxito, a fonoaudióloga decidiu mudar de estratégia e ampliar o cuidado para a rede comunitária: o Projeto Quatro Varas – equipamento no bairro fortalezense do Pirambu em que são realizadas atividades de terapias integrativas e complementares, como Terapia Comunitária, Terapia de Resgate de Autoestima, Massoterapia, além da presença de rezadeiras e benzedadeiras e de farmácia viva. O Quatro Varas teve papel fundamental no cuidado à usuária e mostrou que a equipe conta com este projeto não governamental como parceiro das práticas de saúde mental.

Depois de aproximadamente um mês de encaminhamento, a usuária retornou com uma melhora “surpreendente”. O processo

de cuidado foi conduzido de outro modo e o vínculo entre usuária e profissional mudou significativamente. Mesmo os encaminhamentos que precisavam continuar sendo realizados (como no caso de solicitações de exames complementares, retorno de consultas médicas e possível atendimento psicoterapêutico) foram colocados à disposição do cuidado em um outro caminho.

O caso, então, foi compartilhado também com a fisioterapeuta da equipe que, após algumas consultas/atendimentos, encaminha para o tratamento especializado na área. A partir de então, a paciente já seguia os encaminhamentos. A usuária continuava com várias queixas que faziam necessário longo acompanhamento de diversos profissionais, e com caminhos sempre tortuosos para os segmentos dos tratamentos.

Em um dos retornos ao atendimento médico foi sugerido o encaminhamento para a psicóloga, ao passo que, no mesmo sentido, a fonoaudióloga – que virara referência de cuidado da usuária – também havia sugerido.

A usuária passou ainda pela farmacêutica para orientação de medicações, prescritas pela médica de referência, no que diz respeito aos cuidados de seu sobrepeso. No momento da pesquisa, a usuária era atendida pela psicóloga do NASF, que realizava atendimentos sistemáticos de acompanhamento, além de atendimentos com a fonoaudióloga, que não visava apenas, segundo ela, a “cura da rouquidão”. Havia em pendência um encaminhamento para a clínica-escola da universidade pública que conta com esse serviço, mas ainda sem retorno até o fim da pesquisa.

Dentre as diversas questões que se destacaram no caso, a referência do cuidado ter sido protagonizado pela equipe NASF, especialmente a fonoaudióloga, chama a atenção inicialmente. Não por outro motivo, o gráfico desse primeiro FA expressa certa circularidade em torno da profissional, já que ela conduzia a terapêutica e diálogo com outros profissionais, mesmo os da equipe de referência, e outros setores.

Ainda a respeito do fluxo da atenção, é cabível constar que se trata de um caso de “saúde mental” mais “típico” de APS, em detrimento dos casos de adoecimento grave e persistente — notadamente casos de intervenção do CAPS –, em que a equipe conseguiu dialogar com as redes não formais de saúde (Projeto Quatro Varas), sem desresponsabilização. Entretanto, tantos outros elementos são suscitados pelo caso, como as práticas de atenção despendidas, os modos como se organizaram os momentos de encontro para se pensar o caso e a relação com a equipe de referência, além da reflexividade promovida pelo caso, esses são discutidos mais à frente.

No Grupo II, o caso escolhido tratava-se de uma situação de cárcere privado, que chegou através do ACS na comissão de maus-tratos, da qual o NASF fazia parte, desenvolvido no CSF. O caso começara 8 meses antes da data dos últimos acontecimentos relatados durante a pesquisa. Através dos encontros que o NASF conseguia estabelecer, à época, com as ERSF, mensalmente, o ACS havia relatado a existência de um usuário com transtorno mental e que vivia isolado em sua casa, recebendo visitas esporádicas do CAPS e com internações frequentes. O NASF realizou visita e produziu o primeiro relatório do caso solicitando intervenção do CAPS e colocando-se à disposição para auxílio àquilo referente à APS.

O caso já era conhecido há um tempo por alguns profissionais do CSF, mas a intervenção recomeça, de fato, então, 8 meses depois, quando o ACS, dentro da comissão de maus-tratos – na qual existem vários profissionais, equipes e mesmo a Pastoral da Criança da comunidade –, relata o caso. A partir de então, a equipe discute e decide um conjunto de intervenções que vão ficando claras ao longo da condução, do fluxo do caso. As intervenções interdisciplinares e intersetoriais foram desenvolvidas na medida em que a equipe de apoio (NASF) se apropriava do caso, tornando-se mais referência que a ERSF.

Tratava-se de um rapaz de 26 anos que, na situação, vivia preso em grades, sem recursos materiais dentro da casa, ou cômodo, de sua

moradia, com indícios de que era vítima de violência do pai – com alcoolismo interrogado – e com vínculo com a mãe – que, contraditoriamente, negligenciava cuidados ao filho e também era suspeita de ser vítima de violência doméstica sofrida pelo marido. O segundo FA, a seguir, representa o produto do Grupo II – “caso de cárcere privado com sujeito em sofrimento psíquico”:

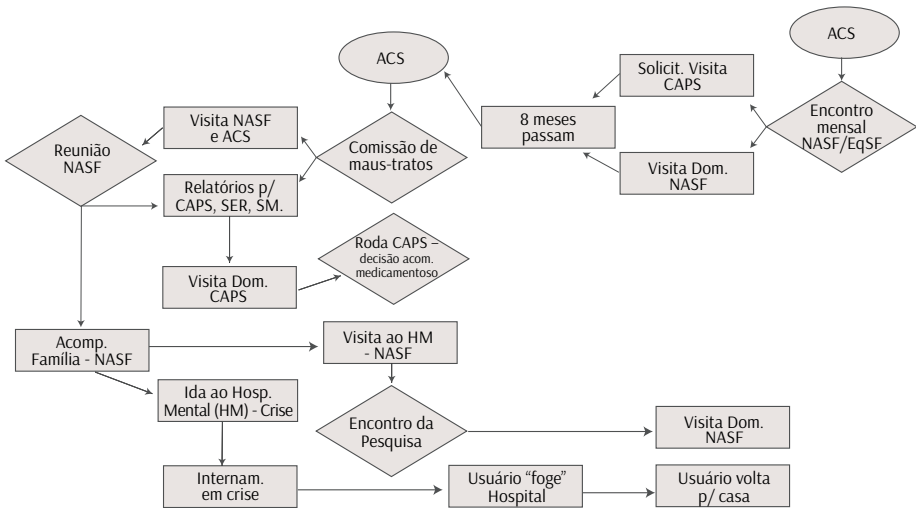


Figura 2 – Fluxograma Analisador do Grupo de Profissionais II

Fonte: Elaboração própria.

O caso já se apresentava em sua demanda, reiteradas vezes exposta pelo ACS, com necessidade de suporte da Rede de Atenção Psicossocial – especificamente o CAPS, inclusive, os relatos afirmavam histórico anterior de internamento psiquiátrico frequente. Por se tratar de egresso de internamento psiquiátrico, o CAPS já tinha papel no caso, mas sem maiores intervenções conjuntas com

a APS. O marco do caso, portanto, foi a pouca retaguarda assistencial. O caso teve um fluxo em que o manejo do vínculo com os profissionais, sobretudo ACS, foi estratégico para condução.

Estabelecidos os primeiros passos, com a constatação de que o ACS tinha vínculo com a família é que a equipe foi, então, realizar a visita domiciliar. Quando esta visita foi realizada, a cena de violação de direitos humanos e de exclusão típicas dos casos de cárcere por transtorno mental se configurava, conforme o relato:

Nesse dia nós fomos lá conversamos com ela [mãe do usuário], ela não falou muito, ela se abriu pra [ACS] e com a gente ela já não se abriu muito. Mas o que a gente viu foi o seguinte: — “ele tá acorrentado desse jeito”. Abriu muito em relação à violência e o que ela disse, mas também outras coisas: que o [usuário] fazia as necessidades fisiológicas num balde e que chegava a ser de quinze em quinze dias [a limpeza] e só quem abria aquele cadeado era o pai, então ele só fazia quando o pai abria; o banho chegava a demorar de vinte dias a um mês e ele era colocado do lado de fora acorrentado nos pés e acorrentado nas mãos e o banho não era dado no banheiro, o banho era dado no corredor e os vizinhos todos podiam ver, porque é uma vila (GRUPO II).

Em outra visita, pôde-se constatar o “clima” em que se vivia no domicílio, de modo que o usuário em questão parecia estar oprimido pelos pais. A psicóloga dá, se vê a seguir, mais detalhes sobre o modo defensivo como o usuário se porta e com possibilidade de interação. Na visita, a profissional já intervém no que percebe:

A mãe tem que esconder o cadeado, aí a gente pediu pra que, eu digo: — Oh, ele lá convive com todo mundo. Ele se levantou, eu achei tão lindo e quando ele se levantou pra sair. Ele se levantou e ficou na minha frente e me deu a mão pra sair, sabe assim numa cordialidade,

numa tranquilidade. E falei isso pra eles, se eles tavam vendo isso, por que, qual é o objetivo? Eles verem com os próprios olhos e acreditar que o [usuário] fora de casa tinha outra possibilidade de comportamento fora daquela dali: — Vocês não tão vendo? (GRUPO II).

Uma das questões centrais no caso foi a possibilidade de internação em hospital psiquiátrico para a dita “proteção” do usuário frente à situação que enfrentava em seu domicílio. A equipe do NASF sugeria, em um relatório produzido e encaminhado à coordenação regional da SM — como consta dentre as ações ofertadas no FA 2 (figura 2) — a internação em hospital psiquiátrico, e a equipe CAPS, em reunião interna, mantinha a proposta de continuidade dos cuidados como vinha fazendo — através de visita e controle do uso da medicação psicotrópica.

A diferença da proposta de condução terapêutica do caso, distinta por parte do CAPS e NASF, distanciou a possibilidade de ação conjunta mais articulada. Para a equipe do NASF (especialmente a psicóloga), a postura tinha uma justificativa:

Se ele se comporta de forma pacífica no hospital, por que em casa ele é tão agressivo? Que fosse trabalhado isso com a família também [durante a internação] no hospital (GRUPO II).

Ao longo do processo, o usuário entra em crise e a família opta por levá-lo mais uma vez ao hospital psiquiátrico, onde é internado. Diante do fato concreto, mesmo sem uma ação concatenada com o CAPS ou coordenação de Saúde Mental da regional — ativada no caso pelos relatórios enviados —, o NASF seguiu com intervenções no âmbito da abordagem à família.

Fato curioso na condução deste caso é que, ao ser realizada a primeira sessão do Grupo Focal para escolha e debate do caso, as ações haviam se encerrado com esta configuração de fatos: usuário próximo

da saída do internamento, conjunto de visitas domiciliares multiprofissionais executadas, vínculo com equipe construído progressivamente e articulação com CAPS ainda sem progresso. A partir daí a pesquisa passa a fazer parte do fluxo de atenção do caso: os profissionais tomaram notícia que o usuário havia fugido do hospital, que havia sido encontrado e que retornaria para casa. Decidia-se, então, no encontro da pesquisa, realizar mais uma ação – visita domiciliar multiprofissional.

O seguimento do caso, entretanto, é sucedido de uma situação fatídica: o usuário foi agredido fisicamente no hospital em que estava internado, repetindo o ciclo de agressão que já vinha sofrendo no próprio domicílio, e caindo por terra a ideia que estaria protegido por uma internação.

O caso, dessa forma, permaneceu inconcluso, como parecem ser os de APS – longitudinais e duradouros. Entretanto, as questões em aberto foram claramente os motivadores do debate deste, da escolha dele para análise do FA. A violência doméstica que a mãe do usuário sofria ainda estava, à época, em início de abordagem, o alcoolismo do pai encontrava-se em situação de impossibilidade de diálogo, haja vista o não reconhecimento por parte dele da importância da equipe – ausência de vínculo com este. O usuário, à época, ainda vivente de uma situação de violação de direitos, foi expressão do desafio para as ações do NASF, ERSF, CAPS e outras redes.

Dentre as diversas possibilidades de questões que podem ser levantadas a partir do caso, nos detemos àquelas referentes ao fluxo da atenção tomado pelo caso, conduzido pelo NASF. Primeiro, comentamos que se trata de um caso com eminente necessidade de intervenção direta e dialogada por parte do CAPS. Um caso emblemático entre aqueles nos quais a Reforma Psiquiátrica disparou ações ao longo da história e que representa a necessidade de superação do modelo asilar como método de cuidado ao usuário em sofrimento psíquico. Entretanto, a perspectiva de cuidado presente no NASF ainda abordava a necessidade do Hospital como um elemento estratégico

para o enfrentamento à violação de direitos presente no caso, fato que a própria realidade fez questão de evidenciar: o hospital psiquiátrico violou o direito do usuário, sua dignidade.

As abordagens ao caso foram difíceis, relata a equipe, e permeadas de surpresas, como no fato do próprio usuário querer ser internado em hospital psiquiátrico (nada descontextualizado frente à situação em que vivia no lar). Ele não tinha diagnóstico definido, segundo os profissionais do NASF, e a única queixa familiar traduzível em termos sindrômicos era o comportamento heteroagressivo.

A equipe denunciou também as tentativas de mediação do caso através da Regional de Saúde e da coordenação da saúde mental nesta Regional, fato que não havia sido efetivado. Ainda dizem que, mesmo quando o CAPS foi acionado, em nenhum momento a equipe do NASF foi chamada para a participação da condução. Isso se releva pelo fato da equipe do CAPS ter realizado estudo de caso daquele usuário e família e não ter convocado o NASF, o que deixou a equipe aparentemente contrariada. Assim, é possível entender como um profissional da APS, ao lidar com atenção em SM, ainda conte com o hospital psiquiátrico como “recurso terapêutico”.

O FA revelou, por um lado, a estagnação do caso por 8 meses e a necessidade de retomá-lo, que apareceu pelo mesmo canal — o ACS —, seja quando a estratégia de organização do fluxo era a reunião mensal, seja com a comissão de maus-tratos. Por outro, o caso, ainda em estado inconclusivo, evidenciou a pesquisa, o GF e a construção do FA como parte dele, para refletir as ações e redimensionar as práticas.

b. “Organização do cuidado no NASF”

A seguir focamos em como as equipes NASF estabeleceram estratégias e caminhos para a interação com as ERSF, como se

relacionaram com a Rede de Atenção Psicossocial e, também, com as outras Redes formais (institucionais e de setores) ou extrainstitucional, como a comunitária. A divisão em tópicos é didática e segue o agrupamento realizado na análise dos dados, embora não se apresentem como fenômenos distintos, mas contínuos e complementares à organização do cuidado, categoria que aglomerou os tópicos abaixo.

A integração com as ERSF

Algumas das questões centrais encontradas nesta pesquisa foram concernentes às dificuldades e potências na relação dos profissionais do NASF com as ERSF. Como discutido anteriormente, a respeito da ascendência dos casos da ERSF para o NASF, os profissionais dos grupos apontaram que, na maior parte das vezes, quando o caso vinha da equipe de referência, a organização do cuidado ao usuário foi completamente diferente de outras situações.

Os problemas de integração variaram, inclusive, segundo a categoria profissional. Para os profissionais do NASF, com os médicos a dificuldade era ainda maior. Profissionais do grupo I perceberam como um grande problema o profissional que tem disponibilidade, mas não consegue sair do âmbito de seu núcleo profissional, e ao mesmo tempo compreenderam a ausência de profissional como prejudicial para o processo de cuidado. O trecho abaixo reflete a problemática apontada:

Se você tem um médico na equipe saúde da família, um médico e um enfermeiro que entende o que é NASF, percebe a importância dos profissionais do NASF, mesmo que não saiba direito o que é, mas mantém o vínculo com a equipe e percebe que naquele caso é importante uma intervenção do NASF, é aonde a gente consegue trabalhar (GRUPO I).

Sobre a integração com os ACS, demonstraram que a relação é problemática. Se está integrado demais, pode acontecer de os agentes encaminharem usuários de modo tal a confundir os profissionais do NASF como porta de entrada; quando não, o acesso à comunidade fica restrito. A dimensão da problemática apresentada tem repercussões diretas no cuidado ao usuário, seja a prática do NASF de regular a entrada ou seja de aceitar a demanda vinda diretamente do ACS. O grupo II relata:

O nosso NASF, não sei os outros, o nosso canal com a comunidade são os agentes de saúde, 98% dos casos sempre é o agente de saúde (GRUPO II).

No entanto, quando havia espaços de encontro de profissionais, seja informal ou formal, como em comissão de maus-tratos ou sessão de discussão de casos, a organização do trabalho desenvolveu potências para desfazer a problemática citada acima. Relatam que espaços como esses são estratégicos não só pela finalidade do grupo em si (debater maus-tratos na comunidade, ou casos clínicos atendidos pela equipe), mas proporcionou momentos de articulações e organizações do processo de trabalho de ambas as equipes (ERSF e NASF). Seriam, assim, nos momentos de discussão de caso que se definiriam os fluxos dos usuários.

Outra questão importante surgida é que pareceu ser necessário, para manter o contato direto com as equipes, estruturar na agenda NASF uma reunião mensal com cada uma das equipes. Um dos casos discutidos (GRUPO II) passou por este mecanismo organizativo. Entretanto, é importante salientar que a disposição não quer dizer a realização.

Além dessa reunião com a comissão de maus-tratos a gente também tenta se reunir, ter no nosso cronograma uma reunião mensal

com todos os agentes de saúde. Assim, pra cada equipe de saúde da família tem uma reunião e era pra ter com enfermeiro, médico, mas a gente só consegue se reunir com agente de saúde. É o momento deles trazerem as demandas, aí os casos das áreas deles e aí os que precisam de atendimento individual, atendimento da fono, psicóloga, as visitas domiciliares e expõem (GRUPO II).

O aspecto da motivação e implicação profissional também foi mencionado pelos profissionais como inerente ao processo de integração com as ERSF. A capacidade de articular o NASF nos casos da equipe de referência passava, então, pela vivência diferenciada e intensa da estratégia. Os profissionais chegaram a afirmar que, na ESF, era a falta de implicação que gerava a dificuldade de conhecimento sobre a estratégia NASF perdurar. A integração com as ERSF, enfim, teve como principal questão na organização do cuidado a dificuldade de realizar encontros. Os encontros foram influenciados por todos os fatores acima apontados pelas equipes do NASF, mas está na direção contrária do encontro a capacidade de operacionalização do apoio à ESF, aponta a literatura (NEPOMUCENO, 2009).

A integração com as Redes

Com a (ou a já relatada insuficiente) rede ambulatorial de saúde mental, o caso foi mais emblemático. A situação problemática acontece quando se trata de usuário que precisa de acompanhamento psicoterapêutico e o psicólogo não tem nenhum recurso na rede, haja vista a inexistência de ambulatórios públicos com atendimento psicológico, números restritos semestrais de vagas para a rede de Clínicas-Escolas de Psicologia e escassa quantidade de vagas para a modalidade psicoterapia dentre os procedimentos do SUS, no município.

A repercussão para o cotidiano da atenção é a produção de arranjos nas práticas do profissional, como relatado abaixo:

O que eu fiz: eu tenho dois turnos de grupo terapêutico. E eu tenho três turnos em cada unidade pra atendimentos individuais, então esses três turnos eu marco em torno de cinco pessoas cada turno, são quinze, e eu não posso ver essa pessoa três vezes no mês, quando eu noto isso aí é que — porque o que eu posso fazer, se eu não mandar pro CAPS o atendimento dela também não vai ser semanal — o outro local de atendimento psicológico é a Universidade Federal, pra alguns casos como questão de luto, a questão de transtorno alimentar (GRUPO II).

Quanto à rede informal, os profissionais dos três grupos relataram contar com ela em seu cotidiano. Com mais notoriedade, o grupo I mostrou um entrelace das práticas de cuidado por meio da parceria com o Quatro Varas. Os profissionais do NASF também apontaram que mesmo com a rede que está dada, em suas distintas configurações, é necessária certa medida de protagonismo profissional, pois, caso contrário, “a condução do cuidado não anda” (GRUPO I).

No caso específico da Saúde Mental diversas são as questões às voltas do fluxo que se estabelece entre NASF e a rede formal de saúde mental — denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A ferramenta do Apoio Matricial é uma delas e colocada em detalhes pelos profissionais. Relatam que a indução à prática do matriciamento é normativa, mas que ela não necessariamente faz parte do arranjo técnico assistencial. Relatam ainda que o matriciamento, quando aconteceu na agenda de alguns profissionais da saúde mental na APS, foi uma grande ferramenta de encontro das redes, mas a falta de condução por parte da gestão local, regional ou municipal gerou problemas. Ao mesmo tempo em que questionaram, responderam sobre os motivos pelos quais o apoio matricial deixou de existir no cotidiano das

equipes da ESF: “Eu acho que houve uma desarticulação da atenção básica com os CAPS, né, com os profissionais dos CAPS” (GRUPO I).

Os profissionais não responsabilizaram apenas a ferramenta do apoio matricial como o provedor das relações entre SM e NASF. Fizeram a crítica de que o próprio momento/estado atual da reforma na assistência à saúde mental no âmbito de Fortaleza está relacionado com a interface da SM na APS, no cotidiano da atenção. Relataram que a capacidade dos CAPS de atender à demanda é insuficiente e fazem também referência à cobertura populacional de um CAPS geral para, em média, 400 mil habitantes.

Vão mais a fundo e dizem que a construção dos diversos CAPS em 2006 e a estagnação, em seguida, da ampliação da rede substitutiva até o momento atual dá a sensação de “desassistência”: “Eu acho que hoje, a rede, ela tá muito desassistida na saúde mental” (GRUPO I). Complementam: “Na verdade, eles só acabaram com o hospital psiquiátrico” (GRUPO I). Essa discussão levantada aponta, então, a crítica que os profissionais apuram no cotidiano de trabalho, em consonância com os apontamentos da atual fase da reforma psiquiátrica local (BARROSO, 2011; NUNES, 2015; QUINDERÉ et al., 2010).

Em específico à relação do CAPS com o NASF, os profissionais a têm julgado como inexistente, ou, quando acontece, é pontual e emergencial. A questão com o CAPS foi tão emergente na narrativa dos profissionais que, na falta de possibilidade de contar com o CAPS como retaguarda, a profissional contava com a urgência do Hospital Psiquiátrico privado da região como forma de ter retaguarda para quando julgava que o paciente precisa de avaliação psiquiátrica e de medicação:

Quando eu vejo a necessidade de medicação de certa forma psiquiátrica eu não tou mais mandando pro CAPS. Eu só aciono o CAPS atualmente se a pessoa já fizer parte do CAPS (GRUPO II).

A repercussão da problemática apontada pelos profissionais foi sentida diretamente no fluxo da atenção despendida aos usuários, como percebida e descrita no caso do grupo II. A falta de vínculo com o CAPS, neste caso, teve a ver com a falta de ações do CAPS antes das internações, em situações anteriores, ou mesmo quando o usuário ainda não havia entrado em crise, na situação específica relatada na pesquisa.

Assim, a possibilidade de diálogo com o CAPS se fez não apenas com a retaguarda técnico-assistencial para execução do Apoio Matricial, sobretudo com a capacidade do CAPS articular, em conjunto com o NASF, intervenções em prol da Saúde Mental dos territórios de referência. O NASF, enquanto “ponte” da rede especializada da APS e SM, parece ser uma possibilidade pouco vislumbrada na rede local de Fortaleza.

Diante dos arranjos possíveis, os profissionais estabeleceram modos de lidar com a rede. Por vezes, a falta de acesso gerou a estagnação dos fluxos dos casos – o que não se explorou muito na pesquisa, já que os casos escolhidos refletiam o contrário disto – ou, no outro extremo, inauguraram-se novas modalidades de atendimento e atenção ao usuário; por vezes, forçou a descoberta de novas instituições na comunidade. Em todas as maneiras, a prática do encaminhamento foi revista pelos profissionais, de modo que é a necessidade de uma rede que tem fortalecido arranjos construídos no cotidiano.

POTÊNCIAS E DESAFIOS DESSE NOVO PAPEL NA ESF: CRÍTICA E COMPREENSÃO DO TRABALHO DO NASF

Os dois casos apresentados, para além da crítica ao fazer dos profissionais, desvelaram fazeres do cotidiano que evidenciaram os modos de cuidado destinados aos usuários diante da diversidade de organizações das práticas possíveis na ESF. Observamos a tentativa de superação da “busca-oferta”, apresentada no caso I como uma tentativa

de escuta qualificada, para além da queixa ou sintoma, e evidência do sujeito em questão, para além de sua doença. No caso II notamos ora a organização de um arranjo assistencial em que a adaptação do sujeito às dinâmicas familiares é central, ora implicação com o caso a ponto de se reverem as práticas usadas na condução do cuidado.

De um lado, a preponderância e horizonte são perceptíveis em conexão com a organização psicossocial de atenção na medida em que as práticas de tutela ou institucionalização do sofrimento não são recorrentes, sobretudo, com as revisões de práticas realizadas e autocrítica feitas pelos profissionais. Os exemplos foram muitos: percebemos a necessidade de saúde da usuária como principal eixo norteador de práticas, como no grupo I, promovendo práticas de implicação subjetiva do profissional com o contexto do sujeito e uma abordagem do problema propensa à centralidade no usuário. Destacamos, também, desde o fortalecimento da referência do cuidado por uma profissional não “Psi” (em casos costumeiramente definidos como “de saúde mental”), como no grupo I, ao fortalecimento de estratégias de práticas terapêuticas multiprofissionais, como elencado dentre as práticas do grupo II.

Semelhante ao encontrado em pesquisa sobre a inserção do NASF em Fortaleza, por Oliveira et al. (2012), percebemos que os profissionais sentem fragilidade na retaguarda assistencial das redes de atenção secundária. Esse capítulo aponta um certo movimento de criatividade e inventividade nas ações diante disso e, em contrapartida, aponta insegurança quanto à organização do cuidado e fluxo assistencial para garantir as práticas que cabem ao NASF na ESF.

Franco e Merhy (2011), por outro lado, indicam um caráter prescritivo na política que inaugura a ESF. Afirmam os autores que a ESF, mesmo se colocando no cenário das políticas de saúde como indutora de um modelo substitutivo à atenção básica tradicional, coloca em cena o “trabalho morto” (centralidade em protocolos,

mediação do cuidado demasiadamente procedimental, excesso de exames e fluxos de cuidado centrados em encaminhamentos) desde sua organização. Contextualizando a crítica dos autores para a nossa pesquisa, percebemos que a adoção das diretrizes da política do NASF não pode prescindir da crítica por parte dos profissionais e mesmo das gestões locais dos serviços de saúde, necessária para uma atuação condizente com os princípios por ela mesma propostos. Ou seja, na efetivação da integralidade do cuidado e na qualificação das ações de saúde na ESF, sem essa crítica à organização local do processo de trabalho, corre-se o risco de o NASF instaurar fluxos de cuidado e organização da atenção de modos que não conduzam ao modelo de atuação almejado.

Finalmente, destacamos que pesquisar a prática profissional na ESF pode ser instrumento promotor de reflexão de autoanálise dos próprios profissionais pesquisados — com fomento à postura (auto) crítica sobre prática, ou *práxis* —, além de servir de tecnologia avaliativa do cuidado no NASF e ERSF. Sobretudo pesquisas sobre a prática profissional podem servir como dispositivo de avaliação da qualidade da assistência, tão importante para as políticas que preconizam o olhar às singularidades, como a ESF, para o Sistema Único de Saúde.

Modos de cuidado desenvolvidos pelos profissionais do NASF em Fortaleza (CE):
uma análise crítico compreensiva

Referências

ASCHIDAMINI, I.; SAUPE, R. Grupo Focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, América do Sul, v. 9, n. 5, p. 12, 2005.

BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, 2005.

BARROSO, Sabrina Martins; SILVA, Mônica Aparecida. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, v. 12, n. 1, 2011.

BRASIL. **Portaria 336/2002 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. 7-16, 2008. Suplemento 1.

COSTA-ROSA A.; LUZIO C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial — rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord).

Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. **PSF: contradições e novos desafios.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribunas/PsfTito.htm>>. Acesso em: 20 maio 2011.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.

LANA, F. C. F.; GOMES, E. L. R. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.4, n. 1, p. 97-110, 2006.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Programa de Saúde da Família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 110-117, 2003.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde. Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E. E. **SUS em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

Modos de cuidado desenvolvidos pelos profissionais do NASF em Fortaleza (CE):
uma análise crítico compreensiva

NEPOMUCENO, L. B. A prática da psicologia no NASF. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. [Versão eletrônica]. **A prática da psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Brasília: CFP, 2009. p. 49-59.

NUNES, J. M. S. **A problemática implantação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza, Ceará: a reforma que se pensa, a reforma que se faz**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

OLIVEIRA, P. R. S. et al. Novos olhares, novos desafios: vivências dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Fortaleza CE. **Cadernos ESP**, v. 6, p. 54-64, 2012.

QUINDERÉ, P. H. D. et. al. A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, CE. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 137-147, jan./mar. 2010.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/488>>. Acesso em: 16 jan. 2012.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Mental e Saúde da Família: Saúde e Loucura** 7. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 199-219.

CUIDADO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E CRACK: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Cybele Peixoto de Andrade

Ana Patrícia Pereira Morais

José Maria Ximenes Guimarães

Eliany Nazaré Oliveira

José Jackson Coelho Sampaio

INTRODUÇÃO

No intuito de uma aproximação com a realidade da atenção à saúde aos usuários abusivos de álcool e crack, busca-se analisar as percepções que delineiam este campo, determinado pelo contexto histórico-sócio-político-econômico. Compreende-se, com efeito, que estas formas de cuidado estão inseridas em modelos de atenção à saúde e que produzem implicações conceituais e técnicas para o desenvolvimento de ações no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

No início da década de 1970, a drogadição era vista como doença crônica e recorrente, de fundo genético, biológico e/ou neuroquímico (SCHNEIDER, 2010). O tratamento para os usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas se voltava para abstinência total, sem possibilitar outras estratégias de enfrentamento ao problema. Trabalhava-se com o princípio da “tolerância zero”, o que estabelecia um abismo entre nenhum e qualquer uso, sem distinção dos diferentes tipos de consumo e as dimensões distintas e danos associados aos variados padrões de uso de drogas. Esta proposta de abstinência ainda é predominante no Brasil e no mundo.

A noção de consumo e dependência como patologia biologicamente determinada é o princípio fundamental do modelo biomédico.

As intervenções são realizadas em perspectiva comportamental, terapia cognitivo-comportamental, prevenção a recaídas, reabilitação etc. A compreensão deste modelo é de que,

[...] sendo a dependência uma doença incurável, a única intervenção que pode ser feita é na direção de controlar o comportamento, já que não será possível superar o problema ou resolver as contradições que levam à relação abusiva com as drogas, pois a pessoa será sempre um doente. Para tanto, o dependente tem de passar a sua vida em estado de alerta em relação às drogas, evitando qualquer ambiente ou pessoa eliciadora do mesmo, evitando o uso, ainda que social (SCHNEIDER, 2010, p. 694).

Nesse modelo, o hospital é o recurso terapêutico que se destaca; o usuário abusivo de drogas era submetido a longos períodos de internação, à estigmatização, provocando o dilaceramento dos vínculos familiares e sociais decorrentes da segregação, a perda da sua identidade e dignidade.

Seguindo nessa mesma compreensão, está o modelo jurídico-moral, que exprime ênfase nos aspectos morais, criminais e de doença. O paradigma unicausal, saúde compreendida como ausência de doenças, baseado no modelo hospitalocêntrico ou nos tratamentos morais, facilitou a disseminação da ideia da abstinência como saída única para o tratamento do usuário abusivo e dependente de drogas. Esta crença está em sintonia com o discurso jurídico-político proibicionista de eliminação das drogas da sociedade, por se constituírem em um risco à saúde e à segurança da pessoa e da sociedade (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012).

As ações são direcionadas ao setor da segurança, que atua numa perspectiva punitiva e restritiva, na legislação antidrogas, na repressão à demanda, cujo efeito é a repressão ao usuário, entendendo este como cúmplice do traficante, e na repressão da oferta, declarando

guerra ao narcotráfico na busca de uma sociedade sem drogas, tendo como modo de ação a penalização e a justiça terapêutica.

Com esta percepção, as informações são pautadas no amedrontamento, remetendo ao apelo moral, à persuasão dos sujeitos à abstinência. O *slogan* “Diga não às drogas”, tão divulgado pelos meios de comunicação, traduz bem os programas proibicionistas marcados pela visão maniqueísta do problema. A guerra é contra o usuário estigmatizado como uma pessoa causadora da violência urbana e da desordem familiar.

A racionalidade típica do modelo jurídico-moral é a teológica, a qual entende a drogadição como um desvio dos valores religiosos ou morais. Nestes termos, “o consumo de drogas configura um problema moral, uma prática delituosa cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos” (ALVES, 2009, p. 2311). A terapêutica consiste em o usuário assumir seus erros, retornar a viver uma vida regrada, de respeito ao seu semelhante, voltando-se para a espiritualidade.

Esta lógica de tratamento é encontrada, principalmente, em clínicas, grupos de ajuda mútua e comunidades terapêuticas.

A concepção de cuidado passa, ao longo dos anos, a tomar outra dimensão, com o movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Na segunda metade da década de 70 e na década de 80 do século XX, o cuidado começou a ser entendido como algo compartilhado.

No modelo sanitário, o cuidado envolve a preocupação com vários fatores implicados no processo saúde-doença. A saúde é entendida como um conceito positivo e multidimensional, ganhando espaço a responsabilização, a coordenação do cuidado e o acompanhamento no processo de cura e/ou controle. O cuidado, então, é voltado para o sujeito (BOFF, 2012).

Este período é marcado pela crítica às experiências manicomiais, tornando imprescindível a desconstituição dos saberes e práticas asilares, abrindo espaço para a atuação multiprofissional.

Neste paradigma, os aspectos relacionados ao contexto social na constituição da dependência às drogas são considerados, porém o social é visto no sentido de influência do ambiente, influência das más companhias, problemas de educação, estrutura familiar etc.; associados às questões da personalidade, como dificuldade de lidar com o sofrimento ou frustração, fuga da realidade, comorbidade de outros transtornos mentais, forma de lidar com problemas emocionais, sexuais e psicológicos. Desta forma, reserva ao termo ambiente uma visão biologizada da vida social; a culpabilização é deslocada do sujeito para o ambiente social, as relações familiares, a cultura; isto sendo abordado numa perspectiva anistórica e não dialética, servindo para referendar a concepção subjetivista, moralista e “psicopatologizante” que predomina no modelo biomédico.

Assim, segundo Schneider (2010, p. 692),

a visão hegemônica que aparece subjacente à concepção biopsicossocial da dependência de drogas é assim, ao mesmo tempo, subjetivista, psicopatologizante, ora organicista, ora ambientalista.

A meta dos tratamentos aos usuários abusivos de drogas continua sendo a abstinência, utilizando técnicas de enfoque psicodinâmico ou comportamental, ou técnica de dinâmica de grupo na busca da modificação do comportamento do usuário e de suas inter-relações. Consideram que é dever do usuário livrar-se das drogas, nem que para isto tenha que sacrificar parte de sua vida social. O imperativo é a interrupção do uso sob quaisquer circunstâncias, sem considerar no contexto de vida daquele sujeito a função que a droga ocupa naquele momento.

Com os modelos alternativos de atenção à saúde (PAIM, 2008), o cuidado assume lugar privilegiado nas práticas de saúde, pois suas intervenções podem levar à reconstituição de intersubjetividade, na medida em que o foco principal deixa de ser o que se pretende atingir e as formas de alcançar, e passa a ser a experiência que une o conteúdo da primeira

ao objetivo da segunda, conforme Ayres (2000). Isto implica haver espaço para reflexão e negociação sobre os meios e fins da assistência à saúde. É neste espaço de ressignificação, de encontro, que o cuidado assume um eixo político de emancipação humana como horizonte ético.

É esta nova expressão de cuidado que ganha cada vez mais espaço entre os profissionais de saúde, assumindo intencionalmente o cuidado ético-consciente como atitude, projeto de vida: uma forma de viver, de ser, de se expressar.

O entendimento sobre o usuário de substâncias psicoativas, que alteram estados de consciência e modificam o comportamento, deixa de ser visto como desvio de caráter e passa para o âmbito do transtorno mental, não sendo abordadas apenas questões orgânicas, mas também psicológicas, sociais, políticas, econômicas, legais e culturais, que interferem neste fenômeno; além de suas consequências físicas, psíquicas e sociais, já que a dependência provoca mudanças acentuadas na interação da pessoa com seus membros familiares, afetando suas relações sociais e até mesmo profissionais.

Partindo da compreensão de que o usuário abusivo de drogas está em situação de sofrimento físico e psíquico intenso, atingindo não só sua vida, mas também a de sua família, amigos, comunidade, trabalho, é que se torna necessária uma rede de cuidados para dar conta desta conjunção de problemas.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde criou a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, cujos objetivos gerais são a ampliação e promoção do acesso nos diferentes níveis da atenção à saúde e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

Esta rede é constituída por ações e serviços de saúde, nos distintos níveis de organização do SUS, representados pela atenção

primária à saúde, atenção psicossocial especializada, urgências e emergências, residencial de caráter transitório, hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, estabelecendo como competência das unidades primárias de saúde.

Cabe assinalar que a unidade da Atenção Primária à Saúde, *locus* deste estudo, como ponto da Rede de Atenção Psicossocial, tem, portanto, responsabilidade no cuidado das pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

A ESF, por fazer parte desta rede, situada na Atenção Primária, assume o lugar de porta de entrada preferencial e centro de comunicação entre serviços, coordenando os fluxos e contrafluxos do Sistema de Atenção à Saúde, na busca da promoção de um cuidado continuado, sendo assim um dos dispositivos para que os usuários possam ressignificar seus sintomas e sofrimentos no próprio território, que é o lugar onde acontecem as tramas de sua vida.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo utilizou o método analítico-descritivo, com enfoque qualitativo, tomando como objeto as concepções e práticas dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família relacionadas ao uso abusivo de álcool e *crack*.

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, estado do Ceará, que é dividido administrativamente em seis secretarias regionais (SER), e em cada uma delas há uma Coordenadoria Regional de Saúde responsável pela gestão da rede de serviços de saúde, com o objetivo de organizar a rede de cuidados, garantindo à população acesso aos serviços da Atenção Primária a rede especializada (Atenção Secundária), vigilância epidemiológica e sanitária. Como campo do estudo, foram delimitadas seis unidades de Atenção Primária, sendo uma em cada secretaria regional.

No período estudado, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, Fortaleza contava com 91 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), 255 equipes da ESF, 117 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 12 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), garantindo a cobertura, com equipes completas, de 37,9 % de sua população.

Participaram da pesquisa 26 profissionais, sendo 23 da equipe de Saúde da Família – oito médicos e 15 enfermeiros – e três da equipe do NASF, dois psicólogos e um assistente social. Os participantes do estudo foram identificados segundo Grupos I e II: Grupo I (GI) para profissionais da EqSF e do Grupo II (GII) para os profissionais do NASF. Por profissão, (M) médico(a), (E) enfermeiro(a), (A.S.) assistente social e (P) psicólogo(a); e por ordem numérica seguindo a realização da entrevista.

A coleta de dados ocorreu por meio da pesquisa de campo, nos meses de agosto e setembro de 2013, na qual foram utilizadas a técnica da entrevista semiestruturada e a observação simples, com registro em diário de campo, por meio de visitas às unidades de saúde, a fim de observar a dinâmica do trabalho – rotina, atividades realizadas, relações sociais, entre outros aspectos.

Para organização e análise dos relatos, foi adotada a análise de conteúdo, numa perspectiva crítico-reflexiva, com ênfase em eixos temáticos, proposta por Minayo (2010), que consiste em encontrar os núcleos de sentido presentes na comunicação.

Como ensina Minayo (2010), essa análise relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados; assim, faz a articulação do discurso com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e produção da mensagem, permitindo apreender a realidade por meio do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – UECE, conforme o Protocolo

Cuidado aos usuários de álcool e crack:
percepção dos trabalhadores da estratégia saúde da família

nº 305.471, em 10/06/2013, de acordo com as normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução 466/ 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Razões para uso abusivo de álcool e crack na percepção dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família

Os determinantes apontados pela sociedade como fatores que produzem vulnerabilidades para a procura e permanência no uso das drogas, seja lícita (como o álcool) ou ilícita (como o *crack*), são constituídos historicamente, mudando segundo o contexto sociopolítico, econômico e cultural do período e da forma como se estabelecem as relações sociais.

No âmbito dos serviços de saúde, particularmente na ESF, considera-se relevante a compreensão de como os trabalhadores percebem esse problema, uma vez que as análises dos sujeitos sociais sobre estas experiências não devem ser ignoradas, mas reconhecidas como detentoras de racionalidade, que nas suas conexões histórico-sociais conformam seus discursos e, ao mesmo tempo, se consubstanciam em suas práticas.

Eu entendo que seja a facilidade. Ela está em todo canto, em toda esquina. Eu acho que cada dia o uso do álcool e crack está pior, a gente não consegue ver estratégias por conta do governo para melhorar isso (GI – E 04).

Eu acho que é desestruturação familiar. Os pais hoje não tão se enquadrando mais no papel de pai e mãe, eles tão delegando a escola o papel da educação do filho e aí realmente a falta da base familiar que está levando as pessoas a entrarem nesse mundo (GII – P 02).

Os relatos dos profissionais entrevistados apontam: fácil acesso às drogas; falta de políticas públicas que permitam ao cidadão uma perspectiva melhor de vida; dinâmica familiar.

Em pesquisa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2013), sobre o perfil da população usuária de *crack* e outras formas similares no Brasil, ocorrida do final de 2011 a junho de 2013, os entrevistados, quando questionados sobre os motivos que os levaram ao uso de *crack*/similares, associaram: 58,3% a ter vontade ou curiosidade de sentir o efeito da droga; 26,7% por pressão dos amigos; 29,2% por perdas afetivas, problemas familiares, violência sexual; 10,4% a vida ruim e perda do emprego e 1,3% ao preço baixo.

Percebe-se que a percepção que os profissionais têm acerca das razões para o uso de droga na população adscrita ao território da ESF corresponde ao que foi encontrado na pesquisa da SENAD (2013).

As falas dos profissionais sobre os motivos que levam ao uso abusivo de drogas remetem diretamente à sua compreensão sobre este fenômeno, que vai do unicausal, em que é atribuído um fator específico ao início do uso, até o multidimensional, ganhando espaço a responsabilização por parte das políticas públicas, os aspectos biológicos, farmacológicos, psicológicos, socioculturais, políticos, econômicos, antropológicos e também legais que interferem neste fenômeno. Portanto, qualquer tentativa de explicação, considerando algum destes aspectos de forma isolada, expressa uma visão reducionista do problema e não dá conta de soluções adequadas (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Convém assinalar que o profissional, ao relacionar o início do uso da droga apenas à dinâmica familiar, como fator preponderante, parte da compreensão de que a responsabilidade é da pessoa e seu núcleo familiar. Podem acreditar que é aquela família que se “desestruturou”, não foi eficiente para criar seus filhos – visão permeada pelo pensamento positivista que remete a intervenção a um discurso moral, cujo foco é na abstinência como meta terapêutica.

Nesta mesma linha de compreensão, segue a referência à facilidade no acesso às drogas, a qual se fundamenta no tripé droga–pessoa–meio e se refere à influência do meio social nas condições de vida, às características intrínsecas da droga e ao significado que esta ocupa na vida daquela pessoa. Esta compreensão psicossocial, na maioria das vezes, vem articulada a outros modelos, trabalha com a busca de mudanças comportamentais e suas relações, inclusive com a droga, modificando seu padrão de uso, tendo como meta a abstinência.

Evidencia-se o fato de que alguns trabalhadores da ESF relacionam o uso abusivo de drogas à pobreza:

[...] são pessoas que não apresentam [...] perspectiva futura de vida. Eles usam essas substâncias como fuga dessas faltas de oportunidades existentes na vida deles (GI – M 05).

[...] embora tenha na classe mais evoluída, mas é bem menos. Aqui, por exemplo, em Fortaleza a gente vê que realmente são as periferias que estão acabando com os jovens (GI – M 06).

Embora estudo da OMS (2001) mostre que as famílias que vivem em situação de exclusão socioeconômica encontram-se em situação de vulnerabilidade aos problemas relacionados ao uso e abuso de drogas, é necessário analisar até que ponto esta associação não serve como fundamento a uma visão preconceituosa, discriminatória e punitiva, haja vista o fato de que, embora determinada característica esteja presente em uma ocorrência, isto não faz dela, necessariamente, um elemento determinante.

Esta percepção de alguns dos profissionais sobre os usuários busca justificar que é a situação de pobreza que induz à problemática do uso abusivo das drogas, à violência e suas consequências, criando inimigos imaginários, contribuindo diretamente para massificar a criminalização da pobreza e dos processos de exclusão social. Acredita-se que a sociedade

possa ser livre das drogas com ações que visam a reduzir o consumo, a comercialização e a sua distribuição. Quando predomina esta percepção, as intervenções em saúde se revestem de caráter jurídico-moral.

Merecem destaque as falas dos trabalhadores em relação à adolescência, pois abordam as características intrínsecas desta fase como algo que os torna vulneráveis ao início do consumo das drogas.

Eu acho, em primeiro lugar, pensando na adolescência ou até na criança, é uma questão de curiosidade, e depois ela descobre a sensação de prazer (GI – E 12).

[...] essa falta de afirmação que o adolescente tem dá essa necessidade de se autoafirmar (GI – E 03).

A análise das falas direciona ao entendimento de que os fundamentos e diretrizes da ESF, particularmente na longitudinalidade do cuidado, no aspecto da elaboração do vínculo e responsabilização do cuidado ao longo dos ciclos de vida, convocam a elaboração de ações e serviços direcionados ao público adolescente, com vistas à promoção da saúde e prevenção ao uso de drogas. A observação das práticas no território, contudo, permitiu visualizar que apenas duas equipes de Saúde da Família, dentre as 23 entrevistadas, tinham atividades direcionadas ao público adolescente.

Em Fortaleza, 17,6% do contingente populacional é de adolescentes (BRASIL, 2010). Este dado, por si, mostra a importância que ações de saúde direcionadas a esta faixa etária sejam desenvolvidas, considerando suas características. De forma geral, percebem-se poucas ações dos profissionais da ESF voltadas para este público, o que não é característica só do município de Fortaleza, pois este dado já foi sinalizado por Fonseca e Ozella (2010), em seu estudo, em que atribuem o lugar do não cuidado no cotidiano das equipes de Saúde da Família à visão natural, universal e patológica que estes profissionais têm desta fase da vida.

Não obstante, é importante considerar o fato de que, entre os próprios usuários (SENAD, 2013), 58,3% apontaram a vontade e a curiosidade de sentir o efeito da droga como fator de aproximação e 26,7% por pressão dos amigos. Ao se considerar o fato de que estes dois aspectos são algo comum na fase da adolescência, poder-se-á concluir com a necessidade do trabalho de prevenção ao risco associado ao uso, mesmo que experimental, e de promoção à saúde, por parte, também, dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Reforça-se aqui a ideia de que os profissionais também relacionam a constituição da dependência às drogas à falta de políticas públicas intersetoriais e/ou transeitoriais. Torna-se necessário analisar outros fatores que constituem esta percepção, pois pode estar sendo numa perspectiva anistórica e não dialética, servindo para referendar a concepção subjetivista, moralista e “psicopatologizante” predominante no modelo biomédico, na medida em que há apenas o deslocamento da culpabilização da pessoa para a sociedade.

Creio que aí vai uma falta de estruturação no nível social, falta de trabalho, falta de uma referência social, de programas educativos, de uma educação de qualidade, de uma saúde de qualidade, são vários problemas envolvidos que levam a esse descontrole no uso abusivo de álcool e drogas (GI – E 05).

Desta forma, concorda-se com Crives e Dimenstein (2003), que analisam o consumo de drogas e as formas de enfrentamento como expressão não apenas das desigualdades sociais historicamente produzidas, mas envolvem também uma sociedade que produz vazios, onde imperam o individualismo, o consumismo, a competitividade, e estes vazios perpassam todas classes sociais, levando a diversos tipos de sofrimento, exigindo terapêuticas que ultrapassem as práticas apenas de cunho curativo e individual, exigindo ações coletivas numa perspectiva de formação da cidadania e de busca de qualidade de vida.

O (des) cuidado aos usuários de álcool e crack na Estratégia Saúde da Família

Os trabalhadores, ao serem indagados em relação ao cuidado do usuário de álcool e *crack* e seu familiar na Atenção Primária à Saúde, em grande parte demonstraram não conhecer o que as políticas públicas atuais estabelecem como responsabilidade da ESF, o que denota fragilidade no conhecimento de suas atribuições.

Olha, sinceramente não faz parte do programa, assim, das atividades básicas do saúde da família, da estratégia que tem aquelas lançadas pelo Ministério e que são os programas básicos, na realidade são mais os CAPS e eu particularmente eu sei que os CAPS são poucos pra atender essa demanda, mas também não concordo que seja feito na atenção primária, não é no saúde da família não [...] a gente tem tantas atividades, porque agora tudo eles jogam pro saúde da família como se a gente não tivesse [...] mas assim, é um mundo, é TB, é Hansen, é diabete, é hipertensão, é o cuidado ao idoso, é o cuidado à criança, às mulheres em todos os ciclos de vida, saúde do trabalhador [...] (GI - E 10).

Foi destacada, portanto, por alguns trabalhadores, a ideia de que a Atenção Primária não tem condições para realizar este cuidado. As justificativas envolveram a falta de treinamento, identificação com o tema, medicação, segurança e trabalho em equipe multiprofissional.

Já outros acreditam ser a Estratégia Saúde da Família um dos pontos para o cuidado desta população, garantindo que isto só é possível quando há trabalho em parceria com o CAPS ad.

O lugar onde a Estratégia Saúde da Família funciona e que tem o apoio do CAPS funciona bem, mas só a Estratégia Saúde da Família ou só o CAPS aí a gente não caminha muita coisa (GI - M 01).

Não obstante, outros trabalhadores condicionaram a oferta de cuidado na ESF à busca do usuário pelo serviço e à decisão em deixar de usar a droga, estabelecendo isto como pré-requisito para que qualquer ação de saúde seja desenvolvida.

[...] a gente não tem um tempo de ir atrás desse usuário, até porque também se for caso de tratamento um dos primeiros pontos seria que a pessoa quisesse; então a gente não pode também ficar correndo atrás do usuário de crack e de álcool se a pessoa não tem consciência do seu problema e se a pessoa não quer parar de usar [...]. No posto mesmo a gente não tem estrutura pro tratamento, a gente não tem equipe multidisciplinar e a gente acaba encaminhando pro CAPS (GI – M 04).

Com a regulamentação do SUS, um conjunto de políticas públicas foi implementado, com o objetivo de oferecer maior promoção da qualidade de vida da população brasileira, garantindo o acesso a uma assistência integral e equidade na saúde, na busca de consolidação da rede de cuidado que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada. Para os usuários de álcool e outras drogas, não foi diferente, pois, desde 2003, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas define a atenção primária como lugar de cuidado, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando a oferta de cuidados extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulada à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (BRASIL, 2003).

A Unidade Primária de Saúde, como ponto da Rede de Atenção Psicossocial, tem entre suas atribuições desenvolver

[...] um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos

e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a, p. 4).

O programa “Crack, é possível vencer” (BRASIL, 2011b), no eixo cuidado, atribui à rede de serviços de saúde e assistência social o acolhimento dos usuários de drogas e seus familiares, a oferta de cuidado necessário a cada situação, tomando a defesa da vida e da redução de danos como princípio, garantindo, assim, um atendimento integral e contínuo.

Acredita-se, portanto, que os profissionais que não consideram a Atenção Primária como ponto da rede de cuidado aos usuários de álcool e drogas e de seus familiares atuam em dissonância em relação ao estabelecido pelas políticas públicas. Assim, não se percebem como agentes ativos para efetivação destas ações no âmbito do seu território de responsabilização, na busca de um cuidado integral e longitudinal.

Trabalham na lógica do modelo sanitário, em que teve início o Programa Saúde da Família, em 1994. Este modelo “concentra sua atuação em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais, deixando de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação de saúde” (PAIM, 2008, p. 558). As ações dos profissionais são, portanto, direcionadas aos grupos populacionais e as intervenções focadas em programas verticais. Destacam-se os mencionados pelos profissionais entrevistados: controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador.

Ratifica-se esta constatação quando se verifica que as equipes que trabalham na UAPS que contou com matriciamento em saúde mental, equipe de NASF, residência multiprofissional em saúde da família e residência em medicina de família e comunidade

demonstraram o reconhecimento sobre a importância de este trabalho ser desenvolvido na Atenção Primária, mas relacionaram a efetivação do cuidado neste nível de atenção ao apoio do CAPS ad, de uma equipe multiprofissional no território, assim como acesso aos demais pontos da rede de assistência à saúde e social.

Por outro lado, considera-se que profissionais, ao estabeleceram algumas condições para o atendimento na unidade primária de saúde – entre estas se destacam a vontade de deixar de usar as drogas, a busca pelo tratamento ser feita pelo próprio usuário e ter consciência de seu problema –, dificultam o acesso dos usuários ao serviço, às informações e orientações de saúde, bem como impossibilitam o estabelecimento de vínculos. Parecem, portanto, desconhecer as estratégias da redução de danos que objetivam induzir o desenvolvimento de outras possibilidades de vida, mesmo quando a abstinência não pode ainda ser alcançada.

Assim, toma-se como cuidado o encontro terapêutico propriamente dito realizado nas diversas ações de saúde pela interação de dois ou mais sujeitos, intermediada pelos procedimentos do ouvir, sentir e ver, bem como pela tecnociência que, por sua vez, favorecem a constituição de oportunidades de encontros menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamentos. Na medida em que a arte transfigura a tecnociência, a terapêutica assume seu verdadeiro sentido, que é o interesse pela vida (AYRES, 2004a, 2004b).

Nesta lógica, o cuidado ao usuário abusivo de álcool e *crack* e seu familiar na Atenção Primária a Saúde se dá não no sentido de definição de tarefas, por parte dos profissionais, recursos e prazos para atingir o abandono da droga, mas como algo que implica uma compreensão do significado que aquela droga ocupa na vida daquele sujeito e na sua ressignificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato dos profissionais sobre os fatores que envolvem o início e a permanência do consumo abusivo do álcool e outras drogas permitiu a aproximação com a ideia que esses profissionais têm a respeito do problema, assim como possibilitou inferir sobre o modelo de atenção à saúde que fundamenta a sua prática quando em contato com esta problemática.

Foi frequente a visão reducionista do problema, em que os profissionais atribuíam a uma só causa, ao início do uso, sendo marcante a referência à falta de políticas públicas, direcionando o consumo das drogas de forma implícita às pessoas mais carentes, que vivem de certa forma à margem da sociedade de consumo, fazendo, então, a ponte entre consumo de drogas e pobreza. Nesta crença, há o deslocamento da culpabilização do sujeito para a sociedade. As políticas públicas são percebidas como algo distante da sua realidade, não se percebem como agentes inseridos na rede de cuidado e reforçam a concepção subjetivista, moralista e “psicopatologizante” predominante no modelo biomédico.

O consumo de drogas e suas formas de enfrentamento exigem terapêuticas que ultrapassem as práticas apenas de cunho curativo e individual, envolvam ações coletivas que fortaleçam a autoestima, construção de relações sociais que favoreçam o resgate da cidadania e a apropriação do seu poder de escolha na busca por qualidade de vida.

Um dos aspectos centrais do estudo foi o fato de os profissionais declararem que a atenção primária não tem condições para realizar o cuidado aos usuários abusivos de álcool e *crack*. Quando relacionados especificamente a esta problemática, atribuem a não assistência à falta de treinamento, à identificação com o tema, à medicação, à segurança e ao trabalho em equipe multiprofissional. Focam a atenção no tratamento, no sujeito já estando na condição

de dependência do álcool e *crack*, e não vislumbram outras possibilidades de atuação com este tema, demonstrando, assim, o desconhecimento do que as políticas públicas estabelecem como responsabilidade da Atenção Primária à Saúde, refletindo a fragilidade no conhecimento de suas atribuições.

Faz-se importante demarcar o lugar da APS na Rede de Atenção Psicossocial, bem como no programa “*Crack, é possível vencer*”, por meio da educação permanente dos trabalhadores, com vistas à ampliação e qualificação da oferta de cuidados aos usuários de álcool e *crack* e seus familiares, tomando a defesa da vida e da redução de danos como princípio, abrangendo ações de promoção e proteção da saúde com o objetivo de desenvolver ações, de âmbito individual e coletivo, que garantam a atenção integral e contínua ao usuário abusivo; assim, romper com a lógica de intervenções focadas em programas verticais, entre os quais se destacam os citados pelos profissionais entrevistados: controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador.

Para tanto, faz-se mister a ruptura com o modelo de atenção atuante hoje, levado a efeito por estes profissionais, ainda dissonante em relação ao que é esperado da Estratégia de Saúde da Família – uma atuação com foco no coletivo, sem desconsiderar o sujeito em sua individualidade, em que a atenção integral e contínua implica a corresponsabilização do cuidado, a ampliação das diversas disciplinas e áreas de conhecimento. Isto promove a ampliação das redes de apoio social, possibilita a análise dos aspectos socioculturais envolvidos no processo saúde-doença, dando ênfase à Promoção da Saúde e prevenção de agravos, buscando, assim, garantir maior resolubilidade e participação social na definição de finalidades e ferramentas de trabalho sanitário.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S.; BELMONTE, P. R.; JORGE, M. A. S. O campo da atenção ao dependente químico. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Org.). **Álcool e outras drogas: diálogo sobre um mal estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. cap. 3. p. 63-81.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interfase – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 4, n. 6, fev. 2000.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interfase – Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set./fev. 2004a.

_____. J. R. C.M. O cuidado e os modos de ser (do) humano e as práticas de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004b.

BOFF, L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Portal Brasil. **Crack, é possível vencer**. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Brasília: Governo Federal; 2011b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

Cuidado aos usuários de álcool e crack:
percepção dos trabalhadores da estratégia saúde da família

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Brasília: SENAD/FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/noticias/perfil-brasil.pdf>. Acesso em: 01/10/2013.

CRIVES, M. N. S.; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 12, n. 2, dec. 2003.

FONSECA, D. C.; OZELLA, S. As concepções de adolescência construídas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 33, jun. 2010.

MINAYO, M. C. G. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. Revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo**: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap.15. p 547-573.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D.S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, p. 168-178, abr./jun. 2011.

A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL

Rose Danielle de Carvalho Batista

Leonardo Sales Lima

José Mário Nunes da Silva

Marize Melo dos Santos

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica redimensionou os cuidados em saúde mental. No Brasil, ela chega subsidiada, principalmente, pela conjuntura político-social do país (redemocratização), pelo impacto da Reforma Italiana, pelos avanços teóricos e exequíveis da VIII Conferência Nacional de Saúde e pela posterior descentralização das ações na saúde (Sistema Único de Saúde – SUS). Compondo um processo social que engloba mudanças nos paradigmas do cuidado em saúde mental, a proposta de desinstitucionalização de inspiração italiana e atenção psicossocial significou um confronto com uma psiquiatria desacreditada, dados os horrores do sistema hospitalar e asilar (VASCONCELOS, 2010).

Assim, o setor da saúde, a partir de meados da década de 1980, se viu envolto em alternativas opositoras ao modelo médico tradicional – hegemônico e hospitalocêntrico. Os serviços substitutivos e a progressiva desospitalização ganharam força, proporcionando uma visão integral de Homem. Nessa perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) consolidaram-se como serviços substitutivos básicos no panorama da saúde mental do século XX, integrando a rede do SUS e desempenhando função estratégica no âmbito da assistência em

saúde mental, enquanto serviços de base comunitária voltados à reabilitação psicossocial (NASCIMENTO; SCORSOLINI-COMIN; PERES, 2013).

As mudanças no modo de perceber e cuidar do indivíduo em sofrimento psíquico refletiram a urgência de ações integralizadas de saúde e a necessidade de profissionais capacitados para executá-las. Houve uma disseminação dialética dos conceitos de autonomia, cidadania e subjetividade, ao passo que o trabalho interdisciplinar ganhou status irreversível como uma forma de cuidado na Atenção Psicossocial capaz de superar os especialismos e proporcionar o protagonismo dos sujeitos (COSTA-ROSA; YASUI, 2009).

As transformações do modelo de saúde no início da década de 1990 exibem, portanto, a superação dos paradigmas organizativos tradicionais, contextualizando estratégias básicas de cuidado e integralidade. Assim, tomar o cuidado como atividade de trabalho mostra a complexidade e o inacabamento conceitual e subjetivo que remete a uma dimensão daquilo que é construído junto com o outro (BARROS; GOMES, 2011).

Diante dessa conjuntura complexa de atenção, surgem as parcerias, os apoios institucionalizados ou não e as redes, referenciando linhas de cuidado. A saúde mental resgata seu espaço na clínica ampliada e compartilha sua especificidade de cuidado com a Atenção Primária, respaldando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como elo promissor no acompanhamento longitudinal dos usuários, tendo como integrantes do processo o próprio indivíduo, a família e a comunidade em seu espaço vital (PAULINO et al., 2012).

Dessa forma, a ESF se mostra como uma ferramenta eficaz para trabalhar a saúde mental na comunidade, pois possibilita a identificação das principais dificuldades e fatores estressores no ambiente familiar e comunitário, além de propiciar um seguimento mais próximo do usuário e da comunidade (BINOTTO et al., 2012).

Nessa perspectiva, um princípio da saúde mental presente na saúde da família seria o princípio da desmedicalização, no sentido de não se apropriar de todos os problemas de uma comunidade

como sendo médico-sanitários, fomentando uma proposta de cuidado compartilhado em que o sofrimento psíquico é trabalhado no sentido do fortalecimento das práticas interdisciplinares e das trocas de experiências, ao invés da prescrição de psicofármacos obstrutores dos sentimentos e vivências como um “tamponamento da subjetividade” (COSTA-ROSA, 2011; FERRAZZA; ROCHA; LUZIO, 2013).

A complexidade das ações em saúde mental na atenção primária passa a ser reflexo da aproximação do profissional com a subjetividade do indivíduo e fomenta a necessidade de apoio técnico e pedagógico que sensibilize e esclareça as peculiaridades do sofrimento psíquico presentes na comunidade e em seus moradores. O apoio matricial surge, então, como possibilidade de uma visão mais ampliada do trabalho em saúde, operando práticas inovadoras, abordagens clínicas horizontalizadas e focos de atuação multidisciplinar integrada (PINTO et al., 2012).

O apoio matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Não é viável concentrar esforços somente na rede substitutiva, mas é preciso estender o cuidado em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, à atenção primária (DIMENSTEIN, 2009, p. 66).

Diante das considerações descritas, este estudo se propôs a investigar a percepção e conhecimento dos profissionais da ESF acerca da saúde mental na Atenção Primária, tendo como objetivos identificar as concepções desses profissionais sobre saúde mental, analisar suas ações e encaminhamentos e caracterizar genericamente o perfil dos casos referidos como de saúde mental, nos territórios Planalto Uruguai e Vila Santa Bárbara – zona leste da cidade de Teresina (PI).

A escolha dessa temática teve como fundamentação o contexto de inclusão da saúde mental na agenda da Atenção Primária e a pertinência das reflexões sobre o processo de trabalho dos profissionais

da ESF, vislumbrando o redimensionamento da práxis na Saúde da Família e, sobretudo, uma proposta mais efetiva de cuidado integral.

MÉTODOS

Desenho e participantes do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que, segundo Minayo (2010), possibilita um aprofundamento no mundo dos significados, das ações e relações humanas, desenvolvido em duas Unidades Básicas de Saúde dos bairros Planalto Uruguai e Vila Santa Bárbara, zona leste da cidade de Teresina (Piauí).

Em um universo de doze profissionais da Estratégia Saúde da Família, entre médicos e enfermeiros, foram entrevistados oito deles, identificados como participantes do estudo em virtude da não disponibilidade dos outros quatro por motivo de férias e licença. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturado, com as seguintes questões: “O que você entende por saúde mental?”; “Quais as ações e encaminhamentos que você desenvolve para as demandas de saúde mental?”; “Como você caracteriza a demanda de saúde mental no seu trabalho?”.

As entrevistas, realizadas pela equipe da pesquisa, aconteceram nos meses de maio e junho de 2010 mediante o consentimento prévio dos participantes, sendo gravadas e transcritas na íntegra para análise, seguindo os princípios da ética, sigilo e confidencialidade.

Os discursos dos sujeitos foram analisados à luz da hermenêutica-dialética, e agrupados por similaridades, permitindo a formulação de categorias analíticas e o estabelecimento de articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos.

A pesquisa foi autorizada pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS), órgão ao qual a ESF está vinculada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integral Diferencial – FACID,

sob o Parecer nº 056/10. Essa Resolução foi revisada e atualizada, dentre outros, considerando o disposto na própria Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que impõe revisões periódicas, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética, sendo substituída pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que traz termos e condições a serem seguidos e trata do CEP/CONEP. A resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa. Tendo em vista essas considerações, após a revisão e adequação entre as resoluções 196/96 e 466/12, constata-se que a garantia da eticidade do estudo aos participantes da presente pesquisa foi preservada.

Análise dos eixos da pesquisa

No sentido de compreender esse processo ampliado de produção do cuidado, em que a saúde mental se faz presente nas estruturas relacionais e de subjetividade, distribuiu-se os dados obtidos nas entrevistas em eixos temáticos abordando os aspectos conceituais, as práticas e a construção das demandas, através da caracterização dos perfis.

A discussão e análise dessa categorização reúnem os discursos de profissionais médicos e enfermeiros da ESF e de certo modo refletem a relação que estes estabelecem com os sujeitos em sofrimento psíquico, como também com a realidade social do seu contexto familiar e comunitário, trazendo à tona a discussão da formação em saúde, da organização dos processos de trabalho e da estruturação do cuidado integral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atenção primária tem na micropolítica seu espaço de transformação e reorganização do cuidado, sendo a micropolítica entendida

como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram (FRANCO, 2006). A proximidade com os sujeitos e seus modos de vida faz com que seja possível o estabelecimento de relações de cogestão e de parcerias intersetoriais.

Trabalhando na perspectiva da integralidade e no agenciamento de saberes compartilhados, a ESF possibilita a atuação de seus profissionais no lócus do cotidiano, ampliando o cuidado para além das questões clínicas, curativas e adentrando no campo da subjetividade e das demandas sociais necessárias à compreensão do sujeito e de sua realidade, levando em consideração

que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis (BRASIL, 2009, p. 36).

Olhares e saberes em saúde mental

A primeira categoria de análise baseada nas falas dos entrevistados diz respeito à aproximação destes com a práxis da clínica ampliada por meio da estruturação de um conceito sobre saúde mental que potencialmente reflete os sentidos da integralidade no cuidado em saúde.

A clínica ampliada traz uma compreensão do indivíduo nos serviços de saúde para além de suas demandas sintomatológicas e requer uma aproximação com o contexto de vida e o espaço social no qual esse sujeito se insere. Não se trata apenas de ampliar conceitos e de incluir os determinantes sociais da saúde como outro modo de elucidar o adoecimento.

A ampliação mais importante “seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852). Trata-se de um olhar solidário às necessidades e uma construção dialogada

de saberes que enxerguem o processo saúde-doença-cuidado não reduzido a prescrições e rotinas de tratamento.

Partindo dessa afirmação, obteve-se dois eixos estruturantes acerca do conceito de saúde mental. O primeiro eixo referido pelos aspectos clínicos em oposição à doença mental e, muitas vezes, confundido com a organização anatomofisiológica do organismo humano:

Existem vários conceitos de saúde mental... é o equilíbrio com a realidade [...] entender o que o outro fala, ou seja, é estar com o pensamento coerente [...] (Sujeito 02).

[...] tem que estar em bom aspecto físico, tem que ter uma saúde física boa e estar satisfeito pra ter o mental também [...] (Sujeito 08).

Saúde mental, pra mim, no meu conhecimento, é o sistema neurológico, o sistema neurológico do paciente (Sujeito 07).

O segundo eixo reproduziu a concepção de saúde definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, possibilitando uma ligação entre esses aspectos ainda que incipiente no sentido de correlacioná-los:

É o bem-estar psicológico da pessoa (Sujeito 05).

Hoje a saúde é, além da ausência de doença, é o bem-estar físico, social e mental, né? Então esse bem-estar mental faz parte hoje da [...] dessa parte de saúde básica (Sujeito 01).

Saúde mental, na minha opinião [...] aquela pessoa que está de bem com a vida [...] está de bem com a saúde em si mesmo e até mesmo socialmente (Sujeito 06).

Saúde mental pra mim é o bem-estar físico e psíquico do paciente. Porque um caminha ao lado do outro [...] não existe o bem-estar psíquico sem o físico (Sujeito 04).

Na articulação de um cuidado integral em saúde, no bojo das ideias reformistas, a expressão “saúde mental” adquire múltiplos sentidos, devendo evidenciar a essência de um conceito baseado no afastamento da figura dos profissionais da saúde da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos e sócio-históricos ligados à existência concreta do sujeito assistido (TENÓRIO, 2002); e na demarcação de um campo de práticas e saberes que não se restringe à medicina e aos saberes psicológicos/psiquiátricos tradicionais.

Nesse sentido, o que se observou nas falas foi um distanciamento teórico da temática no que tange à falta de referência a outros elementos afora os físicos e psicopatológicos – constituintes da saúde mental dos sujeitos – como os aspectos culturais, sócio-históricos e subjetivos, concomitantemente ao desconhecimento da saúde mental enquanto prática transdisciplinar que permeia o cotidiano do trabalho na atenção primária, não se restringindo aos saberes especializados e aos fazeres medicalizantes.

Ações em saúde sob a ótica da formação e do cuidado

Nesta segunda categoria, analisou-se o momento das práticas em saúde mental de médicos e enfermeiros da ESF. Ao apresentar uma conceituação sobre saúde mental evasiva do ponto de vista da articulação de saberes e contextualização comunitária do sujeito, esses profissionais evidenciaram um fazer em saúde pautado na fragmentação biomédica produtora da medicalização social, corroborando a tendência atual em prescrever psicofármacos para o tratamento de qualquer mal-estar psíquico ou qualquer queixa existencial (CAPONI, 2012).

Uma ação é [...] pra diminuir o trabalho da comunidade eu solicito o receituário médico do psiquiatra e, aquela medicação que ele tem que receber durante tanto tempo, eu mesma libero [...] (Sujeito 03).

Desse modo, percebeu-se o direcionamento das práticas de saúde voltadas para ações de referência e contrarreferência no sentido oposto do que se esperava, ou seja, ações de responsabilização que resultariam em uma malha de cuidados ininterruptos, organizados não por complexidade crescente, mas por cuidados de fato progressivos (BRASIL, 2008).

[...] os casos leves a gente começa por aqui e encaminha, os casos mais graves, é [...] chamados patologias mesmo, a esquizofrenia, aí esses já necessitam até de um ambiente hospitalar, às vezes de internação [...] a gente encaminha direto para os profissionais (Sujeito 04).

Com relação às ações a gente até colocou no nosso plano de ação, só que não foi desenvolvida nenhuma ação ainda em relação à saúde mental. Com relação aos encaminhamentos a gente manda para a médica da equipe. Como ela é psiquiatra, aí ela faz esse atendimento com os pacientes de saúde mental (Sujeito 06).

A gente não atende assim um grupo específico pra saúde mental [...] Mas assim o nosso atendimento basicamente só é voltado para consultas, consultas médicas [...] o meu mesmo é mais orientação quanto à medicação, a realização de exames [...] e aí o possível encaminhamento quem já dá já é o médico [...] a gente não entra mais nessa parte (Sujeito 08).

Vê-se que as falas acima ratificam o questionamento posto na análise anterior acerca do distanciamento do núcleo profissional com o campo de atuação, em que o núcleo demarcaria a identidade de um saber e prática profissional e o campo seria um espaço de limites imprecisos no qual disciplinas e profissões buscariam apoio mútuo para sua aplicação

teórico-prática (CAMPOS, 2000). O que por sua vez, está diretamente interligado às relações de poder instituídas dentro das categorias profissionais tomadas como base do estudo, sendo algo que retoma as entrelinhas dos processos formativos e a hierarquização histórica do saber/poder em saúde, reflexos sutis das falas que se seguem:

Eu geralmente encaminho pro médico, pra ele dar uma definição. Ele é que faz o encaminhamento (Sujeito 05).

Até porque eu entrei nessa equipe agora [...] E até o momento não veio nenhuma ação de saúde mental [paciente]. E eu acredito que quando vier não venha pra mim, venha para a médica (Sujeito 07).

[...] os pacientes que eu julgo necessário, alguns eu resolvo por aqui mesmo, se for algum caso que eu possa resolver. Agora, a grosso modo realmente a gente encaminha para o CAPS (Sujeito 01).

A formação em saúde com foco na integralidade tenta superar a compartimentalização histórica do conhecimento em disciplinas e o distanciamento entre teoria e prática rompendo com a linearidade das verdades absolutas, reconhecendo os não saberes, ousando ressignificar a realidade, superando preconceitos, trabalhando com a diferença, a diversidade e a pluralidade (BAGNATO; MONTEIRO, 2006).

Contudo, os discursos aqui analisados refletiram formações ainda focadas em diagnósticos e terapêuticas enrijecidas. Observou-se que a prática predominante é de encaminhamento, sem colocar outras ações realizadas em torno da saúde mental, nem mesmo as de cunho não específico, trabalhadas cotidianamente pelos profissionais, e que não deixam de conter expressões da subjetividade dos usuários do serviço, revelando nuances da fragmentação do conhecimento que perpassam pela formação em saúde.

Fomenta-se, desse modo, que a reformulação do ensino e a construção de uma prática interdisciplinar, bem como a reorganização da atenção em processos de cuidado referenciados em redes é que orientam os diálogos entre as ações em saúde mental e o fazer cotidiano dos profissionais da atenção primária.

A construção social da demanda e o processo de trabalho

Para entender como a organização do processo de trabalho em saúde e suas demandas diversas, inclusive as de saúde mental, influenciam o modo de organizar o cuidado é preciso fazer uma diferenciação dos níveis de atenção – primário, secundário e terciário, ainda, respectivamente, relacionados como baixa, média e alta complexidade.

A diferenciação entre densidade tecnológica e complexidade assistencial é explicitada por Merhy (2013) por meio das tecnologias do trabalho em saúde: “tecnologias duras”, que são expressas nas máquinas e equipamentos; “tecnologias leve-duras”, que se referem ao conhecimento técnico, e as “tecnologias leves”, as quais dizem respeito às relações. Essa conformação dá outro sentido ao processo de hierarquização dos serviços de saúde, fortalecendo práticas que consideram as relações e suas intencionalidades e possibilitam um novo modelo de operacionalizar a integração das ações de saúde mental na atenção primária – “primária” por expressar um atributo essencial que é o primeiro contato e não apenas a baixa densidade tecnológica (MENDES, 2011).

Ampliando o olhar perante a integração das ações e a complexidade do processo social vivenciado nos territórios Planalto Uruguai e Vila Santa Bárbara, trabalhou-se uma terceira categoria denominada momento de construção da demanda. Desta categoria se quis identificar a noção genérica dos perfis característicos das demandas de saúde mental, percebida pelos profissionais da ESF em seu espaço de atuação, e problematizar a construção das demandas em saúde.

A nossa demanda aqui é muito grande com relação à saúde mental, principalmente mulheres [...] mas todos eles fazem acompanhamento, onde eles usam a medicação controlada, tudinho direitinho [...] a gente faz a visita domiciliar, mas a nossa demanda é muito grande [...] (Sujeito 06).

Convergentes aos conceitos de saúde mental observados e às ações/encaminhamentos produzidos, nas categorias anteriores, as falas adquiriram um sentido controverso no tocante à estruturação dos perfis: seriam necessidades reais dos sujeitos? ou demandas construídas por uma rotina centrada no procedimento ainda presente no serviço de saúde, que, por sua vez, tornar-se-iam demandas dos sujeitos (usuários e profissionais)?

Em geral, observou-se a expressividade das demandas de saúde mental, de maneira despretensiosa, sem bases quantificadas, mas reflexivas do ponto de vista da discussão de como se constituem e se reconhecem as demandas e o que ou quem elas representam.

[...] não sei uma porcentagem direito porque não fiz um levantamento, mas com certeza mais da metade dos pacientes aí somatizam muito. E com relação à demanda é como eu te disse, é mais esse perfil de paciente, esse paciente que tem depressão, ansiedade. São bem mais mulheres, o número de mulheres é bem maior. Mulheres de meia idade, de 35 até seus 50 anos (Sujeito 01).

Acomete mais mulheres na idade reprodutiva – adulta jovem, com renda abaixo de dois salários mínimos (Sujeito 02).

Na perspectiva de supor a demanda com base na oferta, na não realização de certas necessidades por outros serviços e na associação do procedimento à satisfação, há que se considerar a produção da demanda enquanto uma construção sócio-histórica, relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processa a produção

do cuidado e as relações entre profissionais e usuários (FRANCO; MERHY, 2013), validada pelo imaginário dos sujeitos e com origem no modo como se constituíram os modelos tecnoassistenciais para a saúde, centrados numa lógica instrumental e médico-hegemônica, distanciada das tecnologias relacionais.

Na verdade eu não tenho, porque assim como eu não acompanho, quem acompanha é o médico eu não sei bem [...] eu sei mesmo assim, por alguns agentes que falam de depressão, paciente depressivo [...] é mais idoso e mulher (Sujeito 05).

[...] a gente já observou que tem muita gente que depende de medicação controlada, são aqueles “viciados”, que a gente chama, em medicações controladas [...] a gente vê que tem muitos jovens, principalmente mulheres, mulheres jovens, que usam medicação porque entrou em depressão ou ficou com medo de alguma coisa, aí consultou um psiquiatra, o médico passou e desde então usa a medicação controlada (Sujeito 08).

De modo significativo, algumas falas resgataram também a questão de gênero, revelando como maior demanda em saúde mental aquela advinda do público feminino, em virtude de características que lhe são próprias e das preocupações familiares. Cabe ressaltar, mesmo não sendo o foco da pesquisa, mas pertinente às entrelinhas construídas até o momento, que o gênero explica, à luz das relações de poder, as manifestações sociais das mulheres, entre elas o processo saúde-doença. Entretanto, isto não pode ser usado isoladamente, sob pena de se incorrer no mesmo erro apontado quando se fala do uso da categoria classe social (FONSECA, 2005):

Pela minha experiência e pela minha demanda aqui, eu acho que a parte feminina é um pouquinho maior que a masculina, mesmo

porque o próprio estado de saúde feminino, onde ela tem mudanças hormonais muito maiores do que no homem, como um exemplo, é a tensão pré-menstrual – a TPM – então, a mulher tá muito mais sujeita à ansiedade do que o homem (Sujeito 04).

Mulheres em idade acima de 50 anos [...] mais por problema familiar [...] (Sujeito 03).

O reconhecimento das singularidades dos sujeitos nas relações de saúde com o intuito de potencializar a integralidade das ações é pressuposto para a superação do paradigma biomédico, agenciador das tecnologias duras como instrumentos da produção do cuidado centrado na doença. Contudo, não foi esse o caminho seguido nas entrevistas, visto que os sujeitos apresentaram falas reprodutoras e acríicas desse mesmo paradigma, analisadas sob a ótica da inconsistência dos conceitos sobre saúde mental, das ações seguidoras da lógica do encaminhamento e das construções de demanda pouco problematizadoras, desconhecendo o diálogo intersetorial com a rede de serviços de base comunitária, em especial os CAPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No bojo das transformações trazidas não só pela Reforma Psiquiátrica, mas pela própria Reforma Sanitária e as inúmeras conquistas advindas do reconhecimento da saúde como direito de todos, institui-se um novo modo de produzir saúde. A organização dos processos de trabalho é questionada e os trabalhadores são convidados a compartilhar da subjetividade que o agir em comunidade exige.

Nessa perspectiva de partilha e vivência de subjetividades, inscritas no cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção primária, buscou-se compreender como esses profissionais percebem

as demandas de saúde mental, visto serem a referência do serviço para tais demandas.

O estudo revelou, a partir da identificação dos conceitos que os profissionais acumulavam a respeito da saúde mental, certo distanciamento da temática. Não apenas quanto ao aspecto teórico do conhecimento, mas, sobretudo, um distanciamento prático, de saberes que espelham a não-vivência e o hábito ainda arraigado de excluir da dinâmica de trabalho, saberes julgados não pertencentes à profissão. Evidenciou-se a prática, quase exclusiva, do encaminhamento como ação de saúde mental, ratificando a lógica da referência e contrarreferência construída sobre redes intersetoriais fragmentadas e a caracterização genérica do perfil das demandas no serviço: constituído predominantemente por mulheres adultas jovens.

No contexto de caracterização das demandas, observaram-se dois aspectos importantes. O primeiro, interligado com a organização dos processos de trabalho e a forma de produção do cuidado pautada nas tecnologias duras em detrimento das relações; e o segundo, condizente com o aspecto sócio-histórico de construção da demanda, lançando-se o desafio para uma prática em saúde que reconheça as singularidades dos sujeitos e que construa com eles a corresponsabilização pelo cuidado.

A saúde mental na atenção primária, seja pelas práticas das equipes de referência, seja pelo apoio matricial, estrutura-se provocadora de transformações dos espaços, dos saberes, diálogos e ações. Sabe-se, entretanto, que uma articulação em saúde requer não só a participação de profissionais e usuários, mas de uma gestão participativa e democrática, por meio da qual redes intersetoriais acolham e cuidem de modo integral e humanizado.

O desafio se coloca mais uma vez pautado na interface saúde mental e ESF, buscando, sobretudo, um agir em saúde com práticas acolhedoras, espaços de escuta e fala nas relações de cuidado, em que o vínculo gere autonomia e se possa coletivamente construir sujeitos, vida e cidadania.

REFERÊNCIAS

BAGNATO, M. H. L.; MONTEIRO, M. I. Perspectivas interdisciplinar e rizomática na formação dos profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/beb/periodicos/mfn5553>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000300013&lng=pt&nrm=i so>. Acesso em: 9 maio 2015.

BINOTTO, A. L. et al. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/132>>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2010.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2010.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

COSTA-ROSA, A. **Operadores fundamentais da atenção psicossocial**: contribuição a uma clínica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. Tese (livre-docência) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, SP, 2011.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S. (Org.). Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In: RABELO, I. V. M.; TAVARES, R. C.; FARIA, Y. R. A. **Olhares**: experiências de CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Goiânia: Kelps, 2009.

A percepção dos profissionais da estratégia saúde da família acerca das demandas de saúde mental

DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C.; LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/301/289>>. Acesso em: 22 maio 2015.

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/11.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2009.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T. B; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

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

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. In: FRANCO, T. B; MERHY, E. E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, G. C. M.; SCORSOLINI-COMIN, F.; PERES, R. S. Saúde Mental no sistema único de saúde: mapeamento das contribuições dos centros de atenção psicossocial. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto: Ed. Porto, v. 9, n. 2, ago. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 jun. 2015

PAULINO, V. C. P. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 20, n. 3, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/687>>. Acesso em: 12 maio 2015.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jun. 2015.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, RJ, v. 9, n. 1, jan./abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

O TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE: INDÍCIOS PERSCRUTADOS EM DISCURSOS DE ENFERMEIRAS¹

Séfora Luana Evangelista de Andrade

Fabiana Veloso Lima

Káren Mendes Jorge de Souza

Tereza Cristina Scatena Villa

Lenilde Duarte de Sá

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde está relacionado à produção de atos cujos sentidos podem ser expressos no cuidado individual e/ou coletivo. A importância desse cuidado fundamenta-se na produção de espaços de encontro intersubjetivo, mediante o qual as ações de saúde superam a restrição das tecnologias com uma racionalidade biomédica e incorporam a motivação de voltar-se à presença do outro (AYRES, 2004).

A Enfermagem destaca-se como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de assistência, quanto na acepção de promover e proteger a saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. O trabalho da Enfermagem constitui uma prática social que ressalta

¹ O estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Estratégia DOTS no tratamento da tuberculose: desempenho da atenção básica em municípios da região Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil”, aprovada e financiada pelo CNPq, Edital 14/2010 – Processo 475907/2010-8.

a interdisciplinaridade, a interação humana e a multidimensionalidade das necessidades e cuidados de saúde (BACKES et al., 2012).

A história da Enfermagem, no campo da Saúde Pública no Brasil, se entrelaça com a história da luta contra a tuberculose (TB), sendo os acontecimentos dessa trajetória relevantes para sustentar o reconhecimento do enfermeiro, em alguns contextos de atuação, como um profissional de saúde que se destaca na organização e operacionalização das ações de cuidado e vigilância epidemiológica da TB (BRASIL, 2011a; RODRIGUES; MOTTA; FERREIRA, 2013).

Nos dias atuais, pelo ideal de um mundo livre da TB, a estratégia *Stop TB* tem sido fortemente indicada, mediante a recomendação de seis componentes: (1) continuidade da expansão qualificada e valorização do *Directly Observed Therapy, Short-course* (DOTS); (2) encaminhamento das necessidades de pacientes com associação entre a TB e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou TB multidroga-resistente (MDR-TB) e das populações pobres e vulneráveis; (3) fortalecimento do sistema de saúde baseado na Atenção Primária à Saúde (APS); (4) envolvimento de todos os prestadores de cuidados; (5) empoderamento de pessoas com TB e comunidades por meio de parcerias; e (6) promoção de pesquisas (WHO, 2011).

Como elemento da mencionada estratégia DOTS, o tratamento diretamente observado (TDO) consiste na supervisão, por um profissional de saúde, da tomada do medicamento pela pessoa adoecida por TB, visando fortalecer a sua adesão ao tratamento e à prevenção do aparecimento de cepas resistentes. O resultado disso é a redução das taxas de abandono e o aumento dos índices de cura (BRASIL, 2011b).

Segundo alguns estudos, o TDO vem se mostrando eficaz na melhora dos resultados do tratamento da TB no Brasil e em outros países, a exemplo de Taiwan e dos Estados Unidos (BLOSS, 2012). Para Silva (2007), alguns dos resultados positivos relacionados ao TDO são: o fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário;

O tratamento diretamente observado da tuberculose:
indícios prescrutados em discursos de enfermeiras

a integração da equipe de saúde; o acompanhamento personalizado ao doente de TB e o aumento da adesão ao tratamento e cura do doente. Vale ressaltar que o sucesso do TDO é influenciado pelo trabalho de uma equipe de Enfermagem comprometida e acolhedora, sendo esses profissionais os que, comumente, assumem a responsabilidade de gerenciar e operacionalizar o TDO na Unidade de Saúde da Família (USF) (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010).

Considerando-se ser recente a transferência das ações de controle da TB para os serviços da Atenção Básica, com seu início, na Paraíba, em 2007, e considerando o protagonismo do enfermeiro que atua nas USF, na operacionalização do TDO, e a pouca produção literária sobre o controle da TB e o trabalho da enfermagem, questiona-se: o que revelam os indícios contidos no discurso de enfermeiras da estratégia saúde da família a respeito do TDO?

Partindo do pressuposto de que o TDO constitui um conjunto de tecnologias de cuidado que devem levar em consideração subjetividades dos profissionais de saúde e do doente de TB, de modo a conferir ao último um tratamento para além da simples observação da tomada da medicação, este estudo teve o objetivo de identificar e analisar, mediante o discurso das enfermeiras, indícios relacionados à operacionalização do TDO e a posição ideológica desses sujeitos em relação às concepções que apresentam a respeito da referida estratégia.

Entende-se por indícios elementos de superfícies emergentes do discurso (FOUCAULT, 2000), que se apresentam como resultantes de uma prática empírica e que dão maior objetividade no desenvolvimento de estudos e pesquisas (SOUZA; OLIVEIRA, 2007). Logo, o analista, ao olhar os textos, defronta-se com a necessidade de reconhecer, em sua materialidade discursiva, indícios (vestígios, pistas) dos processos de significação neles inscritos. O analista, em sua análise, parte, portanto, dos indícios que estão presentes em um discurso (ORLANDI, 2009).

O presente estudo, apoiado no referencial teórico-analítico da análise de discurso de linha francesa, fundamenta a análise da relação

da ordem simbólica com o mundo, teorizando a interpretação (ORLANDI, 2009). Sua intenção é agregar valores à produção do conhecimento em Saúde/Enfermagem a partir de discussão assentada na posição ideológica e histórica da Enfermagem, como profissão envolvida nas ações de cuidado e vigilância epidemiológica da TB, de modo a fortalecer as práticas de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família, orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, fundamentada no referencial teórico-analítico da análise de discurso (AD) francesa que busca compreender como objetos simbólicos produzem sentidos, mediante a análise de gestos de interpretação (ORLANDI, 2009).

O estudo foi desenvolvido no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, a qual foi escolhida por ter a estratégia DOTS descentralizada para a ESF e por possuir enfermeiras envolvidas no planejamento, operacionalização e avaliação do TDO.

Mediante consulta ao Sistema de Informação dos Agravos de Notificação Compulsória (SINAN, 2012), foram identificadas 18 USF com registro de realização do TDO no período de setembro de 2011 a janeiro de 2012. As enfermeiras dessas unidades foram convidadas a participar do estudo. Houve, contudo, uma recusa e quatro impossibilidades de agendamento para a entrevista no período destinado à coleta de informações. Desse modo, a amostra qualitativa foi constituída por 13 enfermeiras.

Realizaram-se entrevistas semidirigidas e audiogravadas no período de agosto a outubro de 2012. Da transcrição dessas informações, constituiu-se o *corpus discursivo*, no qual, depois de explorado, foram identificados indícios contidos em fragmentos e sequências discursivas, interpretados segundo o *silêncio fundador* e *constitutivo*,

O tratamento diretamente observado da tuberculose:
indícios prescrutados em discursos de enfermeiras

opacidade do discurso, atravessamento pela história, esquecimento enunciativo e apagamento, atributos da AD mobilizados na análise. Os fragmentos dos discursos foram codificados pela letra E, seguidos por números arábicos e de acordo com a ordem das entrevistas realizadas. O material de linguagem bruto foi analisado segundo as três passagens que caracterizam a AD na vertente francesa, quais sejam: (1) da superfície linguística para o texto (discurso); (2) do objeto discursivo para a formação discursiva (FD); (3) do processo discursivo para a formação ideológica (ORLANDI, 2009).

O projeto de pesquisa do qual derivou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Protocolo nº 069/201. As orientações éticas e legais contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram observadas.

RESULTADOS

Formação Discursiva	Fragmentos discursivos
Concepção do TDO apresentada pelos enfermeiros	<p>“O tratamento diretamente observado é um tratamento novo que nós estamos trazendo o paciente todos os dias, de segunda a sexta, para administrar o medicamento aqui na Unidade; não só esperar que o paciente degluta o medicamento, mas também criar um vínculo de confiança com toda a equipe. “[...] eu lhe digo de coração e com todo prazer, sou eu, a enfermeira, eu que entrego e vejo [a tomada do medicamento]”. E.II</p> <p>“No meu entender o tratamento diretamente observado é aquele onde existe um estreitamento do vínculo do profissional, no caso do enfermeiro (eu estou falando de mim) e o paciente portador de Tuberculose, o vínculo do tratamento, a gente acompanha diretamente as tomadas da medicação do paciente na unidade”. E.III</p> <p>“É o supervisionado? É muito difícil se fazer aqui um supervisionado, até porque normalmente eu mando o agente de saúde acompanhar”. E.V</p> <p>“[...] o que eu já vi em relação a isso é você observar realmente o paciente engolindo o comprimido. O que eu entendo é isso”. E.XI</p>

Formação Discursiva	Fragmentos discursivos
Operacionalização do TDO (Quem realiza o TDO?)	<p>“A partir do agente de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira, que são as pessoas mais envolvidas no dia a dia com o paciente, não só o de TB, mas com qualquer tipo de paciente [...]”. E.II</p> <p>“Quem lida diretamente com esse paciente é a enfermeira e o ACS [...]”. E.VIII</p> <p>“[...] esse acesso é normalmente com o agente de saúde, alguns desses usuários moram praticamente dentro da microárea, ou então numa rua próxima, então esse agente fica com essa responsabilidade diariamente [...]”. E.IV</p> <p>“Então a gente aqui tem feito esse tratamento, mas não de acordo com o que é preconizado. [quem realiza o TD] Eu e a médica. [...] eu chamo a família para vir conversar, para alguém da família ficar realmente se responsabilizando, coparticipando daquele tratamento do usuário... toda semana eu peço para ele [doente] vir [para unidade] [...]. E aí a gente deixa uma pessoa da família para ficar realmente responsável”. E.X</p> <p>“Agora falta perna pra gente, é complicado, [...], às vezes a gente encontra resistência dele [agente de saúde] também. De estar acordando cedo, de estar indo, de estar vendo [a tomada do medicamento]. E os outros membros [da equipe] nem se fala. Porque assim, eu não tenho segurança no trabalho de TB, eu acho uma coisa de muita responsabilidade, eu acho que deveria chamar mais o médico [...] é complicado demais”. E.VII</p> <p>“Agora assim, dentro do Saúde na Família, na nossa realidade, nem sempre isso é possível, [...], e assim, em relação à gente enquanto equipe não poderia lançar mão assim, por exemplo, eu todos os dias ir na casa dos usuários, não tenho condições”. “Esse paciente que fez isso [TDO], a agente de saúde era muito interessada, muito preocupada e fez [...]”. E.XI</p>
Operacionalização do TDO (A quem é ofertado o TDO?)	<p>“Não [...], só aqueles pacientes mais resistentes que a gente observa, que vai lá pra Unidade mesmo. Aquelos outros a gente orienta e entrega a cartela, mas assim os agentes de saúde sempre estão lá, fazendo visita [...]”. E.VIII</p> <p>“Todos não são diretamente observados não. A gente tem feito o diretamente observado naqueles casos que a gente observa que existe um risco de abandono de tratamento. Mas, esses meus pacientes são bem comprometidos com o tratamento. [...] Mas aí ela [doente] teve uma complicação, depois de terminado o tratamento, ela teve essa complicação e lá no hospital foi a óbito, e um dos diagnósticos foi tuberculose [...]. Aí, depois, em conversa com a família que a gente foi fazer uma investigação. Aí disseram que ela não tomava a medicação. Ela morava por trás da mata e era lá que ela jogava as medicações, isso quando ela estava mais em crise [doença mental]”. E.XII</p>

O tratamento diretamente observado da tuberculose:
indícios prescritados em discursos de enfermeiras

Formação Discursiva	Fragmentos discursivos
Operacionalização do TDO (Como e onde é realizado o TDO?)	<p>“Na verdade esse acompanhamento da tomada em jejum na casa do paciente não é feito [...]. E eu vou umas três vezes por mês lá pra ver a tabelinha, se ele realmente está tomando [...]. O ACS vai em dias alternados pra ver se tá tomando, orientando [...]”. E.VII</p> <p>“[...] nós estamos trazendo o paciente todos os dias, de segunda a sexta, para administrar o medicamento aqui na unidade”. E.II</p> <p>“Então, na unidade da gente acontecia o seguinte: o usuário vinha numa segunda-feira, tomava o medicamento na própria unidade e levava o medicamento para a terça-feira; na quarta ele vinha, fazia a tomada da quarta e levava da quinta e na sexta ele vinha tomava o da sexta lá e levava a do sábado e do domingo”. E. IX</p> <p>“[...] esse agente fica com essa responsabilidade de diariamente, logo cedo pela manhã, antes de vir à unidade de saúde, combina um horário com esse usuário [...], normalmente são sete horas da manhã, e faz a observação do uso da medicação [no domicílio] [...]”. E.IV</p>

Quadro 1 – Bloco Discursivo: Operacionalização do Tratamento Diretamente Observado na Atenção Básica segundo o discurso das enfermeiras, João Pessoa (PB), Brasil, 2013

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

DISCUSSÃO

Na análise de discurso pecheuxtiana, o processo de análise deve considerar as condições de produção dos discursos, que compreendem fundamentalmente os sujeitos e a situação em que se encontram. Em sentido estrito, referem-se ao contexto de enunciação. Em sentido amplo, incluem o contexto sócio-histórico e ideológico (ORLANDI, 2009). Desse modo, cabe ressaltar que as enfermeiras, no período da entrevista, se encontravam inseridas no contexto político-assistencial da Estratégia Saúde da Família, condicionada à expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, como modelo de reorientação do sistema de saúde.

No município estudado, as ações de controle da TB foram descentralizadas para os serviços da ABS desde 2007. Segundo o Programa Nacional de Controle da TB, nesse ponto da rede de atenção, têm os enfermeiros as seguintes atribuições: identificação de sintomáticos respiratórios; realização de assistência integral ao paciente e família; orientação quanto à coleta de escarro; administração da vacina BCG; realização da prova tuberculínica, realização de consultas de enfermagem; solicitação de exames previstos no programa, além do teste HIV sob autorização e aconselhamento; convocação dos contatos para a investigação, participação das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, ao manejo do tratamento, às ações de vigilância epidemiológica e ao controle das doenças; análise dos dados e planejamento de intervenções em parceria com a equipe de saúde; envio das informações epidemiológicas ao setor competente mensalmente; notificação dos casos de TB confirmados; ações comunitárias para a redução do agente etiológico *M. tuberculosis* e quebra da cadeia de transmissão (BRASIL, 2011b).

Assim, o bloco discursivo elaborado – **“Operacionalização do Tratamento Diretamente Observado na ESF segundo o discurso das enfermeiras”** – fornece indícios sobre o conhecimento dessas profissionais sobre o TDO, bem como sobre a operacionalização dessa estratégia, sobretudo, a respeito do processo de trabalho das equipes para realização dessa modalidade de tratamento. O referido bloco discursivo encontra-se constituído por duas formações discursivas: *Concepção do TDO apresentada pelos enfermeiros* e *Operacionalização do TDO*, esta última constituída pelos enunciados: Quem realiza o TDO, a quem o TDO é ofertado e como e onde é realizado o TDO.

Os fragmentos discursivos de E.II e E.III, “não só esperar que o paciente degluta o medicamento, mas também, criar um vínculo de confiança com toda a equipe. [...] eu lhe digo de coração e com todo prazer, sou eu, a enfermeira, eu que entrego e vejo [a tomada do medicamento]” (E.II) e “é aquele onde existe um estreitamento do

vínculo do profissional, no caso do enfermeiro (eu estou falando de mim) e o paciente portador de Tuberculose” (E.III), revelam cuidado, compromisso com o outro, fortalecido pelo TDO como estratégia de vínculo e confiança entre doente e profissional da saúde. Desse modo, o TDO se constitui um ato terapêutico que vai além da observação da ingestão do medicamento, refletindo a construção de vínculo entre profissional e doente como principal estratégia para fortalecer a adesão ao processo (ISHIKAWA; NAGAYAMA, 2012; SÁ et al., 2012).

O vínculo potencializa a estratégia DOTS e pode ser entendido como uma relação de confiança, diálogo e respeito estabelecida entre profissionais e usuários durante o tratamento (QUEIROZ et al., 2012). Estudo recente realizado no Japão com doente de TB idoso mostrou ser o TDO uma ferramenta importante para construção de confiança com o doente, sendo a estratégia DOTS direcionada não apenas para entrega de medicação, mas também para cuidados gerais de saúde e aconselhamento (ISHIKAWA; NAGAYAMA, 2012). Vínculo implica responsabilizar-se pelo outro. Segundo o filósofo Emmanuel Lévinas (2009, p. 148), “todos os homens são responsáveis uns pelos outros, e eu mais do que todo o mundo”.

Analisando ainda o fragmento discursivo de E.II “eu lhe digo de coração e com todo prazer, sou eu, a enfermeira, eu que entrego e vejo [a tomada do medicamento]”, interpreta-se, por meio da AD, que o discurso da enfermeira é atravessado pela história, revelando o significado das palavras pela história e pela língua (ORLANDI, 2009). O compromisso com o tratamento da TB por essas profissionais está relacionado ao envolvimento histórico da enfermagem frente às ações de controle da TB no nosso país, em que a enfermeira, antes com suas ações vinculadas à Campanha Nacional Contra a Tuberculose e hoje inserida na equipe de saúde da família, lidera as ações de cuidado voltadas aos doentes de TB (SÁ et al., 2012).

Sobre a operacionalização do TDO, indícios nos discursos analisados apontam que as enfermeiras e os agentes comunitários

de saúde (ACS) são os profissionais da equipe de saúde da família que mais se responsabilizam com a execução do TDO. Estudo realizado em São Paulo (SP) sobre a transferência do TDO para a Atenção Básica confirma esse achado (SOUZA et al., 2014).

No fragmento discursivo de E.IV, é revelado que “[...] esse acesso é normalmente com o agente de saúde, alguns desses usuários moram praticamente dentro da microárea, ou então numa rua próxima, então esse agente fica com essa responsabilidade diariamente [...]”. Observa-se, no fio do discurso da enfermeira, que o ACS, por morar na mesma microárea na qual reside o doente, viabiliza a operacionalização do TDO. A esse respeito, estudo realizado com os ACS na cidade de São Paulo afirma essa condição e ressalta que o fato desse agente atuar como elo entre a equipe e os usuários faz com que vivencie o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que acontece com os outros membros da equipe de saúde (FORTES; SPINETT, 2004). No caso do controle da TB, a referida condição facilita a execução de ações como a busca ativa de casos de tuberculose no território e acompanhamento do tratamento supervisionado (CAMPINAS; ALMEIDA, 2004).

A equipe de enfermagem (QUEIROZ; BERTOLOZZI, 2010) e os ACS (RAMDOHR SOBRINHO et al., 2013), com supervisão técnica do enfermeiro (BRASIL, 2011b), são os profissionais que mais se responsabilizam pela supervisão do tratamento do doente de TB. Mas, atribuindo-se significado ao silêncio nos discursos das enfermeiras, silêncio esse que não se refere à ausência de sons ou palavras, tratando-se do *silêncio fundador*, aquele que revela o verdadeiro sentido, que leva à compreensão do vazio produzido pelo discurso dito (ORLANDI, 2009), revela-se a fragilidade do trabalho em equipe no cuidado ao doente em TDO na AB. Segundo o fragmento discursivo de E.II, essa falta de envolvimento dos outros profissionais se estende a todas as atividades – “A partir do agente de saúde, a técnica de enfermagem, a enfermeira, que são as pessoas mais envolvidas no dia a dia com o paciente, não só o de TB, mas com qualquer tipo de paciente [...]” (E.II).

O tratamento diretamente observado da tuberculose:
indícios prescrutados em discursos de enfermeiras

Estudo revela que, no âmbito da AB, o cuidado ao doente de TB deve ser promovido mediante uma abordagem multiprofissional, embasada na concepção de integralidade do cuidado em saúde (SÁ et al., 2012). Ressalta-se que o sucesso do TDO vai ocorrer quando houver uma interação, corresponsabilização e aprendizado de todos os atores envolvidos nesse cuidado (BRASIL, 2011a). Logo, o papel da equipe de saúde deve ir além de supervisionar a ingesta da medicação. Envolve acolher e acompanhar a pessoa adoecida durante o processo terapêutico (TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Em relação à fragilidade do envolvimento de todos os membros da equipe na realização do TDO, é revelado no dito do fragmento discursivo de E.VII: “às vezes a gente encontra resistência dele [agente de saúde] também. De estar acordando cedo, de estar indo, de estar vendo [a tomada do medicamento]. E os outros membros [da equipe] nem se fala”.

Dando continuidade à análise do fragmento discurso de E.VII – “porque assim, eu não tenho segurança no trabalho de TB, eu acho uma coisa de muita responsabilidade, eu acho que deveria chamar mais o médico [...], é complicado demais” –, na sua opacidade, está contida a interpretação do sujeito, na qual expressa a necessidade do trabalho em equipe, mediante abordagem multiprofissional, pois, tendo em vista a complexidade do contexto que envolve o doente de TB, o cuidado não pode prescindir de um importante ator, no caso, o médico. No não dito, observa-se indício de que esse profissional não tem atuação expressiva.

Estudo realizado com enfermeiras da ESF revelou que o modo de as equipes de saúde da família terem organizado seus processos de trabalho aponta para a necessidade de articulações entre os próprios profissionais da equipe, e destes com os gestores, com propósito de se construir projeto terapêutico/cuidado guiado pela integralidade (SÁ et al., 2012).

Com base na ideologia marxista, é importante lembrar que, ao se referir a processo de trabalho,

antes de tudo é um processo do qual participam homem e natureza, processo em que um ser humano, com a sua própria ação,

impulsiona, regula e controla o seu intercâmbio material com a natureza” (MARX, 2008)

O que se deseja inferir é que o objeto (natureza) sobre o qual age um profissional é saúde, é a necessidade humana, advinda de sua natureza alterada pela doença. E o agir do profissional reside em alterar (pelo cuidado e tratamento) essa mesma natureza, em função do seu restabelecimento e cura, cujas práticas envolvem atos desenvolvidos segundo os conceitos de processo saúde-doença e determinação social da saúde. E, teoricamente, essas concepções, desde o início da década passada, vêm orientando a política de saúde local, conforme revelam os planos de saúde elaborados. Ainda vale ressaltar que essa mesma ideologia está na gênese e desenvolvimento da concepção do SUS, do conceito positivo de saúde e da própria ideia do direito à saúde, tendo o Estado como o seu provedor.

Os fragmentos discursivos de E.IX – “dentro do Saúde na Família, na nossa realidade, nem sempre isso é possível” e “a gente enquanto equipe não poderia lançar mão assim, por exemplo, eu todos os dias ir na casa dos usuários, não tenho condições” – revelam um esquecimento enunciativo, que apresenta caráter semiconsciente, pois o sujeito seleciona determinados dizeres em detrimento de outros (PÊCHEUX, 1988). Na interpretação por meio da AD, os discursos que apontam a não realização do TDO pela enfermeira, “dentro do Saúde da Família nem sempre é possível” e “eu não tenho condições”, podem estar apagando uma sobrecarga de trabalho dessa profissional na ESF e uma centralidade das atribuições, situação também referida no fragmento discursivo de E.VII – “eu acho que deveria chamar mais o médico”.

Pesquisas revelam sobrecarga de trabalho para os enfermeiros da AB, reforçando que, além das atividades técnicas, como consultas, pré-natal, puericultura, atendimento a doentes de TB e hanseníase, entre outras atividades, são esses profissionais que gerenciam as unidades (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010). O mesmo estudo também mostra que as enfermeiras atribuem essa sobrecarga à falta de uma melhor

divisão das tarefas e, principalmente, ao pouco envolvimento dos médicos com as questões administrativas e com as atividades do sistema de informação (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Já o fragmento discursivo de E.X revela contradição no discurso, pois, ao mesmo tempo em que afirma realizar o TDO, “eu ou a médica”, o dito da enfermeira aponta uma pessoa da família para acompanhar o tratamento do doente: “eu chamo a família para vir conversar, para alguém da família ficar realmente se responsabilizando, coparticipando daquele tratamento do usuário [...] toda semana eu peço para ele [doente] vir [para a unidade] [...]. E aí a gente deixa uma pessoa da família para ficar realmente responsável” (E.X). É importante ressaltar que a enfermeira traz conhecimentos acerca da operacionalização do TDO, uma vez que refere não ser realizado como oficialmente recomendado: “Então, a gente aqui tem feito esse tratamento, mas não de acordo com o que é preconizado [...]” (E.X).

Para fins operacionais, o Ministério da Saúde (MS) estabelece que, nos casos em que o TDO não está sendo realizado por profissional da equipe de saúde, não será considerado como TDO; logo, a equipe não deve informar na ficha de notificação do Sistema de Notificação de Agravo de Notificação (Sinan) que realiza essa modalidade de tratamento (BRASIL, 2011a). Porém, excepcionalmente, quando não for possível a observação por um profissional de saúde, a equipe poderá propor ao doente que a supervisão seja realizada por uma pessoa da família ou da comunidade, mas que esta seja treinada ou supervisionada por profissional da equipe de saúde. Nesse caso, ressalta-se serem necessários visita e acompanhamento semanais da equipe para monitorar esse tratamento (BRASIL, 2011b).

No fio do discurso, são percebidos conhecimento e compromisso da enfermeira com a implementação do TDO. No fragmento do discurso, a profissional enuncia que “toda semana eu peço para ele [doente] vir [para unidade]” (E.X), mostrando envolvimento e atenção para com o tratamento do doente.

Estudos realizados no Brasil, China e Tailândia relatam experiências de sucesso com TDO quando acompanhado por um membro da família (AI et al., 2010; MACIEL et al., 2010), pois, embora seja preferível que um profissional da saúde realize a observação da tomada do medicamento, é necessário reduzir o número de abandono do tratamento, mediante o acompanhamento realizado por um membro da família orientado (AI et al., 2010). Convém ressaltar que viabilidade e eficácia dessa estratégia podem variar de acordo com os diferentes contextos e culturas (MACIEL et al., 2010). Desse modo, é necessário que a equipe decida, conjuntamente com o doente e a família, a melhor maneira para realizar a supervisão do tratamento.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) preconiza que o TDO se destine a todos os casos de TB diagnosticados, independentemente de ser um caso novo ou de retratamento. Mas fragmentos discursivos sugerem que o TDO não está sendo realizado por todos os doentes de TB, sendo ofertados apenas os que possuem, segundo as enfermeiras, risco de abandonar o tratamento: “Não [...], só aqueles pacientes mais resistentes que a gente observa, que vai lá pra Unidade mesmo. Aqueles outros a gente orienta e entrega a cartela [...]” (E.VIII) e “Todos não são diretamente observados não. A gente tem feito o diretamente observado naqueles casos que a gente observa que existe um risco de abandono de tratamento” (E.XII).

Estudos realizados em São Paulo e Rio de Janeiro corroboram esses resultados, em que alguns profissionais de saúde recomendam essa modalidade de tratamento apenas para os pacientes que apresentam recidiva da doença, abandono do tratamento anterior, e para os pacientes resistentes, ressaltando que a incorporação do TDO não deve ser igual para todos (CARDOSO et al., 2012; TERRA; BERTOLOZZI, 2008).

Observa-se, notadamente, que o discurso aqui analisado mostra situações nas quais o TDO não é executado segundo as diretrizes da política de saúde que envolve a AB, tampouco conforme as recomendações que organismos mundiais fazem à estratégia DOTS, o que fragiliza o cuidado integral ao doente e o controle da doença.

Todavia, o fragmento discursivo de E.XII – “Mas esses meus pacientes são bem comprometidos com o tratamento [...] Mas aí ela [doente] teve uma complicação, depois de terminado o tratamento, ela teve essa complicação e lá no hospital foi a óbito, e um dos diagnósticos foi tuberculose [...]. Depois em conversa com a família que a gente foi fazer uma investigação aí disseram que ela não tomava a medicação. Ela morava por trás da mata e era lá que ela jogava as medicações, isso quando ela estava mais em crise [doença mental]” – revela fielmente que o TDO não foi ofertado a uma pessoa que estava com TB e tinha uma doença mental, devendo esta ser considerada um caso de possível risco ao abandono do tratamento. Mas, segundo o discurso, não acontecia o TDO, resultando em complicação e morte. Logo, as palavras ditas por E.XII, “a gente observa os casos de risco para o abandono”, são envoltas por um *silêncio constitutivo*, em que essas palavras apagaram outras palavras, de que, “para dizer é preciso não dizer” (ORLANDI, 2009, p. 83), e esse *apagamento* remete à não realização do TDO, mesmo diante de situações que concorrem para o abandono do tratamento.

O analista de discurso deve procurar o espaço de interpretação que existe entre o dizer e o não dizer, pois a AD está carregada de equívocidade (ORLANDI, 2009). Nesse sentido, considerando-se o pluralismo na interpretação da AD, o fragmento discursivo de E.VII anuncia que o tratamento realizado é o autoadministrado: “E eu vou umas três vezes por mês lá pra ver a tabelinha, se ele realmente está tomando [...]O ACS vai em dias alternados pra ver se tá tomando, orientando [...]”. Enuncia, portanto, que a garantia de conclusão do tratamento está relacionada com a ida dos profissionais à residência do doente para “ver a tabelinha”, isto é, para ver a cartela de medicamentos vazia, mostrando que há fragilidade, pois o cuidado ao doente de TB durante o tratamento não se resume a verificar a cartela dos comprimidos, mesmo em caso de tratamento autoadministrado.

Cabe aqui uma reflexão a respeito de Tecnologias de Gestão do Cuidado. A tecnologia não é só a aplicação de ciência, não é

simplesmente um modo de fazer, mas é também uma decisão que os profissionais de saúde devem repensar, ao utilizar tecnologias, já que, a partir daí, constroem mediações, escolhendo, dentro de certas possibilidades, o que devem fazer (KOERICH, 2006). Tal entendimento de tecnologia corrobora um dos conceitos de cuidado que se apresenta como um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente (GRABOIS, 2011).

Nesse sentido, enfatiza-se a importância do TDO, como o afirma Cardozo Gonzáles e colaboradores (2012), como sendo uma modalidade de tratamento que representa uma tecnologia de gestão do cuidado para o controle da TB, por oferecer ações que vão além da observação da ingestão do medicamento. Busca avaliar o aspecto sociocultural e econômico do doente, acompanhando-o em todo o processo de adesão ao seu tratamento, oferecendo também suporte psicológico ao doente e à família, entre outras potencialidades.

Logo, o TDO, na condição de tecnologia de gestão do cuidado, vai além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência à saúde, que dizem respeito às “Tecnologias em Saúde”, não se limitando, portanto, à fiscalização do esvaziamento da “tabela-linha” de medicamentos. Sua eficácia é constituída por um conjunto de atividades voltadas para o planejamento do tratamento do doente e família a ser executada por uma equipe de saúde (BARRETO, 2012).

Os ditos em relação ao modo como o TDO é implementado e ao local onde ele é realizado revelam, nos fragmentos de E.II, E.IX e E.IV, que essas profissionais e os ACS realizam o tratamento conforme preconizado, sendo a supervisão do medicamento realizado diariamente, de segunda a sexta ou durante três dias da semana, seja na unidade de saúde da família, seja no domicílio do doente.

A observação da tomada do medicamento deve acontecer preferencialmente de segunda a sexta-feira. Mas, se a única opção

O tratamento diretamente observado da tuberculose:
indícios prescrutados em discursos de enfermeiras

do doente for de três vezes na semana, nas idas ao domicílio, deve ser enfatizada a necessidade da tomada diária dos dias em que não será observada a ingestão do medicamento. E, ao final do tratamento, para definir se este foi observado, o doente deverá ter tido, no mínimo, 24 tomadas observadas na fase de ataque e 48 tomadas observadas na fase de manutenção (BRASIL, 2011a, 2011b). Ressalte-se que a escolha da não supervisão do tratamento deve ser realizada pelo doente de TB, e não pelo serviço (BRASIL, 2011b).

Quanto ao local a ser realizado o TDO, estudos realizados no Brasil e na Tanzânia revelam que a supervisão pode acontecer tanto na unidade de saúde da família quanto no domicílio. Mas, enquanto o estudo brasileiro aponta unidade de saúde como o local apropriado, por dispor de bom espaço físico (TERRA; BERTOLOZZI, 2008), o estudo realizado na Tanzânia revela que a observação do tratamento pode acontecer fora da unidade de saúde, uma vez que houve sucesso semelhante em ambos os locais (EGWAGA et al., 2009). Mas é importante ressaltar que o local de realização do tratamento deve ser escolhido pelo doente de TB (BRASIL, 2011a).

Percebe-se, todavia, que, em nenhum momento, as enfermeiras *mostram dialogar* com o paciente sobre a escolha da modalidade de tratamento. Apresentam um discurso orientado por uma organização de serviço para controle sobre a vida do outro, quebrando a lógica do processo de construção de autonomia e corresponsabilidade do usuário com seu tratamento.

Diante de toda a interpretação proporcionada pela AD, os indícios expressam sentidos relacionados a fragilidades na operacionalização do TDO, principalmente à falta de envolvimento de outros profissionais da equipe na implementação dessa modalidade de tratamento e à desvalorização e insegurança em realizar o TDO por alguns profissionais, uma vez que, mesmo com o tratamento autoadministrado, o cuidado não é ofertado de maneira integral

e satisfatória. Mas, apesar desses discursos, pode ser observado o destaque das enfermeiras no cuidado ao doente, mostrando compromisso com a operacionalização do TDO na AB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os indícios perscrutados nos discursos das enfermeiras apontam que elas conhecem e desenvolvem o TDO, afetadas por um interdiscurso que, historicamente, diz sobre o protagonismo dessas profissionais no cuidado ao doente de TB e nas ações de vigilância em saúde no território em que as pessoas vivem e trabalham.

A partir da análise dos discursos, verificou-se que o TDO é significado pelas enfermeiras participantes como um ato terapêutico que estimula o crescimento do vínculo entre o profissional de saúde e o doente, além de fortalecer a adesão ao tratamento.

Este estudo destaca a necessidade da integração interdisciplinar a fim de que o trabalho em equipe seja basilar ao cuidado ofertado à pessoa acometida pela TB e sua família. A responsabilidade sobre o TDO pode e deve ser compartilhada por outros profissionais de saúde, além do enfermeiro e do agente comunitário de saúde.

Na análise de discursos das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, consideram-se as condições de sobrecarga de trabalho, que as envolvem como condições de produção dos sentidos e interpretações. Uma possível consequência desse contexto pode ser a prática do TDO com inclinação ao sentido de controle sobre o outro, divergindo ideologicamente da proposta de responsabilização do tratamento da TB com o doente, ou seja, de corresponsabilização e autonomização do usuário.

O tratamento diretamente observado da tuberculose:
indícios prescrutados em discursos de enfermeiras

REFERÊNCIAS

- AI, X. et al. Factors associated with low cure rate of tuberculosis in remote poor areas of Shaanxi Province, China: a case control study. **BMC Public Health**, v. 7, n. 10, p. 112, mar. 2010.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.
- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012.
- BARRETO, A. J. R. et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, jan./jul. 2012.
- BLOSS, E. et al. Increasing directly observed therapy related to improved tuberculosis treatment outcomes in Taiwan. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 16, n. 4, p. 462-467, abr. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: Protocolo de enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

CAMPINAS, L. S. L. L.; ALMEIDA, B. M. M. M. Agentes comunitários de saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no programa de saúde da família. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v. 12, n. 3, p. 145-154, dez. 2004.

CARDOSO, G. C. P. et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, v. 20, n. 2, p. 203-210, 2012.

EGWAGA, S. et al. Patient-centred tuberculosis treatment delivery under programmatic conditions in Tanzania: a cohort study. **BMC Med.**, v. 21, n. 7, p. 80, dez. 2009.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública.**, v. 44, n. 3, p. 520-527, 2010.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, out. 2004.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (Org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011.

ISHIKAWA, N.; NAGAYAMA, N. Tuberculosis care and new horizon of Japanese society. **Kekkaku.**, v. 87, n. 4, p. 367-381, abr. 2012.

O tratamento diretamente observado da tuberculose:
indícios prescrutados em discursos de enfermeiras

KOERICH, M.S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, p. 178-185, 2006. Número especial.

LEVINAS, E. **Entre nós: Ensaio sobre a alteridade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MACIEL, E. L. N. et al. Household members and health care workers as supervisors of tuberculosis treatment. **Rev Saúde Pública.**, v. 44, n. 2, p. 339-343, abr. 2010.

MARX, K. O processo global da produção capitalista. In: _____. **O Capital: crítica da economia política**. Tradução de Reginaldo Sant'anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. Livro 3. v 5.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 2009.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução de E. P. Orlandi et al. Campinas: UNICAMP, 1988.

QUEIROZ, E. M.; BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 453-461, 2010.

QUEIROZ, E. M et al. Tuberculose: limites e potencialidades do tratamento supervisionado. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 2, abr. 2012.

RAMDOHR SOBRINHO, E. C. R. et al. A tuberculose na estratégia de saúde da família: o conhecimento dos agentes comunitários de saúde. **Rev Eletr Enf.**, v. 15, n. 2, p. 416-421, abr./jun. 2013.

RODRIGUES, I. L. A.; MOTTA, M. C. S.; FERREIRA, M. A. Representações sociais de enfermeiros sobre o portador de tuberculose. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p.172-178, 2013.

SÁ, L. D et al. Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**. v. 46, n. 2, p. 356-363, abr. 2012.

SILVA, A. C. O. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose: potencialidades e fragilidades na percepção do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 402-416, 2007.

SOUZA, K. M. J. S. et al. Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 874-882, 2014.

SOUZA, E. D.; OLIVEIRA, D. A análise documentária no grupo Temma: dos indícios às evidências da formação de unidades discursivas. **Ciência da Informação**, v. 16, n. 2, maio/ago. 2007.

TERRA, M. F.; BERTOLOZZI, M. R. Tratamento Diretamente Supervisionado (Dots) contribui para a adesão ao tratamento da Tuberculose? **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 4, jul./ago. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Tuberculosis Control: WHO report 2011**. Genebra: WHO Library, 2011.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA: REVISÃO INTEGRATIVA

Vanessa Medeiros da Nóbrega

Simone Soares Damasceno

Altamira Pereira da Silva Reichert

Elenice Maria Cecchetti Vaz

Neusa Collet

INTRODUÇÃO

A prevalência das doenças crônicas na infância e na adolescência aumentou significativamente nos Estados Unidos desde a década de 1980 e, atualmente, aproximadamente 14% dessa população tem um diagnóstico de doença crônica, e 9% tem dois ou mais (EL-MALLAKH; HOWARD; INMAN, 2010). No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios, realizada em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), que investigou apenas 12 problemas crônicos de saúde, constatou doença crônica em 9,1% na faixa etária de 0 a 5 anos; 9,7% na de 6 a 13 anos e 11% com idade de 14 a 19 anos do total geral da população nessa faixa de idade.

Entende-se que esses dados são representativos para a saúde pública brasileira, uma vez que muitas doenças crônicas não foram contempladas nesse levantamento. Diante da significância do crescimento das doenças crônicas em crianças e adolescentes, percebe-se a necessidade de se repensar novas formas de organização do sistema de saúde no intuito de trazer resolutividade às demandas de cuidado dessa população, na perspectiva da integralidade.

As lacunas, ainda significativas na atenção à criança com doença crônica e sua família, poderão ser superadas com a oferta de suporte adequado e integral por meio da linha de cuidado envolvendo o planejamento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do modo

integrado e comprometido com a qualidade, entre serviços e profissionais dos diferentes níveis de atenção (NÓBREGA et al., 2010).

Dentre essas lacunas, em decorrência de não inclusão em seu processo de trabalho da elaboração do PTS, tem-se a dificuldade em identificar as demandas da criança com doença crônica e as da sua família, de modo a ter respostas resolutivas (COSTA et al., 2013). Além disso, os profissionais da APS não têm o conhecimento necessário para cuidar dessas crianças (PEDROSO; MOTTA, 2013), gerando insegurança para o profissional conduzir esse processo.

A APS não conseguiu assumir de fato o papel de coordenadora do cuidado para esses casos, repercutindo em insatisfação dos familiares por não ter suas demandas resolvidas e decorrente afastamento destes do serviço, inviabilizando o reconhecimento da APS como fonte cuidadora (NÓBREGA et al., 2013).

Essas lacunas na rede de cuidado à criança com doença crônica iniciam-se no nível macropolítico, com o planejamento dos programas e das políticas norteadoras da rede de serviços, resultando em vulnerabilidades programáticas, trazendo prejuízos à organização e à qualidade dos serviços e ações ofertadas (PEDROSO; MOTTA, 2013).

Reconhecer a problemática da condição crônica na infância e ter habilidade para identificar as oportunidades para prevenir e tratar adequadamente essas crianças se constituem como os primeiros e fundamentais aspectos para a reorganização das práticas de saúde no cuidado a essa população (PERRIN, 2011). Uma organização adequada da rede de cuidados primários em saúde poderia evitar a utilização de serviços mais especializados e dispendiosos decorrente do agravamento no estado de saúde da criança, bem como desgastes e angústias da família.

Além disso, necessita-se do comprometimento de todos os envolvidos com o processo de trabalho no sistema de saúde e um pensar coletivo para a reflexão conjunta, bem como a construção de estratégias em busca de melhoria do acesso e da qualidade dos serviços (BECCHI et al., 2013). No entanto, constatou-se a escassez de estudos

que versam sobre a articulação dos serviços de saúde para o cuidado da população infanto-juvenil com doença crônica, e o desenvolvimento de pesquisas pode contribuir para a melhoria da atenção. Diante dessa assertiva, realizou-se uma busca sistematizada na literatura com o objetivo de identificar o conhecimento científico produzido sobre a organização dos serviços de saúde na atenção à criança com doença crônica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura construída a partir de seis etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação e seleção dos estudos; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Na primeira etapa, ocorreu a identificação do tema e a seleção do questionamento do estudo no intuito de buscar conhecimento aprofundado e atualizado sobre a organização dos serviços na atenção à criança com doença crônica, definindo-se como questão para nortear a busca: “Como estão organizados os serviços de saúde na atenção à criança com doença crônica?”. Delimitou-se que o resgate das produções científicas seria realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>), entre os meses de novembro de 2013 e fevereiro de 2014, com utilização simultânea dos descritores *atenção primária à saúde*, *saúde da criança* e *doença crônica*.

Na etapa posterior, elegeram-se os critérios de inclusão e exclusão que consubstanciassem o objeto em estudo. Foram incluídos artigos publicados em periódicos indexados no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2013 nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos não acessíveis na íntegra,

on-line e gratuitamente; e que não abordassem a organização dos serviços na atenção à criança em condição crônica.

Os títulos e os resumos dos artigos foram criteriosamente analisados individualmente por dois avaliadores na terceira etapa, a fim de identificar indícios de conteúdo significativo sobre a organização dos serviços de saúde na atenção à criança com doença crônica, com uma pré-seleção desses. Quando não havia resumo na base de dados, buscava-se localizar o artigo no periódico de publicação. A seguir, os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra para compor a amostra final desta revisão. Ao final desse processo, os avaliadores reuniram-se e discutiram sobre os resultados de suas análises, que apresentaram poucas divergências. Essas foram avaliadas e chegou-se a um consenso quanto à seleção de 10 artigos para compor a amostra final para análise.

Na quarta etapa, as informações dos artigos foram extraídas com auxílio de um instrumento contendo os seguintes itens: periódico, ano de publicação, título, autores, objetivo da pesquisa, tipo de estudo, idioma de origem e recortes de fragmentos significantes para o tema em estudo. Esses formaram o *corpus* da revisão integrativa com os dados para análise.

A análise temática (MINAYO, 2012) consubstanciou a interpretação dos achados, possibilitando identificar as lacunas no conhecimento produzido e a sugestão de caminhos para futuras pesquisas em relação à temática. Posteriormente, na última etapa, elaborou-se um documento com a síntese dos principais resultados obtidos por meio da revisão integrativa da literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No levantamento das publicações na BVS, após cruzamento simultâneo dos descritores, surgiram 218 artigos. Destes, 129 não

contemplavam o período de tempo estipulado, 2 artigos estavam nos idiomas francês e italiano, 10 não estavam disponíveis gratuitamente na íntegra, e 67 não abordavam a organização dos serviços na atenção à criança em condição crônica, resultando em 10 artigos para análise caracterizados no Quadro 1.

PERIÓDICO/ ANO	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO/CONSIDERAÇÕES DO ARTIGO
1,411 mm	KELLY, A.; GOLNIK, A.; CADY, R.	A Medical Home Center: Specializing in the Care of Children with Special Health Care Needs of High Intensity	Descreve um novo <i>Medical Home Center</i> projetado para atender às necessidades de crianças especiais de cuidado em saúde de alta complexidade (CSHCN- HI).
Archives of Disease in Childhood (2008)	GRAHAM, R. J.	Specialty services for children with special health care needs: supplement not supplant the medical home	Editorial com reflexões sobre a proposta de Sutton e colegas para atenuar o uso de serviços de emergências por CSHCN.
Journal of Psychosocial Nursing (2008)	CLEAVE, J. V.; LESLIE, L. K.	Approaching ADHD as a chronic condition: implications for long-term adherence	Propõe o uso do <i>Chronic Care Model</i> para desenvolver estratégias de cuidado para crianças com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH).
Academic Pediatrics (2009)	RAPHAEL, J. L.; ZHANG, Y.; LIU, H.; TAPIA, C. D.; GIARDINO, A. P.	Association of medical home care and disparities in emergency care utilization among children with special health care needs	Estuda a efetividade do <i>Medical Home</i> em relação à redução das barreiras raciais/étnicas de acesso na utilização de serviços de emergência por crianças com necessidades de cuidado em saúde especiais (CSHCN).
Medical Care (2009)	CARRIER, E.; GOUREVITCH, M. N.; SHAH, N. R.	Medical Homes: Challenges in Translating Theory Into Practice	Descreve a história, a definição, os princípios e os elementos-chave do <i>Medical Home</i> .

PERIÓDICO/ ANO	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO/CONSIDERAÇÕES DO ARTIGO
Pediatric Annals (2009)	HOMER, C. J.; COOLEY, W. C.; STRICKLAND, B.	Medical home 2009: what it is, where we were, and where we are today	Delinea as mudanças epidemiológicas nos estados da doença em crianças e descreve sistema de modelos de atenção e prevenção às doenças crônicas; identifica algumas das controvérsias que cercam os componentes essenciais necessários para a transformação bem-sucedida do modelo do <i>Medical Home</i> ; e explica como as políticas estadual e federal devem mudar para que tal modelo prosper e tenha êxito num futuro próximo.
Pediatrics (2010)	FOY, J. M.; KELLEHER, K. J.; LARAQUE, D.	Enhancing pediatric mental health care: strategies for preparing a primary care practice	Descreve estratégias baseadas nos princípios do <i>Chronic Care Model</i> para médicos da atenção primária prestarem serviços avançados de saúde mental e cuidarem de crianças em condições crônicas de saúde.
Primary Care Respiratory Journal (2011)	HAUGHNEY, J.	Who should look after children with asthma	Editorial que traz reflexões sobre as mudanças ocorridas na gestão das doenças respiratórias crônicas.
Primary Care (2012)	ROSENTHAL, M. P.	Childhood asthma: considerations for primary care practice and chronic disease management in the village of care	Reflexões sobre a importância de modelos avançados de atenção primária com serviços localizados nas comunidades que superaram os entraves ainda existentes em relação ao cuidado à asma e às doenças crônicas na infância.

PERIÓDICO/ ANO	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO/CONSIDERAÇÕES DO ARTIGO
Pediatrics (2012)	TOM, J. O.; MANGIONE- SMITH, R.; SOLOMON, C.; GROSSMAN, D. C.	Integrated personal health record use: association with parent-reported care experiences	Descreve as vantagens do prontuário eletrônico integrado do paciente e compara a experiência de pais de crianças com doenças crônicas que utilizam e não utilizam esse sistema de registro no cuidado.

Quadro 1 – Artigos selecionados na revisão integrativa sobre a organização da atenção à criança com doença crônica, 2014

Os 10 artigos selecionados para análise (Quadro 1) versam sobre um contexto diferente do encontrado no Brasil. Nenhuma produção brasileira sobre a temática foi encontrada na base de dados utilizada. Em 2008 e 2009 houve 3 publicações em cada ano com redução posterior para 1 publicação em 2010 e 2011 cada, e aumento para 2 artigos em 2012. Em 2013, não foram encontradas produções. Observou-se uma distribuição homogênea dos artigos em termos de quantidade de publicação por periódico, sendo a maioria estudos reflexivos descritivos.

A análise dos artigos resultou em duas categorias temáticas: reconstrução do paradigma de cuidado à saúde a partir do novo olhar para a doença crônica e gestão do cuidado à criança com doença crônica.

Reconstrução do paradigma de cuidado à saúde a partir do novo olhar para a doença crônica

Nas últimas décadas, observou-se um aumento significativo de casos de doenças crônicas em todo o mundo. Atentando para o fato e a necessidade de um novo olhar para essa realidade, Wagner criou,

em 1998, o *Chronic Care Model*, descrevendo novas abordagens que orientavam os sistemas de saúde na assistência às pessoas com doença crônica (CARRIER; GOUREVITCH; SHAH, 2009). Esse novo modelo de cuidado fundamenta-se na estrutura básica da atenção primária à saúde (APS) e apresenta modificações significativas na organização dos serviços para suprir as lacunas do sistema de saúde, historicamente focado em problemas agudos (HOMER; COOLEY; STRICKLAND, 2009).

No *Chronic Care Model* há ênfase na autogestão de usuários, bem como no atendimento prestado por uma equipe integrada, requerendo experiência prática para redistribuição de papéis em relação ao cuidado e para enfrentar a nova tarefa de capacitar o usuário de modo que ele seja protagonista eficaz de sua saúde em vez de, simplesmente, aconselhá-lo (CARRIER; GOUREVITCH; SHAH, 2009). Surgiram, então, em todo o mundo, modelos para organizar os sistemas de saúde, e, no Brasil, foi proposto o *Modelo de Atenção às Condições Crônicas* (MENDES, 2012) com enfoque para a população adulta e idosa, o que não favoreceu o olhar integral para as singularidades da criança com doença crônica.

Diante da mudança do perfil epidemiológico decorrente do aumento das condições crônicas de saúde, inclusive na população de crianças e adolescentes, reconheceu-se a necessidade de a APS mudar o enfoque principal do atendimento, com ênfase nos problemas agudos, para suprir as demandas de cuidados atuais decorrentes dessa nova realidade (HOMER; COOLEY; STRICKLAND, 2009).

Essa necessidade de mudança foi evidenciada ao perceber-se que crianças e adolescentes com doença crônica demandam acompanhamento ao longo do tempo, independentemente da presença ou não dos sintomas da doença. Para tanto, deve haver articulação e comprometimento dos serviços e profissionais de saúde, em que cada instituição da rede de serviços assuma o compromisso e a responsabilização pelo cuidado da criança com doença crônica e sua família, reconhecendo seu papel diante das necessidades deste grupo para garantia do cuidado integral.

Nesse sentido, a APS é apontada como ferramenta essencial para uma bem-sucedida reforma do sistema de saúde, pela sua alta eficácia e baixo custo, pois, em pesquisas realizadas em sistemas de saúde, constatou-se uma forte associação entre serviços de cuidados primários de alta qualidade com melhores resultados de saúde e menor custo para o sistema (HOMER; COOLEY; STRICKLAND, 2009). Entende-se que para repensar a rede de saúde é necessário fortalecer o potencial dos serviços e suportes de base comunitária em que haja um trabalho coletivo em busca da melhoria do cuidado, a fim de construir novas estratégias para alcançar crianças e suas famílias (ROSENTHAL, 2012). A APS é ferramenta primordial para o fortalecimento dessa rede de cuidado mais próxima do usuário.

Ao considerar essa nova forma de cuidar, que inclui abordagens com base na população, a APS envia esforços em um contexto mais amplo de cuidados de saúde ao nível da comunidade e desenvolve um modelo de integração do sistema para o cuidado às pessoas com doenças crônicas. Nesse trabalho, cada serviço de cuidados primários deve avaliar suas necessidades e as oportunidades para aumentar os apoios de base comunitária local, pois um esforço realista, constante e cuidadoso, com base nas relações interpessoais e colaborações construídas gradativamente na comunidade, em geral, é mais bem-sucedido do que esforços mais complexos, que necessitam de um processo decisório de ampla escala e de maior investimento financeiro. Para planejar as estratégias de cuidado, o esforço realista tem chances maiores de obter sucesso, uma vez que as abordagens utilizadas são mais simples, buscando a construção de parcerias entre os usuários, suas famílias, apoios comunitários e a APS, com o estabelecimento de metas comuns e trabalho em parceria (ROSENTHAL, 2012).

O novo formato de APS foi idealizado pela *American Academy of Pediatrics* nos Estados Unidos em 1967 e denominado de *Medical Home*, que, posteriormente, incorporou os princípios do *Chronic Care Model* (HOMER; COOLEY; STRICKLAND, 2009). O modelo defende que o cuidado

é mais bem ofertado quando realizado por uma equipe de saúde, ao invés de um único profissional, e enfatiza a necessidade de usuários e familiares terem conhecimentos, habilidades e motivação suficientes para cuidar de sua saúde de forma eficaz, pois reconhece que esses gerenciam a maioria dos aspectos do cuidado na maior parte do tempo. Enfatiza também a necessidade de um relacionamento pessoal contínuo entre os usuários e a equipe de saúde, a qual deve coordenar e integrar o cuidado utilizando-se de uma abordagem integral e individual (HOMER; COOLEY; STRICKLAND, 2009). Assim, proporciona condições para uma abordagem colaborativa entre o usuário e o serviço de saúde no enfrentamento da doença (CARRIER; GOUREVITCH; SHAH, 2009).

O *Medical Home* foi aprovado pelo *American College of Physicians*, visto que fornece uma estrutura na qual o *Chronic Care Model* pode ser implementado com sucesso para garantir resultados clínicos satisfatórios. Os elementos-chave do *Medical Home* que, provavelmente, melhorarão os cuidados de saúde em longo prazo e garantirão resultados clínicos melhores, incluem o acesso, a continuidade dos cuidados e a adoção de tecnologia de informação em saúde (CARRIER; GOUREVITCH; SHAH, 2009). Esse novo formato de APS demonstrou que, além de se reduzir custos devido à racionalização do uso dos serviços de saúde, favoreceu-se a satisfação familiar (CARRIER; GOUREVITCH; SHAH, 2009; KELLY; GOLNIK; CADY, 2008), essencial para a construção de um relacionamento de parceria e confiança com os profissionais responsáveis pelo cuidado.

O *Medical Home* presta cuidados contínuos e oferece cuidados primários adequados e abrangentes, encaminhando e coordenando as ações com os especialistas, uma vez que estes não substituem a atenção primária (GRAHAM, 2008).

Ter um *Medical Home* vai além de ter uma fonte habitual de cuidados, pois fornece melhor utilização dos serviços, reduzindo as barreiras de acesso e continuidade na atenção à saúde que poderiam resultar em lacunas no cuidado (RAPHAEL et al., 2009).

Esse modelo de cuidados primários atua como um gerenciador de caso, sendo responsável pela coordenação dos serviços envolvidos no cuidado à criança e supervisor do desenvolvimento e implementação de um “plano centrado na pessoa” ou “plano centrado na família”, destinado a criar um sistema de cuidado em torno da criança e da família. A filosofia desse sistema de cuidado tem como pontos-chave: o foco nas potencialidades, em vez dos problemas; a participação efetiva da família em todo o processo decisório; o compromisso com a recuperação como um objetivo; a escolha entre as opções de tratamento realizadas pelo usuário; os serviços prestados em ambiente menos restritivo; e um plano de cuidados, desenvolvido com a família, construído com base nas necessidades e preferências desta, articulando os objetivos terapêuticos e os papéis de todos os profissionais dos serviços de saúde (FOY; KELLEHER; LARAQUE, 2010).

Assim como em outros países, no Brasil, a APS tem especial importância para o cuidado integral e acompanhamento adequado da criança com doença crônica e sua família na rede de serviços de saúde. O nível primário de atenção é concebido como ponto integrador e articulador com os outros serviços. Portanto, ao assumir seu papel de coordenação do cuidado pode proporcionar melhor qualidade de vida à população da sua área de abrangência.

A coordenação é parte essencial do cuidado em saúde para *Children with Special Health Care Needs* (CSHCN) (KELLY; GOLNIK; CADY, 2008), denominada no Brasil pela sigla CRIANES – Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, e muito relevante para essas que, no início do tratamento, têm necessidades de serviços de saúde e cuidados médicos significativamente maiores (RAPHAEL et al., 2009). Os princípios do *Medical Home*, em linhas gerais, definem o papel do médico da APS e o primado da relação médico-usuário em todos os contextos que dizem respeito à doença. Dentre esses, tem-se também a melhoria do acesso do paciente a seus médicos, por exemplo, o agendamento das

consultas necessárias para o acompanhamento no mesmo dia, e comunicação por *e-mail* e outros meios (CARRIER; GOUREVITCH; SHAH, 2009).

No entanto, reconhece-se que quando o cuidado à criança com doença crônica é produzido por uma rede de atenção, o papel de cada uma das equipes de cuidado deve ser estabelecido para a responsabilização dos profissionais com essa criança/família, pois no momento em que se esclarecem suas responsabilidades, fica mais fácil para o profissional reconhecer as fragilidades do seu cuidado enquanto integrante da rede.

Partindo desse pressuposto, as redes de atenção à saúde devem ter protocolos de gestão construídos pela equipe e fluxogramas desenvolvidos localmente, de acordo com as diretrizes baseadas em evidências ou padrões de cuidados. Os protocolos devem apontar os elementos essenciais do processo de cuidado, determinados pelas necessidades das crianças e das famílias atendidas, pela capacidade e recursos dos serviços (FOY; KELLEHER; LARAQUE, 2010).

Na Escócia, foram criados serviços para atender às pessoas com asma, nos quais se estabeleceram padrões clínicos para facilitar a identificação e gestão do cuidado de crianças e jovens com asma de alto risco. Dentre essas, estão aquelas que procuram com frequência os centros de emergência, as que fazem contatos fora do horário de atendimento, ou aquelas para as quais foram prescritas ou precisam de doses de medicamentos acima do recomendado (HAUGHNEY, 2011).

Há evidências que um modelo de cuidado em saúde integrado possibilita acompanhamento mais efetivo e previne a piora do estado clínico da criança com doença crônica e sua entrada em serviços de emergência (RAPHAEL et al., 2009). Nesse modelo integrado de organização dos serviços, especialistas, instituições e equipes de saúde do hospital, da APS, e os serviços de base comunitária trabalham conjuntamente para ajudar as pessoas a percorrer pelo sistema e garantir que os planos terapêuticos sejam coordenados e trabalhados por todos, de acordo com as necessidades de saúde dos usuários (ROSENTHAL, 2012). No Brasil, esse tipo de organização é denominado linha do cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Reconhece-se a essencialidade da integração dos serviços para que a rede de atenção em saúde trabalhe com eficiência e produza ações eficazes e efetivas na atenção à criança com doença crônica. Contudo, para a composição das redes, a produção do cuidado depende dos serviços de saúde disponíveis em cada região e a estruturação dessas necessita ser adaptada de acordo com as peculiaridades locais, de modo a otimizar a atenção à criança com doença crônica.

Dessa feita, para o planejamento de ações eficazes, é preciso avaliar as necessidades da pessoa e determinar, juntamente com ela, os caminhos a serem percorridos para o alcance de um cuidado ampliado; isso porque, por estar inserido em uma comunidade específica, os serviços de APS se diferenciam devido às circunstâncias econômicas, institucionais, de estrutura, apoios e serviços oferecidos. Nesse contexto, cada serviço tem a oportunidade de identificar meios para construir apoios para o cuidado de seus usuários, trabalhando com os membros da comunidade, organizações ou instituições (ROSENTHAL, 2012) de modo que as ações essenciais sejam coordenadas para atender às demandas apresentadas pelos usuários.

Na continuidade da atenção à saúde, a comunidade tem um papel fundamental para construir uma abordagem de cuidado mais ampla e efetiva, uma vez que os serviços de base comunitária estão mais próximos dos usuários, e os profissionais atuantes nesses têm condições para desenvolver um relacionamento empático com as crianças e sua família para melhorar a compreensão sobre o cuidado, construir atitudes positivas, promover comportamentos saudáveis e melhorar o autocuidado (ROSENTHAL, 2012).

O acompanhamento de crianças com necessidades de cuidados de alta complexidade (CSHCN-HI) constitui-se em grande desafio para a organização da atenção à saúde. Estas são crianças de um subgrupo de CSHCN que, tipicamente, têm vários problemas médicos complexos ou raros, consultas de urgência e hospitalizações frequentes, circunstâncias sociais complexas, protocolos de tratamento pouco claros e que podem

ser dependentes de medicamentos e de tecnologia (KELLY; GOLNIK; CADY, 2008) e não recebem cobertura pelo *Medical Home* tradicional.

A base de funcionamento operacional, tanto do *Medical Home* de cuidados primários quanto do *Medical Home Center* para CSHCN-HI, é a mesma. Entre os membros da equipe estão inclusos pediatra, enfermeira pediátrica, coordenador de enfermagem, administrador do programa e pessoal de apoio. Quando um encaminhamento é recebido, o administrador do programa comunica à família por telefone acerca da pré-admissão da criança e todos os registros médicos anteriores são solicitados. A partir desses dados, os integrantes da equipe realizam uma visita domiciliar para fazer uma avaliação inicial do contexto em que a criança está inserida e, em seguida, reúnem-se com a família para elaborar um plano de cuidados singular, incluindo um plano de tratamento de emergência e plano de prioridades de atendimento, particularmente útil para as crianças que têm doenças crônicas graves, de baixa incidência (KELLY; GOLNIK; CADY, 2008).

As CSHCNs têm à disposição um serviço telefônico 24 horas por dia, 7 dias por semana, conduzido por coordenadores de enfermagem, com o apoio médico (GRAHAM, 2008). A triagem telefônica é a função primordial da equipe que trata doenças agudas leves das CSHCNs, evitando, muitas vezes, doenças mais graves ou complicações secundárias, redução do tempo livre e do estresse da família em decorrência de problemas passíveis de solução rápida. Também é gerenciada por telefone a renovação de receitas, comunicação escrita entre o médico da APS e os especialistas a fim de que as informações sejam compartilhadas. Além disso, informações significativas são organizadas em um resumo personalizado e estruturado sobre a criança. Nesse resumo, os registros médicos são reunidos e analisados por enfermeiras, com posterior entrevista por telefone com a família, a fim de verificar a informação e adicionar outras, quando for o caso. As informações críticas são regularmente atualizadas pelas enfermeiras em meio eletrônico. Cópias impressas desses resumos são entregues à família, à unidade hospitalar

da criança, ao departamento de emergência, ao departamento médico de registro, ao médico da atenção primária e enviadas a especialistas antes de consultas médicas (KELLY; GOLNIK; CADY, 2008). Esses registros eletrônicos permitem uma coordenação do cuidado mais efetiva (TOM et al., 2012) e, desse modo, favorece-se a continuidade da atenção.

Outra tecnologia da informação utilizada pelos pais de crianças com doenças crônicas são os registros de saúde pessoal eletrônicos (PHR), os quais podem estar integrados ou não ao prontuário eletrônico do paciente. O uso regular dos PHRs integrados pode potencialmente reduzir a utilização de cuidados de saúde e/ou melhorar o controle da doença, a comunicação, o acesso aos cuidados e o empoderamento dos usuários, melhorando a experiência global de cuidado dos pais. Esta realidade ocorre, pois, ao aumentar a compreensão dos pais das necessidades de saúde da criança e ao proporcionar acesso oportuno e conveniente aos cuidados, melhora-se a coordenação dos cuidados à criança com doença crônica e se facilita a comunicação entre os pais e todos os profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados de saúde de seus filhos (TOM et al., 2012).

Compreende-se que nessa reorganização da rede de serviços com enfoque na APS no contexto brasileiro é necessário que cada gestão de saúde municipal desenvolva um esforço realista para estruturar sua rede de atenção à saúde de acordo o perfil da população infantil com doença crônica para que o cuidado ampliado seja promovido. Essa reorganização da prática exige que gestores e profissionais de saúde conheçam e saibam onde se encontram essas crianças/famílias em suas áreas de abrangência, para elaborarem o planejamento de ações que teçam a rede de atenção na perspectiva da linha do cuidado. É preciso garantir que todos os serviços necessários para o manejo da doença crônica na criança sejam disponibilizados em tempo oportuno, a fim de garantir a produção do cuidado integral na infância e que a APS seja de fato a porta de entrada no sistema e provedora da longitudinalidade.

Gestão do cuidado à criança com doença crônica

A gestão da doença crônica na infância, segundo o *Chronic Care Model*, é estabelecida em seis pilares de organização do cuidado: o apoio à decisão, no qual as ferramentas disponíveis ajudem os médicos a tomar decisões baseadas em evidências da prática cotidiana; o projeto de sistema de prestação de cuidado, com divisão de tarefas entre os membros da equipe de saúde, para racionalizar o cuidado; o sistema de informação clínica computadorizado, que possibilita o rastreamento dos pacientes; o apoio à família no autogerenciamento, ajudando os pais e pacientes a adquirir autonomia para o cuidado da criança com doença crônica; as políticas e os recursos da comunidade com envolvimento das organizações da comunidade, como a escola, desenvolvendo ações para adaptação dessas crianças; e a organização da prática, do seguro de saúde e de políticas públicas a respeito do cuidado a essas crianças (VAN CLEAVE; LESLIE, 2008).

Baseado nesses seis pilares, o modelo de atenção às condições crônicas apresenta-se sob quatro perspectivas de gerenciamento, dependendo da gravidade e necessidade de cuidados da doença crônica: gestão pela Atenção Primária à Saúde (APS); gestão colaborativa/compartilhada; gestão por especialidade; e gestão ambulatorial intensiva.

Na gestão pela APS, a criança pode ser avaliada e seu problema de saúde gerenciado de forma adequada e com sucesso, caso suas necessidades de saúde não sejam complexas e complicadas por comorbidades, e se ela responder positivamente às intervenções de cuidados primários. A APS trabalha diretamente com a criança e a família no desenvolvimento, implementação e monitoramento do plano de cuidados da criança (FOY; KELLEHER; LARAQUE, 2010). No Brasil, é recomendado que a APS desenvolva o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os casos de doenças crônicas

e reconhece-se a essencialidade deste para o cuidado quando o mesmo tem a gestão pela APS.

Quando a APS trabalha em conjunto com os especialistas e desenvolve planos abrangentes de gerenciamento de cuidados aos usuários com problemas de saúde complicados, alcançam-se ótimos resultados em saúde. Nesse modelo de gestão denominado modelos colaborativos, a articulação entre os serviços de APS e o de especialidades médicas, em determinada situação clínica, depende das necessidades da criança, das preferências da família e da criança, da disponibilidade dos recursos necessários e da segurança do médico da APS para cuidar com a competência exigida à criança com doença crônica. A criança pode transitar entre modelos de gerenciamento pela APS e de especialidades em função da evolução da gravidade da condição de saúde ou ao alcançar a sua recuperação. Em regiões onde os serviços especializados de saúde são inacessíveis ou insuficientes, incluindo áreas rurais, a APS, quando necessita de apoio para a decisão na elaboração dos projetos terapêuticos, pode ter a colaboração de especialistas por telefone, *internet* ou vídeo (FOY; KELLEHER; LARAQUE, 2010).

Os principais elementos dos planos de cuidados colaborativos incluem a identificação de preocupações da família, a orientação sobre a doença e as estratégias para capacitá-la para o autocuidado, elaboração de lista com todos os profissionais envolvidos no cuidado da criança, listagem das potencialidades e dos recursos disponíveis para a família/criança, descrição abrangente dos diagnósticos e das terapias, objetivos terapêuticos e um plano específico para monitorar o caminho em direção a esses objetivos, incluindo a avaliação funcional periódica (FOY; KELLEHER; LARAQUE, 2010).

No modelo de cuidado de gestão por especialidade, o especialista assume a responsabilidade de cuidar da criança em função do nível de gravidade e complexidade dos problemas de saúde, da preocupação

em relação à segurança e/ou a coexistência de outras complicações ou condição social. A APS recebe informações regulares sobre a evolução e mudanças no nível de cuidados e faz recomendações relativas à continuidade dos cuidados primários à criança e à coordenação dos serviços de especialidades médicas (FOY; KELLEHER; LARAQUE, 2010).

Nos casos mais complexos, como os de CSHCN-HI, o *Medical Home Center* da USK oferece um modelo de atendimento ambulatorial intensivo, análogo a uma unidade de terapia intensiva hospitalar, pois a gestão de cuidados médicos é realizada por pessoas com experiência na área. Do mesmo modo que a unidade de terapia intensiva trabalha em conjunto com a enfermaria do hospital, o *Medical Home Center* deve trabalhar com a APS para gerenciar o cuidado de saúde, os serviços sociais, os sistemas escolares, os serviços de saúde pública, os recursos da comunidade e os serviços domiciliares (KELLY; GOLNIK; CADY, 2008).

As crianças elegíveis para o USK têm quatro ou mais problemas médicos crônicos significantes: uso de várias especialidades médicas; uso de muitos medicamentos ou produtos farmacêuticos raros; hospitalizações repetidas e/ou atendimentos de emergência; dependência de tecnologia (por exemplo, sonda de gastrostomia, traqueostomia, cateter central ou oxigênio); e necessidades não atendidas por outro serviço de coordenação de cuidados, como no caso de fibrose cística ou programas de transplante de medula óssea. Além disso, o programa USK auxilia em ações tipicamente de responsabilidade dos pais, como obter serviços de isenção necessários, cuidados temporários e serviços auxiliares, tais como suprimentos médicos, equipamentos, habitação e modificações de veículos. O USK comumente ajuda a programar várias consultas médicas em um único dia. Isto é particularmente importante para as crianças que são de áreas rurais, facilitando e melhorando o acesso aos serviços especiais (como os de terapia ocupacional, fonoaudiologia e fisioterapia ou

serviços psicológicos) que, muitas vezes, são difíceis de obter em tais áreas. O programa é eficaz devido ao acesso às informações organizadas do usuário e aos especialistas e serviços comunitários dispostos a colaborar por telefone (KELLY; GOLNIK; CADY, 2008). Percebe-se, então, a relevância das parcerias de base comunitárias para melhorar a gestão da doença crônica na infância (ROSENTHAL, 2012).

Apesar de existirem modelos diferentes de gestão, a APS sempre tem participação no cuidado à criança com doença crônica, mesmo em situações de maior complexidade. Em todos os tipos de gestão do cuidado à doença crônica na infância fica evidenciada a importância da APS como aliada na articulação e integração dos serviços para garantir a continuidade do cuidado a essa criança/família, inclusive em situações de maior complexidade, como reforçado anteriormente. Nessas situações, a responsabilidade pelo cuidado e uma maior participação no projeto clínico terapêutico são assumidas por outros serviços de acordo com demandas específicas; contudo, a APS sempre está informada sobre a situação da criança com doença crônica e ajuda a família coordenando o cuidado, de modo que a continuidade seja estabelecida e traga benefícios aos envolvidos com a condição crônica infantil.

A coordenação do cuidado pela APS facilita o acesso e a tomada de decisão adequada para os pacientes e suas famílias, enquanto acompanha os resultados dos encontros de cuidados de saúde, incluindo exames laboratoriais, raios-x, visitas a especialistas e hospitalizações. Essa coordenação permite o planejamento e implementação do fluxo de cuidado antes, durante e depois de visitas ao consultório. Há contatos antes da consulta para coletar novas informações sobre a saúde e as preocupações atuais do usuário ou da família e para informar sobre uma próxima visita ao consultório para acompanhamento da doença crônica, e contatos pós-consulta para confirmar o cumprimento e compreensão plena das decisões

tomadas com o médico especialista. Cada sistema requer um *locus* de coordenação para gestão dos elementos dentro do sistema e para a interface de coordenação homóloga em outros sistemas (HOMER; COOLEY; STRICKLAND, 2009).

Compreende-se, então, que a rede de atenção à criança com doença crônica pode ser organizada em diferentes perspectivas de gestão, dependendo da gravidade e das necessidades individuais de cada criança/família. Para tanto, os profissionais devem ter competência para assumir essa responsabilidade e fazer as devidas articulações entre os diferentes níveis de atenção, a fim de garantir a produção do cuidado integral, singular e ampliado.

Esses modelos de gestão internacionais convergem com o que é proposto pelo Ministério da Saúde (MENDES, 2012) brasileiro quanto à estruturação poliárquica das redes de atenção à saúde. Esta favorece a construção das articulações adequadas concernentes às peculiaridades clínicas de cada criança e possibilita desfechos mais apropriados que resultem em um verdadeiro cuidado longitudinal contínuo e responsável e traga melhores condições de vida à criança com doença crônica e sua família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão apresenta caminhos para organizar a atenção à criança com doença crônica que poderão servir de subsídio para o planejamento de uma rede de cuidado mais efetiva para essa população na realidade brasileira. Nenhuma produção científica realizada no Brasil sobre a temática foi encontrada, o que aponta para a necessidade emergente de que pesquisas sejam desenvolvidas no país para delinear o funcionamento da rede, de acordo com as particularidades regionais, de maneira a favorecer

uma avaliação criteriosa e elaboração de diretrizes que contribuam para o direcionamento de modelos efetivos de cuidado às crianças com doenças crônicas.

Embora existam diferentes modelos de gestão de cuidado em outros países, apreende-se que não se pode prescindir do papel da APS nesse processo em nenhum dos modelos descritos. Ao contrário, reforça-se a importância desse serviço, que tem responsabilidades e atribuições diferenciadas, dependendo das necessidades da criança/família com doença crônica em busca do cuidado integral.

Ressalta-se ainda a relevância deste estudo para a sensibilização dos profissionais de saúde acerca da gestão do cuidado na condição crônica de acordo com a gravidade e necessidades singulares da criança, bem como as preferências da família, como estratégia de cuidado. Compreende-se que, com esse direcionamento, a efetividade da atenção será ampliada, uma vez que poderá unir as necessidades às preferências, gerando confiança nos profissionais e garantindo a satisfação dos envolvidos no processo com maior resolutividade dos problemas.

REFERÊNCIAS

BECCHI, A. C. et al. Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na atenção primária à saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, jun. 2013.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Minas Gerais, v. 5, n. 11, p.121-136, maio/ago. 2011.

CARRIER, E.; GOUREVITCH, M. N.; SHAH, N. R. Medical Homes: Challenges in translating theory into practice. **Medical Care**, v. 47, n. 7, p.714-722, jul. 2009.

COSTA, E. A. O. et al. Doença crônica da criança: necessidades familiares e a relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 3, p.72-78, 2013.

EL-MALLAKH, P.; HOWARD, P. B.; INMAN, S. M. Medical and psychiatric comorbidities in children and adolescents: a guide to issues and treatment approaches. **Nursing Clinics of North America**, Philadelphia, v. 45, n. 4, p. 541-54, dec. 2010.

FOY, J. M.; KELLEHER, K. J.; LARAQUE, D. Enhancing pediatric mental health care: strategies for preparing a primary care practice. **Pediatrics**, v. 125, p.87-108, jun. 2010. suppl. 3.

GRAHAM, R. J. Specialty services for children with special health care needs: supplement not supplant the Medical Home. **Archives of Disease in Childhood**, v. 93, n. 1, p. 2-4, jan. 2008.

HAUGHNEY, J. Who should look after children with asthma. **Primary Care Respiratory Journal**, v. 20, n. 1, p.9-10, mar. 2011.

HOMER, C. J.; COOLEY, W. C.; STRICKLAND, B. Medical home 2009: what it is, where we were, and where we are today. **Pediatric Annals**, v. 38, n. 9, p.483-490, sep. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE, 2010.

KELLY, A.; GOLNIK, A.; CADY, R. A Medical Home center: specializing in the care of children with special health care needs of high intensity. **Maternal and Child Health Journal**, v. 12, n. 5, p.633-640, sep. 2008.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext>. Acesso em: 28 fev. 2014.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

NÓBREGA, V. M. et al. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 431-440, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a03.htm>>. Acesso em: 8 nov.2013.

NÓBREGA, V. M. et al. Atenção à criança com doença crônica na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 57-63, 2013.

PEDROSO, M. L. R.; MOTTA, M. G. C. Criança e família convivendo com a doença crônica: mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 2, p. 493-499, 2013.

PERRIN, J.M. Children with special health care needs and changing policy. **Academic Pediatrics**, v. 11, n. 2, p.103-104, mar./apr. 2011.

RAPHAEL, J. L. et al. Association of medical home care and disparities in emergency care utilization among children with special health care needs. **Academic Pediatrics**, v. 9, n. 4, p.242-248, jul./aug. 2009.

ROSENTHAL, M. P. Childhood asthma: considerations for primary care practice and chronic disease management in the village of care. **Primary Care**, v. 39, n. 2, p.381-391, jun. 2012.

TOM, J. O. et al. Integrated personal health record use: association with parent-reported care experiences. **Pediatrics**, v. 130, n. 1, p.183-190, jul. 2012.

VAN CLEAVE, J. V.; LESLIE, L. K. Approaching ADHD as a chronic condition: implications for long-term adherence. **Journal of Psychosocial Nursing**, v. 46, n. 8, p. 28-38, aug. 2008.

PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS NO CUIDADO AO PRÉ-NATAL EM COREAÚ (CE)

Elayne Cristina Costa Damasceno

Israel Rocha Brandão

Betânia Moreira de Morais

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) afirma que o trabalho em saúde refere-se a um mundo específico com características próprias, dinâmicas, complexas, que tem no usuário o sentido da produção do cuidado, sendo resultante do encontro entre trabalhador e usuário. Esse encontro está associado às necessidades que os usuários possuem como vínculo, boas condições de vida, acesso e autonomia (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Tais necessidades demonstram que os problemas de saúde são bastante complexos. Portanto, para responder a essa complexidade, faz-se necessário que o trabalho em saúde utilize tecnologias de trabalho para a produção do cuidado (RODRIGUES et al., 2008).

Para o desenvolvimento do cuidado em saúde, os serviços e os profissionais utilizam-se das tecnologias em saúde, que são classificadas em três tipos: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves, sendo as tecnologias leves o espaço de construção de novas formas da assistência (MERHY, 2005). Para que se entenda como a organização do trabalho influencia no modo de estruturar a assistência aos usuários, faz-se necessário identificar qual a predominância dentre as tecnologias citadas acima no processo de trabalho (FARIA, 2009).

Ao analisar o processo de trabalho em saúde, Franco e Merhy (2012) descrevem-no composto pelo Trabalho Morto (TM) e pelo

Trabalho Vivo em ato (TV). O primeiro consiste na dimensão instrumental do trabalho e seus recursos tecnológicos. O segundo consiste no agir propriamente dito, marcado pela dimensão relacional e pela qualidade do encontro entre serviços, profissional e usuários.

Entende-se que falar de predomínio do Trabalho Morto ou Trabalho Vivo em ato está relacionado à subjetividade do trabalhador ao utilizar as tecnologias em saúde. Portanto, o profissional configura-se como principal fornecedor da assistência, pois ele tem autogovernabilidade sobre suas ações.

Com o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde no Brasil, foi implantado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorientação do modelo assistencial da atenção básica. Tal programa foi redefinido em Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 1997, devido ao seu poder de resolutividade e reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios (COSTA et al., 2009)

Para Gonçalves et al. (2008), o cuidado pré-natal consiste em um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, com o objetivo de promover e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do seu conceito. De Martins et al. (2012) corroboram que a atuação em atividades de promoção, proteção, prevenção, dentre outras contribui para a efetivação da produção do cuidado pré-natal e que aquelas devem ser desenvolvidas nos espaços da Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais enfermeiros desenvolvam a produção do cuidado pré-natal considerando a vivência do usuário, praticando a escuta, o acolhimento e o vínculo com as gestantes, almejando a produção do cuidado de forma holística.

Em minha vivência, enquanto coordenadora da Atenção Básica do município de Coreaú, protagonizando as dificuldades de atuação da Estratégia Saúde da Família, no papel de gestora, percebi que alguns enfermeiros, durante a realização dos pré-natais, enfatizavam o cuidado no

uso das tecnologias duras e leves-duras, solicitando exames, prescrevendo medicamentos, fazendo da consulta de enfermagem um cuidado, haja vista a ausência da consulta médica em muitos momentos dentro da ESF.

Dentro desse contexto, surgem os seguintes questionamentos: Como os enfermeiros estão percebendo o seu processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, especialmente no cuidado ao pré-natal? Que práticas estão sendo desenvolvidas no pré-natal? Quais os limites e dificuldades enfrentados pelos enfermeiros no pré-natal? Quais as potencialidades e os aspectos facilitadores do processo de trabalho dos enfermeiros no cuidado ao pré-natal?

O presente estudo tem por objetivo analisar as percepções dos enfermeiros acerca do processo de trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no cuidado ao pré-natal.

Esta pesquisa visa, portanto, contribuir com a mudança de práticas no âmbito da Estratégia Saúde da Família, por meio da reflexão crítica da percepção do trabalho dos enfermeiros no cuidado ao pré-natal por estes profissionais.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O estudo tem por característica o tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizada nos territórios da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Coreaú (CE). Esses territórios são constituídos por 11 Equipes de Saúde da Família, abrangendo zonas urbana e rural.

A pesquisa foi desenvolvida no período de maio de 2013 a agosto de 2014. Os dados foram coletados em julho de 2014, após a entrega para apreciação pelo Comitê de Ética, em junho de 2014. A análise de dados foi realizada em agosto de 2014.

Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros inseridos no quadro de profissionais que fazem parte da Equipe da Estratégia Saúde da Família

pertencente ao município de Coreaú (CE), constituído de nove profissionais enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), porém, foi inviável colher dados de dois profissionais enfermeiros pela indisponibilidade de participação na pesquisa no momento da visita ao CSF.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, optou-se pela coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada, na qual se abordaram os temas relativos à percepção dos enfermeiros sobre o cuidado ao pré-natal, descrição das práticas, os limites e dificuldades encontrados e potencialidades e facilidades encontradas na atuação do pré-natal. Como procedimento para coleta de dados, iniciou-se o contato com os coordenadores da atenção básica para informação sobre a atividade de campo e, a partir de então, foi estabelecido um cronograma de visita a cada unidade básica de saúde para a realização da entrevista semiestruturada com os enfermeiros.

Foi destinada pelo cronograma uma visita a cada CSF, totalizando onze visitas previstas para coleta de dados. Porém, foram realizadas duas visitas a cada um dos nove profissionais que aceitaram participar da pesquisa e duas visitas aos dois profissionais dos quais não conseguimos a participação, pois em alguns momentos não se encontravam na unidade básica ou não estavam disponíveis durante a visita da pesquisadora à unidade básica, sendo, portanto, necessário um retorno ao profissional para realizar a entrevista semiestruturada. Durante a entrevista, foi utilizado um gravador de áudio, com a devida autorização dos sujeitos, para posterior transcrição dos depoimentos.

Os dados foram apresentados de forma descritiva e organizados por meio do método de categorização de falas, e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, teoria proposta por Laurence Bardin, que consiste na análise temática que tem como conceito central o tema.

Para a elaboração da análise temática, foram desenvolvidas três etapas: 1. Etapa de pré-análise, que permitiu a organização do material

empírico, reconhecendo um sentido inicial em cada entrevista; 2. Etapa de exploração do material, onde emergiram as categorias e subcategorias empíricas; 3. Etapa da interpretação, realizando um aprofundamento da análise com base na literatura a partir das categorias traçadas.

O presente estudo foi encaminhado para permissão à Secretaria de Saúde de Coreaú, que emitiu a carta de anuência, bem como ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com o qual se obteve parecer favorável.

PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DA ESF DE COREAÚ: perfil, percepções, práticas de atenção, limites e potencialidades no cuidado ao pré-natal

Perfil profissional dos enfermeiros participantes do estudo

Esses enfermeiros, em sua maioria (6), são graduados em instituições públicas, e os demais (3) graduados em instituição privada; vale ressaltar que nenhum dos participantes possui outra formação acadêmica.

Em respeito à pós-graduação *lato sensu*, (6) profissionais possuem especialização e (3) não possuem, porém (2) destes estavam em processo de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, no ano de 2014, e (3) possuem mais de uma especialização. Dentre as especializações realizadas pelos enfermeiros, destacam-se: Saúde Pública (2), Saúde da Família (3), Obstetrícia (2), Acupuntura (1) e Residência em Saúde da Família (1). Nenhum dos profissionais possui pós-graduação *stricto sensu*.

Quanto à natureza do vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde de Coreaú, os profissionais na ESF caracterizam-se em (5) efetivos e

(4) temporários. Diante de muitos esforços do Poder Público em exigir a realização da contratação mediante concurso público, ainda é bastante presente em municípios brasileiros a contratação por meio de convênios, sejam estas organizações sociais, cooperativas, contratos temporários, entre outros, resultando na precarização do profissional da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família (XIMENES NETO, 2007).

Todos esses profissionais trabalham em regime de horário de 40 horas semanais. Esse dado é importante para atuação da Estratégia Saúde da Família, pois reflete na acessibilidade dos profissionais enfermeiros aos usuários, principalmente no que se refere ao cuidado pré-natal.

Percepção sobre o cuidado ao pré-natal realizado pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família em Coreaú

Nesta categoria, é feita uma descrição sobre a percepção do cuidado ao pré-natal realizado pelos enfermeiros da ESF de Coreaú, de acordo com a seguinte subcategoria empírica:

Pré-natal de qualidade

Nesta pesquisa, os profissionais relataram que percebem o cuidado ao pré-natal exercido pelos enfermeiros em Coreaú de boa ou excelente qualidade. Destaca-se a transcrição da seguinte fala:

Eu acho que é um bom trabalho, a gente vê pelos índices, muito difícil ter mortalidade infantil, mortalidade de puérpera, de tudo, eu acho que é um bom trabalho realizado. [...], tem uma boa cobertura de pré-natal e sem muitas complicações. Eu acho que faço um bom trabalho. E2

A percepção do cuidado ao pré-natal relatada pelos profissionais refere-se à qualidade da assistência, enfatizada nas falas quando citam resultados satisfatórios de indicadores, como redução de índices da mortalidade infantil e materna e cobertura de pré-natal.

Minayo (2009) corrobora que indicadores sinalizam a realidade local, objetivando avaliar processos por meio de resultados, constituindo-se em importantes instrumentos de gestão. A mesma autora refere que a utilidade de bons indicadores está relacionada à sua historicidade e periodicidade em sua produção, possibilitando visualizar tendências temporais, sendo os mesmos pactuados por grupos e instituições.

Ao observar alguns indicadores do município, percebe-se que nos últimos dois anos a gestão municipal atual aderiu a programas federais, como o PROVAB e o MAIS MÉDICOS, tendo em vista a aquisição de mais profissionais para a integração nas equipes da ESF. Tal ação contribuiu significativamente para a garantia da cobertura populacional com valores acima de 90%. Isso reflete em maior cobertura da população nos serviços realizados pelas ESF, incluindo as consultas pré-natais realizadas pelos médicos e enfermeiros.

Com a expansão das equipes de ESF, observamos que houve um aumento significativo no indicador de proporção de nascidos vivos, de mães com 7 ou mais consultas no ano de 2013, atingindo 85% do total de nascidos vivos, embora tenha ocorrido um aumento no número de óbitos infantis no ano de 2013 (08 óbitos). Isso pode ter várias explicações, dentre elas, a mudança de profissionais pertencentes à ESF (médicos e enfermeiros); o início da gestão, durante a qual algumas áreas ficaram descobertas por um período determinado, dentre outros aspectos, refletindo na qualidade das consultas realizadas por esses profissionais. Não é possível emitir nenhum juízo de valor, uma vez que não se sabe de fato a causa dos óbitos, bem como suas respectivas investigações.

Vale enfatizar que, mesmo com o crescimento do número de óbitos infantis no ano de 2013, o aumento do número de equipes

e a contratação de mais profissionais foram bastante significativos para um melhor acompanhamento das mães por meio das consultas de pré-natal, prática de cuidado que os enfermeiros estão inseridos desde a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº 94.406/87, que determinou que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 2012).

A consulta de enfermagem apresenta-se como um instrumento de suma importância, pois tem por finalidade garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, principalmente por meio da introdução das ações preventivas e promocionais às gestantes. É requerido do profissional, além da competência técnica, sensibilidade para compreender o ser humano e seu modo de vida e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica (RIOS; VIEIRA, 2007). Observa-se na seguinte fala:

Todos os profissionais que trabalham no município têm a competência, são profissionais extremamente gabaritados pra prestar esse serviço; eu como enfermeira obstetra também, posso ter esse olhar diferenciado sobre a assistência, tenho mais voltado pras minhas porque eu convivo com elas, mas por já ter trabalhado com os outros profissionais de saúde, que eu tenho a dizer é que a assistência pré-natal em si do profissional ela realmente tem muita qualidade. E9

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica no seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas (PEREIRA, 2006).

Segundo Rios e Viera (2007), a atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal é vasta, possibilitando a realização de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher de forma holística do cuidado.

Descrição das práticas em saúde no cuidado ao pré-natal

Nesta categoria, serão descritas as práticas em saúde que os profissionais enfermeiros da ESF realizam no pré-natal, como se observa na seguinte subcategoria empírica.

Consultas de enfermagem

A consulta de enfermagem caracteriza-se como um instrumento de suma importância, pois almeja garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, práticas em que são desenvolvidas ações preventivas e promocionais às gestantes (MATOS et al., 2013).

O Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), determinou os seguintes critérios para o desenvolvimento das práticas de cuidado no pré-natal: iniciar antes da 14ª semana de gestação; garantir a realização de quatro a seis consultas e dos exames laboratoriais de rotina (ABORh, hemoglobina/hematócrito, antiHIV, glicemia, VDRL e urina); realização obrigatória dos procedimentos clínico-obstétricos (medida de altura uterina, cálculo de idade gestacional, avaliação da pressão arterial, do peso, da presença de edema e dos batimentos cardíofetais). Em cada consulta, esses procedimentos devem ser registrados no prontuário e no cartão da gestante (BRASIL, 2012). Diante das referidas práticas, observa-se a seguinte fala:

Na hora do pré-natal essa gestante ela chega pra nós, ela já vem da sala de espera, com todas as medidas, só chegam pra nós pra realizar o procedimento em si, então lá fora as meninas pesam, verificam PA e na consulta em si é avaliada a altura uterina. Primeiramente a gente conversa, vê se elas têm algumas queixas, vê as queixas que elas têm do mês, do dia, e depois a gente vai pro exame em si de verificar AU, situação do feto, então tudo isso a gente avalia, se não tem perdas

vaginais, como é que tá a alimentação, depois a gente solicita os exames que necessita, vê exames que elas nos trazem e é basicamente isso. E1

Quanto à descrição das ações desenvolvidas no pré-natal pelos enfermeiros, observa-se, em seus depoimentos, que grande parte dos procedimentos preconizados pelo PHPN são realizados pelos profissionais estudados. Isso é importante, pois se percebe que os profissionais desenvolvem a consulta pré-natal, propiciando maior segurança e qualidade.

Esse estudo é compatível com o demonstrado por Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011), que, ao conhecer a percepção dos enfermeiros acerca do uso do protocolo de suas atribuições na assistência pré-natal, identificam que os sujeitos da pesquisa também desenvolvem suas práticas de acordo com os preconizados pela PHPN.

Além de conhecimentos técnicos e científicos, é requerido do profissional sensibilidade para compreender o ser humano e o seu modo de vida, bem como habilidade dialógica, baseada em tecnologias leves como escuta, acolhimento, vínculo, entre outros (BRASIL, 2012). Nesta fala do entrevistado, ao descrever suas práticas assistenciais, é possível perceber o uso das tecnologias leves, como acolhimento e escuta:

Na consulta a gente procura acolher a gestante, fazer com que ela se sinta bem, à vontade, pra fazer perguntas, a gente dá respostas e orienta pra que ela venha a todas as consultas, que isso é importante. Já deixo agendada. E2

Na visão do profissional, o acolhimento permite o diálogo de forma a retirar todas as dúvidas da gestante, permitindo a confiança para perguntar o que for necessário e, assim, estabelecer vínculo.

Shimizu e Lima (2009), em seus estudos sobre as dimensões do cuidado pré-natal nas consultas de enfermagem, permitiu identificar

que a consulta de enfermagem é reconhecida por representar um espaço de acolhimento porque concede a livre expressão dos sentimentos, dúvidas, troca de experiências, permitindo a formação de vínculo. A ação dialógica constitui-se como um pilar na relação gestante-enfermeiro, favorecendo a compreensão dos complexos aspectos biopsicossociais da gestação e encorajando-a a enfrentar essas mudanças com tranquilidade.

A consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, como a dedicação do profissional de saúde em escutar as demandas da mulher, objetivando adquirir confiança para conduzir com autonomia a gestação e o parto. Faz-se necessário que o diálogo prevaleça, esclarecendo as dúvidas geradas de forma a permitir que a mulher se sinta segura (XIMENES NETO et al., 2008).

Limites e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família ao realizar o pré-natal

Nesta categoria, descrevem-se os limites e dificuldades apontados pelos enfermeiros da ESF ao realizar o pré-natal, como se observa na seguinte subcategoria empírica:

Dificuldades em retorno das respostas aos encaminhamentos

Ximenes Neto et al. (2008) corroboram que a organização do serviço é fator primordial para a prática do cuidado ao pré-natal, pois, para o desenvolvimento de uma atenção humanizada, são necessários trabalhadores de saúde qualificados e sensíveis às necessidades de saúde das famílias, de ferramentas tecnológicas comuns ao cuidado nos diferentes níveis de atenção e o seguimento deste de forma integral e holística.

Ao investigar os limites e dificuldades dos enfermeiros da ESF em realizar o pré-natal, a pesquisa apresenta dificuldades em obter retorno dos encaminhamentos realizados, como se evidencia na seguinte fala:

Em relação a muitas das vezes na demora das respostas de alguns exames, na marcação dos mesmos, geralmente a gente pede num mês e recebe no outro. Creio eu que esse seja um limite que tenha que ser melhorado principalmente em relação a esses exames [...] E3

A percepção refere-se às dificuldades encontradas no retorno das respostas dos encaminhamentos realizados à Secretaria de Saúde de Coreaú pelas equipes da ESF, como os agendamentos e resultados de exames, consultas especializadas e contrarreferências dos serviços especializados do município polo que, dentro da logística de regionalização em saúde, refere-se a Sobral (CE).

A marcação de exames laboratoriais é feita no laboratório municipal localizado no Centro de Saúde da Família Manuel Carneiro de França. Como elenco de exames a serem ofertados, o município conta atualmente com uma lista que contempla o básico dos exames necessários à realização do pré-natal de baixo risco. No que se refere aos exames que devem ser feitos no pré-natal de alto risco, o município deixa a desejar, pois não possui todos em seu elenco de ofertas. O laboratório conta com um técnico bioquímico e com demais profissionais de nível técnico para realização de suas atividades.

Em seus estudos, Ximenes Neto et al. (2008), ao pesquisar sobre a qualidade da atenção ao pré-natal na ESF do município de Sobral (CE), no que concerne à realização de exames, identificou que funciona de forma satisfatória, visto que dentre as mínimas dificuldades está a solicitação de urinocultura com antibiograma e proteinúria, que precisa ser autorizada para que sejam realizados em laboratórios particulares. Os resultados não são compatíveis com os achados

em Coreaú, pois existem exames que fazem parte do protocolo de pré-natal de alto risco que o município não oferta.

O município de Coreaú conta com um serviço de Regulação ou Central de Marcação de Consultas (CM), que é o setor responsável pelo agendamento de consultas e exames especializados, a serem realizados em loco ou referenciados para outro município. Esse setor é situado na Secretaria de Saúde e engloba os encaminhamentos de todas as unidades básicas e demais unidades de saúde que fazem atendimento direto ao usuário.

A Central de Marcação de Consultas (CMC) tem papel fundamental na garantia do acesso, de forma hierarquizada, aos serviços de saúde do SUS, de acordo com o grau de complexidade do sistema. Com a intervenção do regulador, ficam garantidos o acesso e a melhor alternativa terapêutica para o usuário, o controle dos limites de solicitação e a execução de procedimentos ambulatoriais (SILVA et al., 2011).

O agendamento da consulta deve ser ofertado objetivando o acesso, sendo importante a avaliação rigorosa da Secretaria de Saúde sobre o sistema de referência, inclusive com exigência da contrarreferência dos serviços de saúde, a fim de que seja identificado se realmente ocorreu o acesso do paciente ao serviço ofertado (SILVA et al., 2011).

Outra percepção, no que diz respeito às dificuldades nos retornos das respostas aos encaminhamentos, refere-se ao fato de as gestantes perderem a realização dos exames do cuidado ao pré-natal, como se identifica na fala:

[...] eu fico sem tá a par realmente da situação, porque elas perdem muito a data de estar realizando os exames, então a gente fica sem ter o seguimento. E8

Tal aspecto se espelha diretamente nos indicadores de saúde, principalmente no que se refere aos cuidados pré-natais, refletindo na qualidade da assistência.

A garantia de exames básicos previstos no PHPN possibilita a prevenção de doenças e assegura uma atenção de qualidade para o binômio mãe-filho, permitindo a redução dos riscos de aquisição de morbidades, bem como a mortalidade materna e infantil (XIMENES NETO et al., 2008).

Potencialidades e facilidades identificadas pelos enfermeiros para realizar o pré-natal

Nesta categoria, são relatadas as potencialidades e facilidades identificadas pelos enfermeiros da ESF para realizar o pré-natal, de acordo com a subcategoria descrita a seguir.

Vínculo com as gestantes

Vínculo é uma dimensão de análise de práticas de cuidado. Tem o significado de união, ligação e relação (BERNADES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013). Nas práticas do cuidado, a percepção de vínculo, de acordo com as concepções de Merhy (1997), deve-nos reportar aos sentidos de responsabilização e compromisso, termos estes intrínsecos na ESF.

Na necessidade do desenvolvimento do cuidado em saúde, o vínculo constitui-se como uma ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo a função de potencializador de processos terapêuticos que permitam a efetivação do cuidado (ASSIS et al., 2010). Nesse sentido, identifica-se que, no cuidado pré-natal, esses processos são desenvolvidos de forma subjetiva nas consultas de enfermagem humanizada, nas atividades de prevenção e promoção da saúde.

No tocante às consultas de enfermagem pré-natal, o vínculo deve ser estabelecido desde o primeiro contato com a gestante, pois propicia o diálogo de forma clara e acolhedora, permitindo maior vinculação dessa gestante aos serviços de saúde (SHIMAZU; LIMA, 2009).

Identificando as potencialidades/facilidades que os enfermeiros dispõem para realizar o pré-natal, a dimensão vínculo foi citada por mais da metade dos profissionais enfermeiros que trabalham na ESF, como se observa nas seguintes falas:

O vínculo com as gestantes. Quando a gente tem um vínculo bom tudo se torna mais fácil e creio eu que seja assim com minhas gestantes. E3

O que facilita é o próprio vínculo, quando a gente consegue o vínculo com a gestante, quando a gente consegue o apoio, o respaldo dela, a satisfação dela em relação ao pré-natal. E5

Analisa-se que o vínculo com as gestantes, estabelecido pelos profissionais enfermeiros, facilita o desenvolvimento do processo de trabalho, pois elas desenvolvem confiança, apoio ao cuidado desenvolvido pelo profissional, culminando em uma melhor adesão ao processo de acompanhamento.

O pré-natal não deve ser somente um momento técnico, centrado em um fenômeno biologicista, visto que tal conduta não estabelece vínculo de acolhimento, confiança e segurança, dificultando a relação enfermeiro/gestante. O enfermeiro deve considerar que o conteúdo emocional é fundamental para a relação profissional-usuário.

O estabelecimento de um vínculo estimula o profissional de saúde a utilizar sua sensibilidade para “olhar” a gestante como um ser biopsicossocial, alguém que possui uma história particular antes da história clínica; desse modo, o enfermeiro exercita os princípios

que norteiam os profissionais de saúde da família e não centra a atenção somente em atos prescritivos (DUARTE; ANDRADE, 2006).

A atuação do enfermeiro no pré-natal deve dar especial atenção aos órgãos dos sentidos como um dos instrumentos utilizados na prestação de um cuidado sensível, facilitador da aproximação entre o cuidador e a gestante. Saber utilizar os cinco sentidos com sensibilidade é requisito primordial no trabalho com a mulher grávida, dada a sensibilidade emocional por ela manifestada (ROTANIA et al., 2003).

O tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família é primordial para estabelecer vínculo com a gestante, como se observa na fala:

[...] assim pela questão de muito tempo que eu já estou aqui, já fazem 8 anos né, elas já confiam muito em mim, então eu não tenho dificuldade de trazê-las pra mim, elas não têm dificuldade de chegar e me perguntar nada. E1

Os sujeitos retratam que o tempo de atuação na ESF como enfermeiro permite às gestantes expressarem sentimentos de confiança, preferência, possibilitando o desprendimento de alguns pudores que teriam se não houvesse o elo entre eles.

Entende-se que o tempo de atuação no território facilita uma maior aproximação do profissional com a comunidade, mas a construção do vínculo gestante-enfermeiro depende do perfil que este profissional apresenta em seu campo de atuação, permeado de tecnologias leves.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi elaborado com base em alguns questionamentos acerca da percepção dos enfermeiros sobre o processo

de trabalho destes no cuidado ao pré-natal, no município de Coreaú, evidenciando as práticas do pré-natal, limites e dificuldades, bem como potencialidades e aspectos facilitadores desse processo.

Neste sentido, ao descrever o perfil profissional dos enfermeiros do estudo, evidenciou-se que a maioria deles possui uma formação complementar acadêmica imprescindível para a atuação no contexto da Estratégia Saúde da Família, pois se identificou que (06) possuem formação voltada à Saúde da Família. Isso é um fator importante, que reflete diretamente no processo de trabalho desses profissionais, pois além do conhecimento teórico-científico, um enfermeiro sanitарista adquire habilidades e competências necessárias para atuação nos territórios da ESF.

Os sujeitos perceberam que o cuidado pré-natal refere-se à qualidade da assistência. Percebo que este fato pode ser relacionado a fatores históricos de inserção deste profissional no cuidado ao pré-natal, ganhando notoriedade a partir do ano 2000, com a implantação do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, bem como a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, pelo Decreto nº 4.406/87. Todos esses fatores interligados à deficiência da contratação médica de 40 horas para a ESF em municípios do interior, principalmente no Nordeste brasileiro, institui a percepção de que os profissionais enfermeiros precisam garantir a atenção ao pré-natal com qualidade, para que seja garantida a redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil.

Nas descrições das práticas, os enfermeiros da ESF de Coreaú desenvolvem as consultas baseando seus procedimentos no que preconiza o PHPN, propiciando maior segurança e qualidade. Enfatizam também que o acolhimento é uma dimensão do cuidado que permite confiança e vínculo à gestante.

No que concerne às dificuldades e limitações apontadas pelos sujeitos da pesquisa, a percepção desta categoria refere-se aos retornos

das respostas dos encaminhamentos realizados, como agendamentos, consultas especializadas e contrarreferências. Cabe à Central de Marcação de Consultas garantir o acesso, de forma hierarquizada, aos serviços de saúde. Diante disso, faz-se necessária uma avaliação rigorosa da Secretaria de Saúde sobre o sistema de referência, com vistas a averiguar o acesso aos serviços de saúde para as gestantes.

Nas potencialidades e facilidades evidenciadas pelos profissionais, observou-se que o vínculo com as gestantes retratado pelos profissionais enfermeiros facilita o desenvolvimento do processo de trabalho no cuidado ao pré-natal, pois elas estabelecem confiança no profissional, culminando em uma melhor adesão ao cuidado. Outro fator é o tempo de atuação no território, facilitando a construção do vínculo. Reflete-se que o profissional enfermeiro deve utilizar sua sensibilidade e ver a gestante de forma holística, percebendo-a em todo o seu contexto biopsicossocial.

Diante das exposições, portanto, evidencia-se que não basta apenas o interesse profissional para que o processo de trabalho dos enfermeiros no cuidado ao pré-natal seja desenvolvido, é preciso que a gestão garanta condições estruturais, materiais, educacionais e motivacionais que subsidiem esse trabalho.

Enfim, destaca-se aqui a importância deste trabalho para análise da percepção do pré-natal por estes profissionais, e que esta visão contribua de forma significativa para a gestão e atuação dos enfermeiros ao delinear mudanças na reorganização dos seus processos de trabalho no cuidado ao pré-natal.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A et al. (Org). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

BERNARDES, Anita Guazzelli; PELLICCIOLI, Eduardo Cavalheiro; MARQUES, Camilla Fernandes. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2339-2346, aug. 2013. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

COSTA, Glauce Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, feb. 2009. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2015.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2006.

FARIA, Horácio. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon; UFMG; Coopmed, 2009. 68p.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista TempusActas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

MATOS, D. S. et al. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Enferm. rev.**, v. 16, n. 1, p. 18-33, 2013.

MARTINS, Jaqueline Santos de Andrade et al. A assistência de enfermagem no pré-natal: enfoque na estratégia da saúde da família. **Revista Uniabeu**, v. 5, n. 9, p. 178-288, 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In. MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINAYO, M. C. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Rev Bras Educ Med.**, n. 33, S 83-91, 2009. Supl. 1.

MORAES, Paulo Alexandre de; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo: USP, v. 45, n. 1, p. 19-25, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100003>.

PEREIRA, R. P. A. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família**. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte: AMMFC, 2006. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm>. Acesso em: 21 ago. 2014.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 477-486, 2007.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **RevEscEnferm.**, USP, v. 45, n. 5, p.:1041-1047, 2011.

RODRIGUES, Maísa Paulino et al. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 71-82, feb. 2008. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2015.

ROTANIA, A. A. et al. Violência contra a mulher: o perigo mora da porta para dentro. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 7, n. 1, p. 114-25, 2003.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **RevBrasEnferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-392, maio/jun. 2009.

SILVA, Maria Verônica Sales da. et al. Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, set. 2011.

XIMENES NETO, F. R. G. **Gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gerentes.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **RevBrasEnferm**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, set./out. 2008.

PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ: PERCEPÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS

Raila Souto Pinto Menezes

Maria Adelane Monteiro da Silva

Mayara Nascimento de Vasconcelos

Maristela Inês Osawa Chagas

Geison Vasconcelos Lira

INTRODUÇÃO

A Triagem Neonatal no Brasil é popularmente conhecida como teste do pezinho, pelo fato deste ser feito a partir de gotas de sangue colhidas do calcanhar do recém-nascido. Inicialmente, o teste foi utilizado para detecção de apenas duas doenças (fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito) e, posteriormente, com o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), outras doenças foram incluídas. A partir da criação do PNTN, o teste do pezinho passou a ser obrigatório no país e é apenas a primeira etapa de qualquer programa de triagem neonatal. É uma ação preventiva que possibilita fazer o diagnóstico de doenças a tempo de se interferir em suas evoluções, por meio do tratamento precoce específico, permitindo a diminuição ou a eliminação das sequelas a elas associadas (BRASIL, 2012b).

O Programa Nacional de Triagem Neonatal foi criado por meio da Portaria GM/MS nº 822/2001, no âmbito do SUS, com os seguintes objetivos específicos: ampliação da cobertura, visando 100% dos nascidos vivos, a busca ativa dos pacientes triados, sua confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o tratamento adequados dos pacientes identificados

(BRASIL, 2001a). Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais, o PNTN vem sendo implantado em quatro fases por meio do “teste do pezinho”: Fase I (fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito); Fase II (doenças falciformes e outras hemoglobinopatias); Fase III (fibrose cística) e Fase IV (Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase) (BRASIL, 2012a).

O PNTN alcançou, em 2011, em torno de 83% de cobertura nacional. Cerca de 2.371.383 crianças realizaram o teste do pezinho no país. Deste total, somente 62,01% (1.474.233) tiveram acesso aos serviços de saúde para coleta sanguínea no período ideal (até sete dias de nascido) (BRASIL, 2012b).

Essas informações revelam que, apesar de todos os esforços direcionados na busca da melhoria do desempenho do programa no país, ainda ocorre baixa cobertura da coleta numa janela de tempo ideal, a fim de possibilitar o diagnóstico precoce dessas doenças.

O estado do Ceará deu início à implantação do PNTN em seu território em 2001, através da Portaria SAS nº 428, de 02 de outubro de 2001, a qual habilitava o estado na Fase I e cadastrava o Hospital Infantil Albert Sabin como o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (BRASIL, 2001b). Somente nove anos depois, foi habilitado para a Fase II a partir da Portaria nº 319, de 06 de julho de 2010, a qual inclui as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias (BRASIL, 2010b). Em 2012, o estado foi habilitado para a Fase III de acordo com a Portaria Nº 1.345, de 04 de dezembro de 2012. Esta conquista representa um avanço em decorrência da inclusão de mais uma doença congênita grave a ser triada, reduzindo os riscos à saúde das crianças cearenses. Considera-se, também, significativo para a Saúde Coletiva, por contribuir para a redução da morbimortalidade por doenças congênitas no estado.

No município de Sobral, localizado no estado do Ceará, a rede de coleta no ano de 2012 contou com 34 Unidades vinculadas à Estratégia Saúde da Família – ESF, sendo estas responsáveis por 100% das coletas

realizadas em nível do sistema público. Logo, a ESF no município de Sobral apresenta-se como um elemento fundamental no PNTN, visto que é responsável pelas atividades realizadas no processo inicial para a efetivação do programa no município (MENEZES et al., 2013).

A participação da ESF na Triagem Neonatal (TN) é uma realidade no cenário nacional, reforçada em 2005 com a Portaria Ministerial nº 1391, que traz responsabilidades para a atenção básica com a assistência aos pacientes com doenças falciformes, um dos agravos detectados no teste do pezinho, e através do Informe da Atenção Básica nº 58, que atribui às unidades básicas de saúde a realização do teste do pezinho (BRASIL, 2010a; KIKUCHI, 2007).

Todas essas mudanças trazem para os profissionais das equipes de saúde da família desafios, pois agora passam a garantir atenção a agravos, até então exclusivos da medicina especializada, e que exigem destes a capacitação técnica para oferecer os cuidados necessários às crianças e seus familiares. De acordo o Ministério da Saúde, percebe-se também, pelos próprios envolvidos na coordenação e execução da triagem neonatal nos estados, a necessidade de processos mais ampliados de capacitação, que vão além dos processos de coleta, envolvendo, inclusive, os gestores municipais (NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO, 2013).

Destaca-se a relevância do Programa Nacional de Triagem Neonatal para a detecção precoce de doenças congênitas, tornando-o essencial para a saúde pública do país, estados e municípios. No entanto, existem barreiras a serem superadas relacionadas à estrutura e processos, identificadas ainda na etapa de coleta, que demandam um esforço conjunto entre as esferas de governo, e trazem para os profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família grandes responsabilidades. O esforço e agilidade dessas equipes que atuam na coleta e na busca ativa dos casos são de vital importância, visto que suas atividades têm relação direta para o bom desempenho de todo o programa.

Neste sentido, esta pesquisa é parte de um estudo de dissertação de mestrado que teve como proposta avaliar o desempenho do Programa de Triagem Neonatal de Sobral (CE), a partir das atividades desenvolvidas nas Unidades de Coleta inseridas na Estratégia Saúde da Família da sede do município. Neste estudo serão apresentados os resultados referentes à etapa que teve como objetivos conhecer os limites e potencialidades relacionados ao Programa de Triagem Neonatal na visão dos profissionais e gestores, e investigar a percepção das mães das crianças submetidas ao teste do pezinho quanto ao atendimento nas Unidades de Coleta.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido nas 16 Unidades de Coleta (UC) da TN inseridas nos Centros de Saúde da Família da sede no município de Sobral – CE, no segundo semestre de 2013.

As atividades nas Unidades de Coleta para TN tiveram início em 2002. Atualmente, são 34 UC, 16 na sede e 18 nos distritos, vinculadas aos Centros de Saúde da Família, que garantem a coleta do teste do pezinho no município.

De acordo com dados colhidos junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referente ao mês de março/2013, o município de Sobral tem uma população geral de 172.362 habitantes, sendo a população urbana equivalente a 167.821 (78%) e a rural a 46.541 (22%) habitantes. Logo, a seleção das 16 unidades de coleta localizadas na zona urbana justificou-se pelo fato de contemplarem uma maioria populacional e serem responsáveis por 75% da cobertura dos testes realizados no município no ano de 2012.

A coleta das informações ocorreu em duas etapas a partir da aplicação de roteiro de entrevista semiestruturado. A primeira etapa foi realizada nas Unidades de Coleta (na sede), onde foram

entrevistados gestores (coordenadores das macroáreas), gerentes e profissionais que trabalham com a coleta. A segunda etapa aconteceu no domicílio das usuárias selecionadas previamente por sorteio. Os nomes das usuárias selecionadas partiram dos registros das coletas de teste do pezinho realizadas nessas unidades no ano de 2012.

Tais unidades de coleta para TN são gerenciadas por um profissional enfermeiro, denominado “gerente de unidade”, enquanto que os procedimentos na sala de coleta ficam sob a responsabilidade de um profissional de enfermagem de nível médio.

Logo, esta pesquisa contou com um total de 40 participantes, todos inseridos nos territórios da sede do município. Dentre estes, 24 eram profissionais de saúde: 16 técnicos de enfermagem, 4 gestores e 4 gerentes dos Centros de Saúde da Família. As usuárias corresponderam ao total de 16 mães de crianças que realizaram o teste do pezinho nas UC selecionadas para o estudo.

O conteúdo das informações obtidas através das entrevistas foi gravado para posterior análise. Foi utilizada a técnica de observação direta para verificação dos aspectos da estrutura física das unidades de coleta.

Ainda nesta etapa, a pesquisa contou com o apoio de três bolsistas acadêmicas do curso de Enfermagem desta instituição de ensino, previamente treinadas para o conhecimento do estudo, dos instrumentos de coleta e da técnica para aplicação destes.

As informações foram analisadas a partir do referencial de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este referencial define-se como uma técnica de agrupamentos e categorização das falas sem triangulação ou modificação das mesmas e, em seguida, sua respectiva análise. Essa técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraindo-se de cada um desses depoimentos as ideias centrais ou ancoragens e as suas correspondentes expressões-chave (LEFEVRE; LEFEVRE, 2011).

Para análise do conteúdo das entrevistas, inicialmente todas as falas foram gravadas e organizadas em planilhas que continham

os elementos para a construção do DSC, seguindo suas figuras metodológicas. Após a definição dos elementos metodológicos com base na análise do conteúdo das entrevistas, foram definidos os Discursos do Sujeito Coletivo.

Na apresentação dos discursos dos sujeitos participantes, a representação da fala recebeu um código alfanumérico para cada discurso: profissionais de saúde (DSC P1, DSC P2...), gestores (DSC G1, DSC G2...) e Usuários (DSC U1, DSC U2...).

Este estudo obteve autorização da Comissão Científica da Secretaria de Saúde e Ação Social do município e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o parecer nº 352.808.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à categoria profissional dos gestores, 100% destes eram enfermeiros, 50% ocupavam cargos de gerência e os outros 50% eram coordenadores das macroáreas onde as UC participantes do estudo estavam inseridas. Quanto aos profissionais que realizavam as coletas, 100% eram técnicos de enfermagem.

Buscou-se investigar a percepção dos usuários sobre o serviço oferecido pela unidade no momento da coleta do teste, e dos gestores e profissionais os limites e potencialidades na execução de suas atividades na TN.

A partir da análise dos discursos foi possível caracterizar seis ideias centrais: Estrutura física inadequada e falta de material para as coletas, Criando oportunidades de coleta, Atraso na devolutiva dos resultados, Agilizando os resultados, A importância do teste do pezinho e Capacitar para melhor informar. A seguir serão apresentadas essas ideias e, posteriormente, os respectivos discursos.

Ideia Central:
Estrutura física inadequada e falta
de material para as coletas

A inadequação na estrutura física das unidades de coleta nesta pesquisa foi identificada em grande parte dos relatos. Observou-se que os CSF não dispõem de ambiente exclusivo para recepção e realização das atividades na TN. As coletas são realizadas em salas comuns a outros procedimentos, como coleta de amostras de exames laboratoriais, sala de curativo, entre outros. Somado a isso, foi apontada a falta de material para realização do teste em alguns momentos, embora seja um problema que, segundo eles, vem sendo minimizado ao longo do tempo.

A dificuldade muitas vezes é o local em que a gente está coletando, pois chega outro profissional querendo também o local, então tem essa questão, não é? Não tem um lugar melhor pra colocar a mãe com o bebê, um local só pra fazer o teste do pezinho, pra ter guardadas umas coisinhas ali e pra ficar tudo organizadinho. Outra dificuldade é porque às vezes não tem material suficiente para realizar o procedimento e fica impossível de realizar o teste. Agora falta menos material, que é o coletorzinho do teste do pezinho, que faltava antes, muito, aí ficava muita criança sem fazer, mas agora não está mais faltando (DSC P1).

Eu acho que deveria melhorar, a sala é muito pequena, é mais ou menos confortável, merecia melhorar nisso e na organização também. Eu o trouxe recém-nascido, aí, se não me engano, acho que não foi atendido porque aqui não estava tendo. Às vezes a gente chega e não tem agulhinha pra furar ou alguma coisa assim. Acho que é por causa da demanda. Porque tem muitas pessoas pra serem atendidas (DSC U1).

A estrutura organizacional das Unidades de Coleta deve acolher as famílias, sem perder oportunidades para realização

do teste, agilizando o processo subsequente da triagem neonatal. De fato, as condições e organização do serviço podem influenciar na qualidade da realização do teste do pezinho. A sala destinada à coleta deve ser um local aconchegante e tranquilo, adequado à finalidade. Antes de iniciar o procedimento, o profissional deverá se assegurar de que todo o material necessário está disponível na bancada de trabalho, que deve estar convenientemente limpa. A falha na organização referente aos recursos materiais do serviço pode acarretar a realização tardia do teste do pezinho e, conseqüentemente, a detecção tardia de doenças congênitas (BOTLER, 2010; BRASIL, 2004).

Garantir o abastecimento dos insumos necessários às coletas é fundamental para evitar perdas de oportunidade ou desperdícios. Em decorrência disso, o estoque de material para a realização do teste do pezinho deve ser controlado de acordo com a demanda, ou seja, o número de nascidos vivos daquela localidade.

Além da falta de material para a realização do teste, foi observada escassez de material educativo sobre a TN. Entretanto, essa dificuldade em recursos materiais não é particular do município de Sobral. Estudo recente revelou que grande parte das Coordenações Estaduais não conta com recursos para promover campanhas publicitárias para divulgação do Programa à população geral e às mulheres grávidas, em particular, reforçando a importância da realização do teste. São frequentes as reivindicações para que o Ministério da Saúde promova essas campanhas nacionais nos meios de comunicação de massa ou apoie a realização de campanhas estaduais (NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO, 2013).

A fim de minimizar essas dificuldades, uma experiência exitosa relatada por Almeida et al. (2006) sugere a adoção de estratégias utilizadas para a capacitação dos recursos humanos envolvidos nos processos de coleta através de treinamentos semanais e disponibilização de material de divulgação dos testes realizados e das doenças testadas, no formato de *folders* e cartazes. Essas atividades visam

informar à comunidade sobre as questões relativas à triagem neonatal, como divulgação do serviço e da instituição na mídia.

Além da dificuldade na estrutura física e recursos materiais, alguns atores relataram a necessidade de uma melhor organização do serviço em relação às oportunidades de coleta do teste a fim melhorar o acesso da população. Nesses discursos, os gestores e profissionais apontaram melhorias na solução dessas necessidades.

Ideia Central:

Criando oportunidades de coleta

A inserção do PNTN na ESF justifica-se pelos princípios que a norteiam, dentre eles o da acessibilidade. De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde; também é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012b). Todos esses princípios propuseram processos de trabalho desenvolvidos na Estratégia Saúde da Família e estão diretamente relacionados com a inserção do PNTN nesse nível de atenção. A garantia do acesso, somada à construção de vínculo, são princípios primordiais para a prestação do cuidado de forma contínua, fazendo com se aproximem cada vez mais profissionais de saúde e usuários.

Os discursos a seguir sinalizam barreiras no acesso à realização do teste.

Eu acho assim, por exemplo, as crianças que nascem com problema que ficam internadas, não é? Elas passam muito tempo para fazer o teste do pezinho por conta da internação. Mesmo assim esse teste só

vai ser feito na unidade. Pensaria em alguma coisa tipo assim, mesmo que descentralizasse, alguém que fosse pago pelo município às vezes para fazer o teste do pezinho dessa criança lá mesmo no hospital, assim, eu não sei a possibilidade disso, mas por conta da demora, porque não vai ter a mesma eficácia se tivesse sido feito naquele prazo determinado pelo Ministério. Tem o caso também das mães por algum motivo não poderem vir à unidade e não ter outra pessoa que traga; nesse caso, o teste deveria ser feito no próprio domicílio (DSC P2).

A dificuldade que a gente está encontrando é assim, essa sistematização do teste do pezinho ter um dia na semana. Acho que o teste do pezinho tem que ser todo dia; até porque se chegar uma mãe que tem tanta dificuldade, por não ter transporte para trazer sua criança, um bebezinho, e está chegando aqui e aí dizer que não é o dia, isso dificulta o acesso (DSC G2).

Através de atividades de orientação familiar, os profissionais que atuam diretamente em todo o ciclo gravídico- puerperal nas equipes de saúde da família podem promover ações voltadas à garantia da acessibilidade ao teste no tempo hábil por meio da divulgação de informações em relação ao PNTN, realização do teste nas unidades básicas de saúde, assim como na visita puerperal.

Neste estudo foi possível observar que ainda existem barreiras no acesso ao teste realizado nas unidades de coleta. De acordo com Botler (2010), essas restrições no acesso estão relacionadas à organização do trabalho nas unidades de saúde. Este fato pode comprometer a possibilidade de diagnóstico em tempo hábil e futuramente trazer prejuízos à saúde dessas crianças acometidas pelas doenças triadas pelo programa. Logo, a garantia do acesso como princípio norteador das ações da ESF deve ser assegurado em todos os processos de trabalho, principalmente quando se trata da detecção de doenças graves com sequelas irreversíveis quando não diagnosticadas precocemente.

Ideia Central: *Atraso na devolutiva dos resultados*

Foi identificado em todas as unidades de coleta que o tempo estimado para a disponibilidade dos resultados dos testes aos pais era superior a 30 dias. Esse tempo somente era reduzido nas situações em que as amostras apresentavam alterações, necessitando assim da reconvocação da criança para uma segunda coleta. Foi possível observar também que os exames que demandam um maior atraso para a entrega são aqueles com resultados normais. Além de chegarem com atraso de um a dois meses, ainda permanecem muitos deles arquivados na unidade.

Essa realidade pode ser apreendida a partir de alguns discursos, nos quais é apontada a demora na chegada desses exames e esse fato causa inquietações nos profissionais de saúde.

A dificuldade que eu vejo é na devolutiva do resultado caso seja normal. É tanto que a gente fica mais ou menos tranquila, pois se está demorando um pouco é porque é normal. Para a gente é cômodo, mas quem fez e fica aguardando um mês, dois meses para saber se deu alguma coisa às vezes é desgastante (DSC G3).

A gente orienta que o resultado sai aproximadamente de dois meses a três meses e a dificuldade às vezes da mãezinha querer fazer o teste é porque a maioria já sabe que o exame demora (DSC P3).

Para o Ministério da Saúde, o momento da entrega de resultados é um momento de ansiedade para a família. Mesmo estando normais, deverão ser entregues às famílias com a maior brevidade possível (BRASIL, 2004). É necessário analisar o que leva ao atraso em sua emissão para que ocorra maior agilidade no processo. Essa agilidade também deve acontecer após os resultados chegarem à unidade, de forma que os pais tenham acesso o mais rápido possível a ele.

O momento da puericultura é uma boa oportunidade para o profissional realizar essa entrega e prestar as orientações necessárias.

Com relação aos exames alterados é fundamental a agilidade da equipe de saúde na localização dos casos. Dessa forma, não se deve aguardar que a família vá até a unidade buscar o resultado e sim proceder imediatamente com a busca ativa dos casos suspeitos. Esse contato com a família deve ser feito assim que o laboratório enviar os resultados. É importante esclarecer ao responsável que foi encontrada uma alteração e que esta precisa de um novo exame de confirmação. Para isso, a criança deverá comparecer ao local para uma nova coleta. É fundamental que cada Posto de Coleta tenha atenção especial à Busca Ativa dos Casos Reconvocados, pois entre eles poderão ser encontrados os casos positivos que necessitam de orientação e atendimento urgentes (BRASIL, 2004).

Ideia Central: Agilizando os resultados

A única coisa que eu acho é se de repente se pudessem chegar os resultados negativos mais rápidos era mais fácil da gente estar agilizando a entrega dos exames para as mães. O município de Sobral é uma macro que atende a 52 municípios, poderia muito bem já ter a leitura do teste implantado aqui, e não ficar só em Fortaleza, e aí a gente ficar esperando um mês, e fica aquela ansiedade todo mês. Se o estado tivesse essa ideia de estar trazendo para cá, porque a gente tem estrutura para isso, em nível de macrorregião, facilitaria não só para Sobral, mas para toda a macrorregião (DSC G4).

A descentralização do serviço laboratorial para a macroárea de Sobral foi a solução mais verbalizada pelos gestores. Com relação aos resultados que ficam retidos na unidade em decorrência dos pais não procurarem, algumas unidades já estão anexando-os

nos prontuários das crianças para que sejam entregues nas consultas de puericultura. De acordo com o Ministério da Saúde, a equipe de saúde, perante resultados alterados, deve contatar o serviço de referência estadual de triagem neonatal, ocasião em que nova coleta será provavelmente orientada, conforme cada situação (BRASIL, 2004).

Ainda neste estudo, buscou-se o entendimento das mães sobre o teste do pezinho. Algumas delas verbalizaram de forma coerente sobre a sua importância, enquanto outras, mesmo tendo sido assistidas pelo serviço de TN, sinalizaram fragilidade no entendimento sobre este. Muitos foram os enfoques com ênfase na prevenção de doenças, outros no diagnóstico, porém todos reconheciam que era um exame importante para seu filho.

Ideia Central:

A importância do teste do pezinho

O que eu entendo sobre esse teste do pezinho é que através dele dá para identificar várias doenças e tem que ser feito para ver se a criança tem algum problema na corrente sanguínea, se houve algum problema na criança e prevenir algumas doenças, daí a gente fica sabendo se a criança não teve nada. Antigamente as crianças nasciam cheias de doenças e ninguém sabia, e agora com esses cuidados médicos é bom. Logo, é muito importante fazer esse teste em todas as crianças (DSC U8).

O teste do pezinho em minha opinião só tem importância quando a criança é recém-nascida, pois a criança sendo recém-nascida é mais fácil para a realização do teste, uma vez que o pezinho ainda tá molinho, daí fica mais fácil na coleta de sangue. No caso do meu filho, ele já fez o exame em uma data errada, pois ele já tinha uns seis meses de idade, mas como me informaram que era necessário ele fazer eu o levei, né? Logo quando meu filho fez o teste o pé dele

já estava um pouquinho durinho. Daí assim é muito importante fazer esse teste logo cedo, pois caso apresente alguma alteração, ele já passa a usar a botinha (DSC U8).

As limitações das informações dos usuários permite a formulação de conceitos distorcidos. Este fato, por um lado, pode ser entendido como um reflexo da falta de treinamento e consequente despreparo da equipe que presta assistência, assim como uma carência na divulgação da TN nos principais meios de comunicação de fácil acesso à população pelos órgãos competentes.

Os discursos acerca do conhecimento dos usuários sobre o teste revelam fragilidades no atendimento da TN quanto à orientação dos procedimentos, finalidades do teste e possibilidades de resultados. Sabendo que o Teste do Pezinho possibilita o diagnóstico precoce das doenças congênicas e distúrbios metabólicos, os profissionais de saúde devem ter consciência da importância do seu papel educador na sociedade. É responsabilidade do profissional da coleta orientar os pais da criança a respeito do procedimento a ser executado, assim como a finalidade do teste (BRASIL, 2004; SALLES; SANTOS, 2009).

Além disso, pode-se observar que a maioria dos profissionais não possui treinamentos para TN. A carência de treinamento como elemento limitante no processo de trabalho na TN foi evidenciada por profissionais e gestores (DSC P11 e DSC G11).

Ideia Central: *Capacitar para melhor informar*

E assim, a dificuldade que eu acho é que teve aí um treinamento há pouco tempo sobre o teste do pezinho e as auxiliares não foram chamadas. Por que esse teste chegou aqui, e colocaram a gente pra fazer, não houve nenhum treinamento, só houve para as enfermeiras,

mas para nós nunca foi feito. E aí o treinamento acaba sendo no repasse de aprendizado uma com a outra, quando alguém sabe já ensina uma para a outra e assim a gente vai levando. Mas eu acho que a gente teria que ter um treinamento melhor, um esclarecimento melhor, porque às vezes nem todos sabem para que serve então a pessoa chega faz uma pergunta para você e você não sabe dizer para o que é um esclarecimento melhor. Seria bom se o cartão de vacina tivesse informações, dizendo para o que serve se você fizer o teste do pezinho e do que você se beneficiaria com o teste do pezinho. Em que livro o profissional ele iria lhe respaldar quando a mãezinha chegasse com o tempo atrasado de fazer o teste. Pra explicar pra mãe que a gente faz a coleta mas não terá mais aquele proveito. Gostaria de uma maior segurança nas informações (DSC P11).

Eu acho que mais capacitação para os profissionais. Eu acho que poderia acontecer através da gestão, não só para os auxiliares, mas também para os demais profissionais de saúde (DSC G11).

Profissionais capacitados são profissionais motivados e capazes de promover um atendimento de qualidade para a TN. Vários estados apontam uma alta rotatividade dos servidores municipais, resultante de mudanças políticas nos municípios, o que obriga a organização de repetidos treinamentos para os técnicos recém-contratados. Coordenações estaduais se ressentem de terem assumido a função sem nenhum preparo ou orientação por parte do estado ou do próprio Ministério da Saúde. Em decorrência dessa rotatividade, é importante que seja realizado, periodicamente, um trabalho de esclarecimento e reorientação nos hospitais, maternidades, unidades de saúde e postos de coleta para aperfeiçoamento dos profissionais responsáveis pela coleta e envio das amostras de sangue (NASCIMENTO, 2011; NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO, 2013).

De acordo com os profissionais e gestores inseridos nas unidades de coleta no município de Sobral, as limitações das informações trazem insegurança para os profissionais e déficit nas orientações aos usuários. O momento do teste deve ser valorizado para além dos procedimentos técnicos, mas como uma oportunidade de orientações sobre ele, finalidade e esclarecimento de dúvidas. Em seu estudo, Botler (2010) identificou que o componente recurso humano sobressai na avaliação como aquele que apresentou maiores deficiências. A maior deficiência encontrada nos RH foi na capacitação em que pese à existência de planejamento educativo.

É importante reconhecer que o investimento em formação envolve recursos financeiros importantes e que a ajuda de outras esferas de governo torna-se fundamental. De acordo com uma pesquisa realizada pelo Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (NUPAD), as ações de educação permanente podem contar com recursos específicos transferidos para este fim, passando a integrar os Planos Estaduais de Educação Permanente. Para isso, as coordenações estaduais deverão se articular internamente às Secretarias de Estado da Saúde (SES) e pleitear esses recursos nos espaços de negociação bipartite, tais como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR). O planejamento sistemático dessas ações, em articulação com os SRTN, facilitaria em muito o pleito dos demais recursos para as capacitações (NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fragilidades evidenciadas neste estudo nos componentes estrutura e processo precisam ser consideradas de modo particular. Faz-se necessário promover investimentos onde há inadequações,

o que irá promover uma melhoria na qualidade e alcance das metas propostas pelo programa.

Dentre os problemas identificados, destacaram-se:

- Carência de atualizações para os profissionais de saúde na atuação nos serviços de triagem neonatal;
- Embora com frequência menor, ainda existem relatos de falta de insumos em algumas unidades, assim como falta de materiais para divulgação das informações sobre a TN para os profissionais de saúde (diretrizes, protocolos) e para a população (cartazes, *folders*, outros);
- A estrutura física das UC avaliadas foi considerada inadequada por não existir estrutura específica para os procedimentos de TN;
- Os resultados chegam com período superior a 30 dias aos pais das crianças, o que remete à percepção de descaso e falta de organização relacionada ao serviço.

Verificaram-se também potencialidades na avaliação dos profissionais de saúde acerca das atividades nas unidades de coleta: a boa aceitação das mães em relação ao teste e a descentralização para a ESF possibilitou melhorias no acesso às atividades da TN.

Na avaliação dos usuários, foi possível identificar o grau de conhecimento destes a respeito do teste, sinalizando a necessidade de os serviços investirem mais nas orientações em todo o processo do ciclo gravídico-puerperal; apesar de as mães referirem que não recebiam orientações sobre o teste do pezinho durante o atendimento, estas se mostraram satisfeitas com o atendimento.

Sugere-se um maior investimento em ações de educação permanente voltadas para os profissionais que atuam nas unidades

de coleta, assim como a promoção de uma ampla divulgação do programa com a população de forma a melhorar a acessibilidade cultural, contribuindo para elevação das taxas de cobertura, principalmente na primeira semana de vida da criança.

Faz-se necessário potencializar o programa enquanto política através de um maior envolvimento da gestão, visando garantir uma estrutura física adequada nas unidades de coleta que permitam um melhor acolhimento, condições satisfatórias no atendimento à população e agilidade na liberação dos resultados.

Acreditamos que a partir dessas medidas é possível contribuir para a garantia do acesso ao diagnóstico precoce das doenças e, conseqüentemente, para a melhoria na qualidade de vida das crianças beneficiadas pelo programa.

Para que um Programa de Triagem Neonatal consiga atingir plenamente seus objetivos é fundamental que seja realizada análise do serviço, incluindo sua estrutura e o processo de trabalho dos profissionais e gestores, a fim de possibilitar que os entraves identificados possam ser sanados, oportunizando, desse modo, o alcance dos objetivos preconizados.

Programa de triagem neonatal no município de Sobral, Ceará:
percepção de gestores, profissionais e usuários

REFERÊNCIAS

ALMEIDA A. M. et al. Avaliação do Programa de Triagem Neonatal na Bahia no ano de 2003. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 85-91, jan./mar. 2006.

BOTLER, J. **Avaliação de desempenho do programa de triagem neonatal do estado do Rio de Janeiro**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/nº. 822 - Cria o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN)**. 7 jun. 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 514. Credencia a Secretaria Municipal de Saúde como Serviço de Referência em Triagem Neonatal. **Diário Oficial da União**, 5 nov. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação- Geral de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica Nº 58**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos – Cadernos de Atenção Primária, 58).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 319, de 6 de julho de 2010**. Habilita o Estado do Ceará na Fase II de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Triagem Neonatal. **Nota Informativa**, nov. 2012b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_221112.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2013.

KIKUCHI, B. A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Revista Brasileira Hematologia Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, jul./sept. 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. N. C. **Pesquisa da Representação Social**: um enfoque qualitativo: a metodologia do discurso de sujeito coletivo. Brasília: Líber Livro; 2010.

MENEZES, R. S. P. et al. Análise da Triagem Neonatal no Município de Sobral-CE. In: CONSELHO ONLINE: GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 3., 2013. **Anais...** [s.l], 2013. Disponível em: <http://www.convibra.org/saude_2013.asp?ev=77&lang=pt&ano=2013>. Acesso em: 10 fev.14.

NASCIMENTO, M. L. Situação da triagem neonatal para hipertireoidismo congênito: críticas e perspectivas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo**, v. 55, n. 8, p. 528-533, 2011.

NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO. **Diagnóstico Situacional do Programa Nacional de Triagem Neonatal nos estados brasileiros**: relatório técnico/Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (NUPAD). Belo Horizonte: NUPAD, 2013.

SALLES, M.; SANTOS, I. M. M. O Conhecimento das mães acerca do teste do pezinho em uma unidade básica de saúde. **Revista de Pesquisa em Saúde: Cuidado é Fundamental**, v.1, n. 1, p. 59-64, mai./ago. 2009.

TECNOLOGIAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE MENTAL: USO DE PSICOFÁRMACOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Francimeiry Amorim da Silva

José Jackson Coelho Sampaio

José Maria Ximenes Guimarães

Cleide Carneiro

Ana Patrícia Pereira Morais

INTRODUÇÃO

Na história recente da saúde no Brasil, destacam-se dois grandes movimentos que resultaram na conformação do Sistema Único de Saúde (SUS): a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Dentre as muitas ações para a concretização da Reforma Sanitária, a implantação do SUS e, neste, a estruturação da Estratégia Saúde da Família – ESF surgem no cotidiano dos serviços por articularem os níveis de atenção e as diversas especialidades, exercendo papel integrador do cuidado em saúde de modo geral. No caso da Reforma Psiquiátrica, a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), representando os equipamentos substitutivos aos esforços para desospitalização e desinstitucionalização, e o apoio matricial em saúde mental às equipes da ESF, é o que sobressai na busca de inversão do modelo de atenção.

A Atenção Primária à Saúde (APS), ao longo do século XX, esteve nas reflexões dos que pensam e atuam no campo da Saúde Coletiva. Um grande marco histórico nesse campo foi a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma Ata, que ensejou consensos sobre o tema e incentivou os países a tornarem acessíveis às suas populações os cuidados primários em saúde.

Mendes (2012) assevera que a APS no Brasil atravessou diversos ciclos e a ESF representa o sétimo. O Programa Saúde da Família – PSF, implantado no Brasil no início da década de 1990, foi compreendido inicialmente como um programa setorial que tinha por objetivo proporcionar a universalização do acesso da população brasileira aos serviços de saúde. Desde seu início, o PSF se configurou como potencializador para a concretização dos atributos característicos da APS – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Em 1997, o Ministério da Saúde definia o PSF como estratégia de organização da APS.

Passados quase 20 anos, a hoje denominada ESF amadureceu e, segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2009), esta experiência brasileira deve ser considerada um modelo coletivo de APS, para o qual se atribui a responsabilidade de promover a integração das redes assistenciais do SUS, dentre elas a rede de serviços de atenção à saúde mental.

A articulação dos espaços de cuidados em saúde mental propiciados no âmbito da APS encontra substrato na Declaração de Caracas (OPAS/Instituto Mario Negri, 1990), documento produzido na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América, realizada na Venezuela em novembro de 1990, que, reconhecendo a impossibilidade da assistência psiquiátrica convencional de promover e propiciar cuidados em saúde com atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo ao mesmo tempo, recomendava a reestruturação da assistência psiquiátrica com base nos serviços de saúde comunitária e internação psiquiátrica nos hospitais gerais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) estima que aproximadamente 20% de todas as pessoas atendidas por profissionais da APS apresenta um ou mais transtornos mentais e comportamentais, e a Política Nacional da Atenção Básica no Brasil estabelece que todos os profissionais das equipes da ESF devem se responsabilizar pela população adstrita no seu território de atuação, mantendo a coordenação

do cuidado, mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde, e define ainda que o médico deve encaminhar, quando necessário, usuários para outros serviços e/ou níveis de atenção, respeitando fluxos locais e mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento dos planos terapêuticos (BRASIL, 2011).

A demanda por cuidado em saúde mental na APS é cotidiana e expressa nas mais diversas formas – dependência química, violência doméstica, ansiedade, depressão. Tais fenômenos, como o aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas, um provável incremento de transtornos depressivos menores e número crescente de suicídios e homicídios, impactam de forma considerável os territórios de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família. Concomitantemente, percebe-se que se repetem os casos de pessoas em uso prolongado de psicofármacos, notadamente benzodiazepínicos (BDZ) e antidepressivos (ADP).

Adota-se, aqui, a compreensão de cuidado à saúde defendida por Cruz (2009), ao considerá-lo prática objetivada por meio de ações, serviços e sistemas de saúde destinados a indivíduos e coletividades com base nas relações e encontros entre pessoas, conforme necessidades e oferecimentos atravessados pelas dimensões técnico-científica, subjetivo-relacional e sociopolítica. Assim, aponta três eixos que caracterizam o cuidado em saúde, a saber: o agente (quem oferece e quem demanda cuidado), o contexto (onde o cuidado se dá – organização, modelo de atenção e gestão) e o conceito propriamente dito baseado nas seguintes dimensões: técnico-científica (aplicação de tecnologias/técnicas validadas cientificamente); subjetivo-relacional (compreendida como espaço de reconstrução de subjetividades) e sociopolítica (que se refere à busca por transformações estruturais na organização social).

A produção do cuidado em saúde requisita a incorporação de tecnologias a serem operadas no processo de trabalho em saúde. Assim, o conceito de trabalho está intimamente associado ao de tecnologia. No campo da saúde, ocorreu a reconfiguração de saberes,

capaz de produzir um movimento tecnificador, propiciando a transformação dos atos de curar que, desde a segunda metade do século XX, com o desenvolvimento da indústria, permitiu a incorporação de novos equipamentos e medicamentos na Medicina, constituindo-se, então, a tecnologia em saúde (SCHRAIBER; HILLEGONDA; NOVAES, 2013).

Nesses termos, o sentido contemporâneo de tecnologia corresponde aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, sem, contudo, fundir estas duas dimensões. No âmbito do trabalho em saúde, Merhy (2007) classifica as tecnologias em: 1. leves – das tecnologias envolvidas nas relações, como produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; 2. leve-duras – relacionadas aos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; e 3. duras – representadas por equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Acredita-se que a produção de cuidados em saúde mental requer dos trabalhadores de saúde conhecimentos de Psicopatologia e Farmacologia, além de competências para desenvolver e articular as redes institucionais e comunitárias de acolhida e suporte às complexas demandas da população. Assim, a prescrição de psicofármacos como uma dentre as várias tecnologias de cuidado em um projeto terapêutico, seja na Atenção Básica, na clínica psiquiátrica ou em outros espaços do fazer saúde e a crescente demanda em saúde mental coletiva constituíram o problema estudado: o seguimento de pacientes que necessitam da atenção psicossocial e que retornam aos seus territórios, para serem acompanhados pela equipe de Saúde da Família, e as tecnologias de que esse serviço dispõe para prover o cuidado continuado, à luz dos princípios das reformas sanitária e psiquiátrica.

O presente estudo tem como objetivo analisar o uso de psicofármacos como tecnologia de cuidado em saúde mental aos usuários da Estratégia Saúde da Família.

TRATAMENTO METODOLÓGICO

Esta pesquisa constitui um estudo de caso, territorial, qualitativo, analítico-crítico; foi realizada em Quixadá, município do Sertão Central cearense, com área de 2.020 km² e população de 80.605 habitantes, dos quais 49% são homens e 51% mulheres, também dos quais 29% vivem em área rural e 71% em área urbana (IBGE, 2010). A atenção básica em Quixadá estrutura-se por meio das Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS), as Subáreas Descentralizadas de Saúde (Sb-ADS) e as ESF. O município está dividido em doze ADS, onde atuam 19 equipes da ESF, mais do que as 16 esperadas, sendo oito equipes na Sede e 11 nos distritos. Cada equipe é composta por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliar e/ou técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

Escolheu-se para este estudo de caso uma ADS representativa das demais, e tanto a escolha da ADS quanto dos sujeitos se deu pela articulação dos critérios de acessibilidade, oportunidades de contato com os usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos, responsabilidade direta na ordenação dos projetos terapêuticos e tempo de atuação na ADS igual ou superior a dois anos. Assim, selecionou-se a ADS Juatama, distrito situado a 16 km da sede do município, por considerar que a maior parte dos sujeitos sociais naquela área detinham informações relevantes para a elucidação do objeto em apreensão (MINAYO, 2010).

O universo de participantes foi composto por 12 sujeitos, sendo sete trabalhadores da saúde, quatro usuários e um familiar de usuário.

Para apreensão do objeto, foram eleitos a entrevista semiestruturada, o grupo focal e a observação com diário de campo na coleta de dados. Os encontros com os sujeitos da pesquisa para a coleta dos dados aconteceram na unidade de saúde e seu registro ocorreu por gravação e filmagem autorizadas. As entrevistas com os profissionais médico e enfermeiro, bem como os grupos focais com os agentes comunitários

de saúde e o os usuários de BDZ e ADP, ocorreram sem dificuldade, mas o grupo focal com os familiares dos usuários mostrou-se inviável após duas tentativas. Para não perder esta contribuição, optou-se por entrevistar o familiar que se dispôs. A elaboração do diário de campo ocorreu desde o início da pesquisa até a conclusão dos passos.

Para a análise e interpretação, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que tem como proposta organizar e tabular dados qualitativos verbais, de forma a possibilitar a expressão de um sujeito individual do discurso, ao mesmo tempo em que sua fala expressa um pensamento coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A proposição do DSC embasa-se no pressuposto de que o pensamento de uma coletividade é composto pelo conjunto dos discursos, formações discursivas ou representações sociais da sociedade sobre um dado tema (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Para este estudo, a compreensão acerca das representações sociais ancora-se em Minayo (2010, p. 219), por estabelecer que, nas Ciências Sociais, as representações sociais “são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”.

A opção pelo DSC deu-se com base na consciência de que a técnica daria conta de apreender os significados e percepções procedentes das interpretações dos sujeitos acerca das práticas cotidianas da ADS pesquisada. O DSC, segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), compõe os discursos por meio das figuras metodológicas denominadas de Expressões-chave (ECH), Ideias centrais (IC) e Ancoragem (AC).

Este estudo observou os aspectos éticos pertinentes às pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a Resolução 446/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério de Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob Protocolo 501.426. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processamento do material empírico na perspectiva de analisar o uso de psicofármacos em áreas da ESF, foi permitido mapear as categorias analíticas – razões do sofrimento psíquico, cuidados em saúde mental, formação em saúde mental, doença mental e preconceito e dependência de drogas lícitas, discutidas como se segue.

Razões do sofrimento psíquico e do uso de psicofármacos

O ser humano vive e se realiza na relação com outros seres humanos, que ocorre em família, trabalho, lazer, escola, vivências comunitárias, e é perpassada pela afetividade, “a tonalidade e a cor emocional que impregna a existência do ser humano e se apresenta como sentimento e emoção” (SAWAIA, 2001, p. 98). A condição de excluído, um construto decorrente das relações sociais, carrega a ideia de humanidade e privilegia em seus sentidos a expressão de desejo, temporalidade, afetividade, poder, economia e direitos sociais. A reflexão sobre a exclusão como sofrimento, consoante Sawaia (2001), não esquece o sujeito, mas o coloca no centro das análises econômicas e políticas, responsabiliza o Estado e entende que a forma das inter-relações é a gênese de um sofrimento essencialmente ético-político.

Esse entendimento dialoga com a compreensão de sofrimento psíquico definida por Sampaio, Guimarães e Sampaio (2013, p. 428):

Conjunto de mal-estares e dificuldades de conviver com a multiplicidade contraditória de significados oriunda do antagonismo subjetividade/objetividade, que se caracteriza por dificuldade de operar planos, definir sentido da vida e sentir-se impotente e vazio, o eu experimentado como coisa alheia.

As relações entre organismo biológico, processos psicológicos e sociedade podem resultar em dor e sofrimento, observando-se no DSC dos usuários a articulação entre ocorrências do cotidiano, sofrimento psíquico e uso de psicofármacos:

Eu nunca tomei remédio controlado, mas tenho sofrido muitas coisas: uma depressão muito forte que eu tive com a perda do meu pai e da minha mãe, mais problemas de casa, quer dizer, perdas e separação (DSC Usuários).

As aspirações de bem-estar e a busca de uma vida melhor ocupam lugar central na vida dos indivíduos. Segundo Oliveira (2006), o período pós-Segunda Guerra Mundial trouxe consigo novas modalidades de organização, em instituições como família, igreja, Estado, cultura, lazer, bem como nos sistemas econômico, jurídico e político, provocando impacto profundo no indivíduo e na sociedade. O conjunto dessas mudanças manifesta-se também pela heterogeneidade de problemas que transitam entre a condição de sofrimento psíquico e a doença mental.

No DSC dos trabalhadores, além da percepção do contributo dos acontecimentos do cotidiano para a produção do sofrimento, observa-se também a relação entre gênero, sofrimento psíquico e uso de psicofármacos:

Eu tenho notado que mais são mulheres e todas elas têm uma história trágica para contar: é separação, depressão, filho alcoólatra, filho na cadeia, problemas com o marido, essas coisas assim. Tem delas que usam os remédios há muito tempo, nem sabem mais por quê. Uns tomam por falta de sono, outros por excesso de sono, ainda outros por sono alterado, pós-parto, alcoolismo (DSC Trabalhadores da Saúde).

Na literatura, encontram-se estudos mostrando a prevalência de uso de psicofármacos por mulheres, notadamente ADP e BDZ.

Netto, Freitas e Pereira (2012), em estudo retrospectivo e observacional sobre consumo de psicofármacos, em Ribeirão Preto (SP), constataram que 72,5% do uso de BDZ e 79,5% do de ADP eram por mulheres. Oliveira (2000), em estudo realizado no Ceará, em Fortaleza e Sobral constatou que 72% e 75%, respectivamente, dos consumidores de BDZ e de ADP eram constituídos por mulheres.

A prevalência do uso de BDZ por mulheres é mostrada da seguinte forma por Oliveira (2000, p. 25):

[...] a mulher é um alvo fácil e, muitas vezes, é atingida inadequadamente pelas estratégias da indústria farmacêutica, pelo tipo de assistência que têm acesso e pela sua própria condição de vida. O fato de ser mulher ainda carrega profundos traços patriarcais, pois à mulher foi imposto o cuidado com a saúde dos membros da família, aumentando o seu contato com os serviços de saúde e o que é oferecido por estes.

As razões do sofrimento psíquico expressas nos DSC encontram substrato em Sampaio (1998, p. 88) quando afirma que

Saúde e doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos. Estão profundamente vinculados ao contexto socioeconômico-cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções.

Desde a segunda metade do século XX, o mundo ocidental foi palco de verdadeiras revoluções e, segundo Lipovetsky (2007), nova modernidade nasceu, tendo como principais características a mercantilização, a estimulação perpétua da demanda e a multiplicação indefinida das necessidades. Nas últimas três décadas, estabeleceu-se outra escala de mudanças, produtora da sociedade do hiperconsumo, que, por sua vez, desencadeou uma revolução nos comportamentos, tendendo a colocar sob a dependência da troca mercantil as relações

familiares, a espiritualidade, a autoestima e a crença de que o bem-estar interior pode estar em alguma farmácia da felicidade. O desejo hedonista de obter prazer e evitar o desprazer parece ser a força motriz desse modelo social, daí o permanente risco de produzir inseguranças, inquietações, decepções e sofrimentos psíquicos.

As razões para o sofrimento psíquico e o uso de psicotrópicos apresentam-se muito diversificadas e têm um substrato sócio-histórico que não pode ser desconsiderado. Essa compreensão deve dar base à contextualização do sofrimento psíquico como fenômeno coletivo, exigindo um olhar que possibilite a construção coletiva das formas de lidar com o fenômeno.

Cuidados em saúde mental

Falar em cuidado em saúde evoca a noção de tratar, que, por sua vez, traz a noção de competências técnicas. A ideia de cuidado utilizada neste texto é aquela que, além da intervenção técnica, produz encontro entre trabalhador e usuário, sujeitos de subjetividades, com territórios existenciais em permanente processo de construção e desconstrução. A prática do cuidado em saúde, portanto, é realizada em encontros atravessados por diversas lógicas, mas revela a singularidade de cada um dos participantes: trabalhador e usuário. Para Merhy (1998, p. 5),

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente [...] momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas

colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Essa compreensão atende os requisitos necessários para a produção do cuidado em saúde mental, principalmente quando o *lôcus* do cuidado é a Atenção Básica e a comunidade, espaços profícuos para o desenvolvimento de vínculos e afetos proporcionados pela longitudinalidade do cuidado.

O DSC dos trabalhadores e dos usuários revelou pontos comuns: a atenção às demandas de saúde mental ainda é de responsabilidade médica, na forma de prescrição medicamentosa, a relação entre os trabalhadores na rede de serviços ainda é apartada entre generalista e especialista e nos dois pontos já se esboça mudança:

Os usuários de psicofármacos são uma demanda que sempre lota os atendimentos e é para os médicos. Os pacientes, eles deixam aqui os cartões para o médico só renovar as receitas. Então, preocupados com a história de renovação por renovação, a gente colocou um turno de atendimento no período da tarde. [...] O objetivo é inserir esse paciente no Posto e não ter mais aquela história de só ter que transcrever, só ter que concordar com a receita que foi feita antes por um especialista (DSC Trabalhadores da Saúde).

[...] Eu também sou acompanhada no CAPS pelo doutor, desde o início do meu problema, aí eu já pego receita lá, todo mês. Dificilmente eu vou eu mesma, eu mando pegar, mas agora ele não entrega nem para o familiar da gente, só pra gente (DSC Usuários).

É possível identificar nas falas a reprodução do modelo biomédico, centrado na consulta, na doença, no controle do sintoma, na prescrição

e, mais grave, na transcrição dos psicofármacos na Atenção Básica, em que a centralidade deve ser o vínculo, pela acolhida do sujeito, proporcionando-lhe momento-espaco para pensar/refletir, visando a manter e ampliar a autonomia do sujeito em seus grupos sociais.

Observa-se, também, no DSC dos trabalhadores, a intenção de incorporar outras tecnologias de cuidado:

A gente tem um pequeno grupo, agora [...] pra começar a interação, pro paciente se sentir mais à vontade e ressocializar [...], digamos assim, e à medida que a gente for acompanhando psicologicamente, a gente pode ir envolvendo outros colegas do NASF, o educador físico, o fisioterapeuta, até o nutricionista. O educador físico vai ter papel fundamental na parte do lazer, na parte da ação, das atividades recreativas, que soltem mais a pessoa (DSC Trabalhadores da Saúde).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), as intervenções em saúde mental na Atenção Básica devem ser construídas no cotidiano de trabalho das equipes, no encontro dos profissionais com os usuários. A escolha das ferramentas e estratégias para dar conta das necessidades de saúde dos indivíduos, incluindo as demandas que se configuram e se apresentam como problemas de saúde mental, deverá ser coerente com a singularidade de cada indivíduo em seu território.

Entre quem trata e quem é tratado espera-se que se estabeleça um encontro harmonioso, com o objetivo comum de produzir alívio a quem sofre. Este encontro é perpassado, entretanto, por concepções do processo saúde-doença, por condições do modelo assistencial predominante, por influências do complexo médico-industrial com seus medicamentos e outras tecnologias; ou seja, tão complexo quanto o adoecer é o conjunto de saberes que, em dado contexto histórico, será utilizado para tratar.

Os cuidados em saúde mental pressupõem que se reconheça o ser humano como portador de múltiplas dimensões a se concretizarem nos territórios vivos, onde habitam, trabalham, sofrem, amam,

adoecem e morrem. A ESF necessita ampliar as estratégias do cuidar além da medicalização, privilegiando e potencializando os recursos que lhes são próprios: o território com sua vida pulsante, as parcerias que podem fortalecer lógicas comunitárias que contribuam para a inclusão das pessoas em sofrimento psíquico e a construção de um sistema de cuidados usuário-centrado.

Formação em saúde mental

O trabalho em saúde representa um campo de atuação complexo, considerando os valores e as concepções envolvidas na determinação, na compreensão e no cuidado com o adoecimento humano. Para dar conta dessa complexidade, pressupõe-se que os processos de formação propostos beneficiem o desenvolvimento de competências e habilidades capazes de integrar os diversos elementos constituintes dos contextos onde se dará o exercício profissional, notadamente, trabalhadores e usuários, em seus encontros para a produção da saúde.

O DSC dos trabalhadores aponta a deficiência na formação para a produção crítica, integrativa, de cuidados em saúde mental:

[...] E que nós, profissionais da Atenção Básica, fôssemos melhor instrumentalizados para trabalhar a saúde mental [...] A formação da gente não é para isso. A gente acaba que, recém-formado, vai para onde o emprego está, sabendo só uma técnica [...] [Falta] isso na faculdade, e quando tem não é bem feita, nem valorizada pela gente. Assim... a gente tem um déficit em relação a isso (DSC Trabalhadores da Saúde).

Para Cunha (2005), a maior parte dos profissionais de saúde ainda traz os pressupostos de uma formação hospitalar centrada em procedimentos, exames e medicamentos, com relação profissional-usuário dotada de fortes elementos autoritários, e reconhece o quanto as condutas hospitalares se reproduzem na Atenção Básica

– AB. No cotidiano dos serviços hospitalares e da AB, constatam-se, facilmente, características próprias de um e outro serviço que implicam também modos de agir distintos.

Algumas características da Atenção Básica, como a ausência de restrição de faixa etária, ocupação e gênero, tipo, natureza e condição de problema; maior autonomia do usuário para tomar decisões quanto ao projeto de cuidados proposto pela equipe de saúde; a maior possibilidade de uma visão holística dos usuários e de suas necessidades de saúde; a longitudinalidade do cuidado; acessibilidade ao serviço de forma direta; um cardápio de ações que propiciam a integração entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, entre outros atributos apontam para a necessidade de uma formação diferenciada para os profissionais da AB.

No cotidiano dos serviços da APS, constata-se que parte dos problemas apresentados aos profissionais pela população não se encaixa nas classificações nosológicas reconhecidas oficialmente. Grande parte se encontra no campo da saúde mental e o convívio e o seguimento continuado contribuem para sua compreensão e a elaboração de projetos terapêuticos adequados.

Dois estudos britânicos citados por Pereira, Costa e Megale (2012), envolvendo clínicos gerais e suas necessidades de aprendizado em saúde mental, ilustram a relevância da educação permanente em saúde. O primeiro, realizado por Turtum, Tylee e Kerry (1995), aponta que os temas mais requisitados para treinamento foram conselho terapêutico psicodinâmico, técnicas de manejo de estresse, técnicas cognitivas, manejo das dependências químicas, ajuda aos doentes mentais crônicos, como e quando prescrever psicofármacos e avaliação de risco de suicídio. O segundo, realizado por Kerwicke et al. (1997), estabelece os temas das urgências psiquiátricas, as somatizações, o conselho terapêutico, os pacientes com problemas afetivos, os problemas psicossociais e o manejo de estresse.

A necessidade de qualificação da Atenção Básica para a produção do cuidado em saúde mental encontra-se permanentemente na pauta de

discussões dos profissionais e já aparecem nas demandas dos próprios usuários, sobretudo no reconhecimento das dificuldades enfrentadas no acompanhamento das pessoas em sofrimento ou adoecimento mental.

Doença mental e preconceito

O preconceito é um produto cultural, transmitido e introjetado como valor, negativo ou positivo, no convívio familiar e/ou comunitário, e representa uma ideia concebida *a priori* sobre pessoas, grupo ou situações. No caso da doença mental, é denominado psicofobia.

A estigmatização do portador de transtorno mental ao longo dos séculos fez parte das diversas culturas e produziu exclusão social destas pessoas ditas diferentes. As mais diversas áreas do conhecimento humano – Arte, Religião, Filosofia, Ciência – dedicaram-se à elaboração de explicações e justificativas para as formas de relacionamento dispensadas às pessoas que manifestassem comportamentos desviantes (MACIEL et al., 2008).

A internação psiquiátrica durante muito tempo representou a forma predominante de tratar as doenças mentais e, para determinados segmentos da população, a única forma de tratamento a que tinham acesso. As longas e/ou sucessivas internações nos hospitais psiquiátricos produziam e alimentavam o preconceito e impunham ao doente o afastamento do convívio familiar e comunitário, o que impedia não só o reconhecimento dele como ser de sentidos e potencialidades, mas também das expressões de sua doença e o conseqüente aprendizado de como cuidar da pessoa em tais situações. O retorno da internação causava um duplo estranhamento: para a família, que tinha dificuldade em aceitar aquele que se ia tornando desconhecido a cada retorno, e para o paciente, que, na solidão de suas memórias, não se sentia acolhido para compartilhar as experiências com a internação e os medicamentos com seus efeitos, principalmente os adversos.

A proposta da reforma psiquiátrica iniciada na década 1980 propunha em sua essência a desconstrução de todo o aparato epistemológico, jurídico e cultural do tratamento dispensado aos doentes mentais e produziu importantes mudanças como a desospitalização, a desinstitucionalização, a criação de serviços substitutivos e discussão sobre os direitos humanos em diversos fóruns, levando, inclusive, a que a OMS declarasse 2001 o ano da saúde mental, com o *slogan* “cuidar sim, excluir não” (AMARANTE, 2008). Subsistem nas representações e práticas de indivíduos e grupos, contudo, consideráveis preconceitos quanto ao adoecimento mental:

Na minha área, pode-se dizer que as pessoas são muito reservadas. Mas os outros, eles geralmente não comentam o que sentem... muitas pessoas também não gostam que as pessoas saibam que usam psicofármacos, nem que são doentes mentais (DSC Trabalhadores da Saúde).

Por outro lado, também se observam avanços no sentido de se tratar com naturalidade essa temática:

Não tenho dificuldade de trabalhar isso não. Graças a Deus eles conversam mesmo, não têm reservas. Eles me procuram quando estão com pouca medicação. Eu e eles encaramos com naturalidade (DSC Trabalhadores da Saúde).

A família e a comunidade já aceitam o problema e compreendem que a pessoa [doente] tem que ficar no convívio dos familiares, do que institucionalizado num hospital, sozinho (DSC Trabalhadores da Saúde).

A implantação de serviços substitutivos, as internações em hospitais gerais, a permanência em suas comunidades e a inserção no mercado de trabalho representam oportunidades de convivência

e de construção de novos modos de ser, compreender e cuidar dos portadores de transtornos mentais, pelos profissionais de saúde, pelos familiares e comunidades. Estar tão próximo possibilitou a criação de vínculos, fez florescer afetos e permitiu vencer um duplo medo: da agressividade/violência tantas vezes apregoada e da não competência para conduzir e obter respostas aos projetos terapêuticos, sem as contenções químicas e dos muros. A luta antimanicomial é profícua na desconstrução da tradição cultural do preconceito estigmatizante e excludente.

Dependência de drogas lícitas

No cotidiano das unidades de saúde, é comum encontrar as três situações e indícios de situações de dependência dos psicofármacos, notadamente dos BDZ, que estão nos DSC dos três grupos pesquisados:

Tem paciente que já tem vinte anos tomando. É uma média de oito a dez anos de uso de BDZ e a maioria de usuários é resistente [à retirada do medicamento] por medo do retorno dos sintomas (DSC Trabalhadores da Saúde).

Eu não posso passar um dia sem tomar, não consigo comer, não consigo dormir, porque eu já tentei um dia, mas não deu certo, eu vi que não tinha condições. Se eu esquecer [de tomar] por alguns minutos que seja, já sinto câibra na língua, eu já não falo mais normal. Eu dependo totalmente desses remédios (DSC Usuários).

Meu irmão vai fazer três anos e minha irmã já está mais ou menos com seis anos que ela toma Diazepam, junto com esse da depressão [Amitriptilina] e se ela não tomar aí ela fica agitada, nervosa, violenta, aí é por isso que eles dizem que precisam tomar. Eu digo, menina, é bom você deixar, mas ela já tentou deixar e não consegue (DSC Familiar).

A indústria farmacêutica é parte do complexo médico-industrial que, após a Segunda Guerra Mundial, alcançou índices de desenvolvimento incomparáveis em toda a história. A um dos seus produtos, os medicamentos, são atribuídas propriedades mágicas, capazes de solucionar quantos problemas se apresentarem para perturbar o equilíbrio esperado no intercurso de um viver tranquilo e sem sobressaltos.

As drogas lícitas, também referidas como psicofármacos, estão incluídas no arsenal de tecnologias duras utilizadas para o tratamento dos transtornos mentais. Estima-se que 50 milhões de pessoas no mundo façam seu uso diário e que 10% dos adultos recebam pelo menos uma prescrição anual de BDZ. O uso disseminado gera problemas: uso inadequado, fora do objetivo fundamental; uso abusivo, doses além das clinicamente indicadas; e uso prolongado, quando o paciente faz uso por período superior a seis semanas, o que pode conduzir a situações de tolerância, abstinência e dependência. A tolerância é caracterizada por uma diminuição dos efeitos sobre o organismo de uma dose fixa da substância, à medida que se repete sua administração, o que leva à prescrição de doses maiores para a obtenção do mesmo efeito. Na ausência da droga ou até na diminuição da dose administrada, pode surgir a abstinência, que é a emergência de novos sintomas, como os que motivaram a prescrição. Por fim, a dependência, condição caracterizada por marcada tolerância, necessidade de escalonamento de doses e comportamento pronunciado de busca (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

A dependência de drogas lícitas é um fenômeno epidemiológico complexo. Uma das questões a serem consideradas é a aparente facilidade no acesso ao medicamento por meio das prescrições realizadas em todos os níveis de atenção, por todos os médicos. Tais prescrições podem ser adequadas em determinados casos, mas podem refletir situações de escuta e anamnese inadequadas que, somadas a alguns artifícios usados pelos pacientes, podem levar o médico a perpetuar essas prescrições, como nas queixas somáticas vagas, na supervalorização de sintomas, na recusa de prescrição de agentes farmacológicos

alternativos, na autoafirmação de que possui tolerância alta ao medicamento, nas ameaças veladas ou com bajulações e elogios. Outros artifícios usados para obter a prescrição são o roubo e as falsificações de receitas, ou ainda procurar dois ou mais médicos para conseguir armazenar quantidade razoável (LARANJEIRA; CASTRO, 2013).

O uso prolongado de BDZ é largamente encontrado nas áreas de abrangência da ESF, com repercussões sobre o paciente, em virtude dos efeitos deletérios dos medicamentos e do custo financeiro para o SUS. O consenso, na literatura, é de que existe um uso disseminado de BDZ em todo o mundo e que hoje tal situação se configura como um problema de saúde pública, que exige, por parte de gestores, profissionais e usuários, grande esforço para entender as razões de uso, detectar os modos de cuidado dispensados à clientela e praticar políticas de enfrentamento à adicção também das drogas lícitas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu a inserção no território Estratégia Saúde da Família, de tal modo que possibilitou responder ao objeto em apreensão, na medida em que direciona a compreensão das dimensões subjacentes ao uso de psicofármacos como principal tecnologia de cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde no âmbito do município de Quixadá (CE).

O encontro com os trabalhadores da saúde mostrou a convergência das inquietações trazidas pela primeira autora com as preocupações da equipe sobre os cuidados oferecidos aos usuários de BDZ e ADP, e provocou a necessidade de se produzir, posteriormente, um estudo sobre o processo de construção do SUS e a história da assistência à saúde, desde a implantação da ESF e do CAPS, que permita esboçar um paralelo entre o imaginado e o construído, possibilitando apontar alguns desafios que parecem estar, permanentemente, situados no cotidiano dos serviços de saúde.

O encontro com a população, por meio do grupo de usuários e seus familiares, com suas histórias de vida e percepções sobre o modo como são cuidados, foi revelador nos aspectos do acolhimento e da relação médico-paciente, bem como na comprovação da fragilidade da articulação da rede de serviços. Também reafirmou a imperiosa necessidade de reconhecer e respeitar os saberes adquiridos na relação com os serviços de saúde, bem como encantou pela sensibilidade e a franqueza na forma de avaliar a atenção recebida.

Deve-se deixar explícito o reconhecimento das limitações deste estudo, não apenas em razão do pouco tempo disponível para sua realização, mas também pela complexidade da temática pesquisada, que suscita a realização de tantos outros estudos complementares, como a elaboração sócio-histórica do sofrimento psíquico e da doença mental em Quixadá; a história do consumo de BDZ e ADP e sua relação com os modelos assistenciais sucessivos e uma avaliação da qualidade dos serviços oferecidos.

Malgrado o fato de que a prescrição de medicamentos ainda é o principal aparato tecnológico utilizado no seguimento dos usuários, por meio de BDZ e ADP, ao mesmo tempo, os trabalhadores sinalizam a preocupação relacionada à incorporação de tecnologias de cuidado, com vistas a atender as necessidades de saúde dos usuários.

Dentre as necessidades de saúde expressas e referidas pela população que se configuram como problema de saúde mental está o sofrimento psíquico, algo difuso, na fronteira das expressões mais claras do processo saúde/doença. Nesta pesquisa, confirma-se que as mulheres apresentam, muito mais que os homens, esta condição de vulnerabilidade, inclusive em decorrência do modo como estas são priorizadas nas políticas de saúde, com ações focadas no orgânico; destaque para o ginecológico e obstétrico, isto é, na dimensão reprodutiva, desintegrada de sua totalidade humana, da mulher como indivíduo e como pessoa.

Outro dado revelado que também contribui para a limitação dos cuidados oferecidos à população usuária de BDZ e ADP é o evidente despreparo dos trabalhadores da ESF para as condutas ante os problemas

da população e da comunidade, que, por vezes, se travestem de problemas do campo da saúde mental. Esse despreparo, atribuído pelos profissionais a uma formação acadêmica deficitária, também reflete a inexistência de um processo de educação permanente que permita a identificação das reais necessidades dos usuários com suas queixas, muitas vezes inespecíficas, mas que demandam ações dependentes de redes assistenciais articuladas, no campo da saúde e em outros campos, sociais e econômicos, por exemplo, que potencializariam as ações clínicas efetivadas.

O entendimento dos profissionais sobre saúde mental/doença mental é outro indicador no estudo e é representado pela dificuldade de inserção da clientela usuária de psicofármacos na agenda dos atendimentos, o que reflete a persistência da estigmatização dos portadores de algum padrão de transtorno mental como demanda diferenciada, não natural, na Atenção Básica.

A síntese dos resultados revela os seguintes aspectos: a formação acadêmica deficitária dos trabalhadores de saúde no tratamento das demandas de saúde mental; a prescrição de medicamentos como principal dispositivo de tratamento; a condição feminina como fator de adoecimento; a não superação do estigma que cerca a doença mental e o fácil acesso às prescrições de BDZ, incrementando a prática do uso disseminado e prolongado, como condições facilitadoras para a produção de tolerância e dependência. Constituem-se, portanto, desafios a serem reconhecidos e superados por todos os envolvidos.

Com base nesses achados, é possível apontar algumas recomendações com vistas à mudança da realidade.

• Junto à gestão municipal

- a) A reorganização dos serviços e a constituição das redes assistenciais em saúde, sob a coordenação da Atenção Primária, como medida imperativa para os cuidados efetivos e continuados à clientela.

- b) A ampliação da cobertura dos serviços, mediante a implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e a reestruturação das equipes dos CAPS geral e AD.
- c) A definição e implantação de uma política de educação permanente, de modo a possibilitar a ampliação das competências e habilidades na condução das situações do campo da saúde mental.
- d) A implementação da supervisão para as equipes da ESF, visando ao desenvolvimento das ações de saúde mental.

• Junto aos trabalhadores da saúde

- a) A incorporação de estratégias de comunicação e de articulação da Atenção Primária com os demais setores organizados, tanto institucionais quanto comunitários, para a compreensão dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, e o planejamento das ações, notadamente as relativas ao abuso de drogas lícitas e/ou ilícitas.
- b) A adoção de outros dispositivos de cuidado que privilegiem as tecnologias leves como organizadoras das outras dimensões tecnológicas usadas nos processos terapêuticos.
- c) A articulação com os dispositivos comunitários para uma efetiva promoção da saúde, inclusive elegendo o uso racional dos psicofármacos como um dos temas de educação em saúde no cotidiano da ESF.

• Junto aos usuários

- a) A participação nas instâncias do Sistema Único de Saúde como estratégia para transformar a realidade da atenção à saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 735-759.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In CAMPOS, G. W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 783-836.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 5 jan. 2013.
- _____. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 36).
- CRUZ, M. C. C. **O conceito de cuidado à saúde**. 2009. 152f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**: sinopse: Ceará – Quixadá. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=231130&idtema=1&search=ceara|quixada|censo-demografico-2010:-sinopse->>>. Acesso em: 20 maio 2014.

KERWICK, S. et al. Mental Health Care Training Priorities in General Practice. **British Journal of General Practice**, n. 47, p. 225-227, 1997.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. **Potencial de Abuso de Benzodiazepínicos**. São Paulo: Unidade de Álcool e Drogas - UNIAD da Universidade Federal de São Paulo, [2013]. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Documents/Sa%C3%BAde%20mental/Potencial%20de%20Abuso%20de%20Benzodiazepinicos%20(1).pdf>. Acesso em: 31 maio 2013.

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

LIPOVETSKY, G. **A Felicidade Paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo**. Tradução de Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

MACIEL, S. C. et al. Exclusão Social do Doente Mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 115-124, jan./jun. 2008.

MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 512 p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo de assistência e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. **Abuso e Dependência de Benzodiazepínico**. Brasília: Associação Brasileira de Psiquiatria e Conselho Federal de Medicina, 2008.

OLIVEIRA, A. V. **Pós-modernidade e Sofrimento Psíquico: análise feita a partir de depoimentos de psicólogos clínicos**. 2006. 120f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

OLIVEIRA, E. N. **Saúde Mental e Mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita**. Sobral: Edições UVA, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Organização Panamericana Da Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo – 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Brasília, 2001.

PEREIRA, A. A.; COSTA, A. N.; MEGALE, R. F. Saúde mental para médicos que atuam na estratégia saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 269-279, 2012.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da Imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, A. M. Saúde mental. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. p. 423-446.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 97-117.

SCHRAIBER, L. B.; HILLEGONDA, A. M.; NOVAES, M. D. **Tecnologias em saúde**. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html>>. Acesso: 20 jan. 2013.

TURTON, P.; TYLEE, A.; KERRY, S. Mental Health Training Needs in General Practice. **Primary Care Psychiatry**, n. 1, p. 197-199, 1995.

FARMACOTERAPIA DE GESTANTES EM UM CENTRO DE PARTO NATURAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Antônio Emmanuel Paiva de Araújo

Maria de Fátima Farias Valente

Paulo Sérgio Dourado Arrais

Marta Maria de França Fonteles

Luzia Kalyne Almeida Moreira Leal

INTRODUÇÃO

O estado gestacional pode ser caracterizado como uma condição natural não patológica. Entretanto, como toda a população, a gestante está sujeita a intercorrências de saúde que, muitas vezes, impõem o uso de medicamentos, fazendo-se necessário uma criteriosa avaliação do risco/benefício, devido às implicações sobre a higidez do feto (OSORIO-DE-CASTRO; PAUMGARTTEN; SILVER, 2004).

Após a tragédia da talidomida em 1950, no qual foram observadas malformações em recém-nascidos de mulheres que utilizaram este fármaco, começou-se a exigir estudos clínicos que garantissem a segurança dos medicamentos para uso durante o período gestacional (CERNY et al., 2003). Por limitações de ordem ética, predominam estudos pré-clínicos, com a extrapolação de dados obtidos em modelos animais para a espécie humana. Estes ensaios, porém, não mimetizam plenamente os potenciais riscos em humanos e seus resultados, em algumas circunstâncias, são cercados de incertezas (OSORIO-DE-CASTRO; PAUMGARTTEN; SILVER, 2004). Muitas destas pesquisas concentram-se em medicamentos alopáticos, pouco considerando os tratamentos provenientes da tradição popular, como a utilização de plantas medicinais e fitoterápicas (CAMPESATO, 2005). Desta forma,

as gestantes podem estar sendo expostas a medicamentos cuja segurança de uso no período gestacional não está bem estabelecida, representando risco para ela e para o feto; por outro lado, o receio do potencial teratogênico de medicamentos pode desencorajar estas mulheres a aderir a tratamentos necessários (MITCHELL; GILBOA; WERLER, 2011).

As respostas farmacológicas de medicamentos administrados durante a gravidez são muitas vezes diferentes das esperadas, devido às particularidades farmacocinéticas e farmacodinâmicas da gestante e do feto. Algumas das alterações produzidas são: retardo do esvaziamento gástrico e diminuição da motilidade intestinal, diminuição de proteínas plasmáticas, alterações do metabolismo hepático e aumento de diurese. Com isso, fazem-se necessários reajustes de doses e um maior cuidado com o intervalo entre as administrações, objetivando-se controlar a intensidade e a duração do efeito farmacológico (WANNMACHER, 2010).

Os medicamentos administrados à mãe chegam ao feto através da placenta por mecanismos diversos, como a difusão simples ou facilitada, transporte ativo, fagocitose e pinocitose. Em função da imaturidade dos sistemas de depuração e distribuição, o feto apresenta uma particular vulnerabilidade aos fármacos. Por exemplo, a barreira hematoencefálica, mais permeável, torna o cérebro mais exposto na vida intrauterina; o fígado fetal tem menor capacidade de metabolização (GIUGLIANI; SANSEVERINO; SCHÜLER-FACCINI, 2004).

Aspectos farmacodinâmicos também podem ser diferentes no feto, condicionados por receptores fetais com variados graus de afinidade por ligantes, o que também contribui para a diversidade de efeitos. As expressões clínicas destes efeitos incluem defeitos letais (abortivos) e defeitos teratológicos, morfológicos e não morfológicos (bioquímicos, fisiológicos e comportamentais), que podem ter aparecimento precoce ou tardio (WANNMACHER, 2010).

A susceptibilidade a efeitos de medicamentos varia segundo o estágio de desenvolvimento do conceito quando da exposição. Nas duas primeiras semanas após a concepção, os fármacos podem produzir um

efeito tudo ou nada, ou seja, pode haver letalidade ou nenhuma anomalia. O período de organogênese (terceira a oitava semanas de gestação) é considerado o mais crítico com relação às malformações morfológicas. Após este período, os efeitos se produzem principalmente no sistema nervoso central e sobre o crescimento fetal (SCHÜLER et al.,1998).

Para facilitar a escolha terapêutica mais adequada para as gestantes, a *United States FoodandDrugAdministration* (FDA) classifica os fármacos quanto aos efeitos na gestação em categorias A, B, C, D e X (Tabela 1) (WANNMACHER, 2010). Os fármacos das categorias A e B são os preferencialmente selecionados. Os da categoria C só devem ser usados se os benefícios suplantarem os riscos potenciais, enquanto aqueles da categoria D são prescritos em situações nas quais sejam absolutamente necessários. Por fim, os fármacos da categoria X possuem risco definido, superando qualquer benefício. Esta classificação, apesar de referência técnica e legal de valor universal, não é absolutamente precisa, visto que os critérios utilizados não abrangem todas as condições de exposição, natureza do agente, dose, via, tempo de exposição e idade gestacional em que ocorre, nem controlam fatores como exposições concomitantes, estado de saúde da gestante e história familiar.

A	Estudos controlados em mulheres não demonstraram risco para o feto no primeiro trimestre de gestação, e não há evidência de risco em trimestres posteriores. A possibilidade de dano fetal parece remota.
B	Estudos de reprodução animal não demonstraram risco fetal, mas inexistente estudo controlado em mulheres grávidas; ou estudos de reprodução animal mostraram algum efeito adverso no feto (que não seja diminuição de fertilidade), não confirmado em estudos controlados em mulheres, durante o primeiro trimestre (e não há evidência de risco em trimestres posteriores).
C	Estudos em animais demonstram efeitos adversos no feto (teratogenia, morte fetal ou outro), e não há estudos controlados em mulheres; ou estudos em mulheres e animais não estão disponíveis. Esses fármacos só devem ser administrados se o benefício justificar o risco potencial para o feto.

D	Há evidência positiva de risco fetal humano, mas os benefícios de uso em mulheres grávidas podem justificar o uso a despeito do risco (por exemplo, se o fármaco é necessário numa situação de risco de vida para uma doença grave, para a qual agentes mais seguros não podem ser usados ou não são eficazes).
X	Estudos em animais e seres humanos demonstraram anomalias fetais ou há evidência de risco fetal baseada em experiências em humanos, ou ambos, e o risco de uso do fármaco em mulheres grávidas está claramente acima do possível benefício. O fármaco é contraindicado em mulheres que estão ou podem ficar grávidas.

Quadro 1 – Classificação de risco para uso de fármacos na gestação (FDA)

Fonte: Wannmacher (2010).

Em muitas circunstâncias o uso de plantas medicinais por gestantes é feito com base na tradição, herdada de sua afiliação sociocultural, baseada muitas vezes na ideia de que “se é natural, não faz mal”, para o manejo dos sintomas próprios da gravidez, como náusea e vômito. Entretanto, o desconhecimento de seus efeitos indesejáveis pode resultar, em casos extremos, em aborto (BROUSSARD et al, 2010; GOULART; AYRES, ALVIM, 2004).

Os riscos relacionados à utilização de plantas medicinais podem advir de más condições de coleta e armazenamento destas, variações sazonais químicas, forma de processamento do material, bem como incorreta identificação da planta, visto que existem espécies bem diferenciadas, mas que recebem nomes populares iguais, e outras morfológicamente semelhantes, com composição química bastante diversa (MENGUE; MENTZ; SCHENKEL, 2001; SIMÕES et al., 1998). Quanto aos fitoterápicos, vários utilizados por gestantes, por exemplo, não há estudos comprovando a segurança de seu uso na gravidez, mesmo estudos não clínicos (CAPASSO et al., 2000; VEIGA-JUNIOR; MELO, 2008).

As preocupações com a segurança no uso de plantas medicinais e seus derivados vêm emergindo, atribuídas à necessidade do maior conhecimento da farmacologia de seus ingredientes ativos, bem como suas interações com outros produtos farmacêuticos e o

risco de contaminação por toxinas (BROUSSARD et al., 2010). Estudos têm observado que também os profissionais de saúde não são adequadamente informados da ação, eficácia e segurança dos medicamentos à base de plantas medicinais (COSTA et al., 2012; XU; LEVINE, 2008).

Uma das formas de acesso da população às plantas medicinais é o comércio popular exercido por ervanárias e raizeiros, nos quais se tem observado uma má qualidade das plantas medicinais disponibilizadas, a ausência de farmacovigilância (BRANDÃO; FREIRE; VIANNA-SOARES, 1998) e a utilização de espécies não inteiramente avaliadas do ponto de vista farmacológico e toxicológico (NUNES et al., 2003).

O governo brasileiro tem apresentado algumas iniciativas de interesse para o cumprimento de uma fitoterapia racional e de qualidade, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (BRASIL, 2006a), a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápico (BRASIL, 2006b), a RDC nº 26, a qual regulamenta o registro de fitoterápicos (BRASIL, 2014) e a Portaria 886, de 20 de abril de 2010, que institui a Farmácia Viva no âmbito do SUS, o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Estudo realizado por Campesato (2005) nas cidades de Porto Alegre (RS) e Pelotas (RS), do tipo caso-controle de base hospitalar e multicêntrico visando estimar a frequência de uso de plantas medicinais e seus derivados durante a gravidez, particularmente aquelas com potencialidades abortivas e com efeitos sobre o sistema nervoso central, comparou as frequências de uso de 443 mães de bebês portadores de defeitos congênitos maiores e 443 mães de bebês normais, em que 39,7% das mães de bebês malformados e 24,8% das mães de controle utilizaram plantas com potencialidades abortivas. Observou-se neste estudo que as mães de crianças malformadas utilizaram mais chás considerados abortivos ou suspeitos de algum tipo de risco para a gestação, o que sugere uma associação entre o uso dessas substâncias e o desfecho malformação congênita maior na população estudada.

Considerando o potencial tóxico, teratogênico e abortivo de diversas espécies vegetais e buscando assegurar qualidade, segurança e eficácia para o uso terapêutico de plantas medicinais, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, através da Resolução SES/RJ nº 1757 de 2002, contraindica o uso interno de drogas vegetais medicinais em geral durante o primeiro trimestre de gestação e lactação (RIO DE JANEIRO, 2002).

Diante do exposto, percebe-se a importância da realização de estudos que identifiquem e avaliem o uso de medicamentos e de fitoprodutos por gestantes. Isso com a perspectiva de que as informações então obtidas possam contribuir para promoção do uso racional desses produtos, quando necessário. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar a farmacoterapia utilizada por gestantes atendidas em um Centro de Parto Natural do Nordeste brasileiro – em Fortaleza(CE), incluindo o uso de plantas medicinais e fitoterápicos e possíveis interações medicamentosas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo transversal realizado com gestantes em consulta pré-natal no período de outubro de 2010 a maio de 2011.

O estudo foi realizado no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa, do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), um núcleo da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará no qual são oferecidos às mulheres da comunidade serviços de atenção pré-natal e prevenção do câncer, além de atendimento odontológico. No período de janeiro a dezembro de 2010 foram realizadas 130 aberturas de prontuários no pré-natal.

Foram incluídas no estudo todas as gestantes que estavam realizando consulta pré-natal, em primeira vez ou retorno, no período de outubro de 2010 a maio de 2011 e nos dias selecionados para a

realização da pesquisa, totalizando 80 gestantes (50,0% do atendimento realizado na unidade durante o período do estudo).

A coleta de dados foi realizada três vezes por semana, no horário de funcionamento do Centro de Parto (8 às 12h). A entrevista às gestantes ocorreu após a realização da consulta e foi orientada por questionário especialmente elaborado para este estudo. Todas as entrevistadas foram previamente informadas sobre o objetivo do presente trabalho e solicitadas a assinarem do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A confidencialidade das informações obtidas foi assegurada a todas as participantes.

As variáveis analisadas relacionaram-se aos dados demográficos (idade, local de nascimento, estado civil) e socioeconômicos das gestantes (escolaridade, renda mensal e beneficiária de programa social), histórico médico-obstétrico (número total de gestação, histórico de aborto), hábitos sociais e condições de saúde (tabagismo, prática de exercícios físicos e presença de enfermidades), uso de medicamentos no último mês (identificação do medicamento, tempo de uso, posologia, indicação, ocorrência de efeitos indesejáveis), plantas medicinais utilizadas no último mês (identificação da planta, parte usada, forma de uso, indicação, tempo de uso, procedência, recomendação e trimestre do uso) e fitoterápicos ou fitoprodutos (indicação, tempo de uso, recomendação, procedência e trimestre de uso). Ainda sobre os produtos naturais analisaram-se quais as circunstâncias de sua utilização, bem como a ocorrência de efeitos indesejáveis associados ao seu consumo.

Os medicamentos utilizados no último mês pelas gestantes foram classificados segundo os critérios propostos pela autoridade sanitária americana, o FDA (Food and Drug Administration). O livro organizado por Briggs, Freeman e Yaffe (2005) foi utilizado como fonte de referência para avaliação do risco do uso de fármacos na gravidez e lactação; já as espécies de plantas medicinais identificadas foram analisadas utilizando-se da literatura científica relacionada, incluindo Blumenthal, Goldberg e Brinckmann (2000), Viana, Leal e Vasconcelos

(2013) e Lorenzie Matos (2008) como referência para a análise da segurança no seu uso, além da Resolução nº 1757 da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2002). A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2007. Os resultados estão expressos como frequência absoluta e relativa.

O estudo foi realizado de acordo com as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012) e, antes da sua realização, este foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Ceará (Protocolo nº 187/10).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 80 gestantes, das quais 47 (58,8%) em acompanhamento pré-natal há pelo menos um mês e 33 (41,2%) em primeira consulta. As características demográficas e socioeconômicas das gestantes entrevistadas são apresentadas na Tabela 1. O perfil das entrevistadas constituiu-se, predominantemente, de mulheres jovens, na faixa etária entre 18 a 25 anos, naturais de Fortaleza-CE, com Ensino Médio completo, casadas ou em união consensual, responsáveis pelos cuidados domésticos e com renda familiar mensal de até um salário mínimo.

No que diz respeito ao período de gestação, 21,3% (n=17) estavam no primeiro trimestre de gestação, 40,0% (n=32) no segundo, 37,5% (n=30) no terceiro trimestre e 1,2% (n=1) não quiseram/souberam informar. Em relação ao histórico obstétrico, 47,5 % (n=38) das participantes eram primigestas, 30,0% (n=24) duas gestações, 18,8% (n=15) três e 3,7% (n=3) mais de três gestações. Quanto ao histórico de episódio de aborto, 22,5 % (n=18) afirmaram ter sofrido e uma gestante não respondeu (1,3%). Não houve identificação do tipo de aborto (espontâneo, induzido ou ilegal).

Tabela 1 – Frequência e porcentagem de variáveis socioeconômicas e de saúde de gestantes assistidas pelo Centro de Parto Natural do CEDEFAM – UFC (outubro/2010 - maio/2011)

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Faixa Etária		
18 a 25 anos	45	56,3
26 a 33 anos	32	40,0
Acima de 33 anos	3	3,7
Local de Nascimento		
Fortaleza (CE)	63	78,8
Interior do CE	12	15,0
Outro estado	5	6,2
Escolaridade		
Fundamental incompleto	18	22,5
Fundamental completo	14	17,5
Médio incompleto	14	17,5
Médio completo	33	41,3
Superior incompleto	1	1,2
Estado Civil		
Solteira	27	33,8
Casada/União consensual	52	65,0
Divorciada	1	1,2
Ocupação		
Do lar	48	60,0
Costureira	7	8,8
Outras	25	31,2
Renda familiar mensal		
Menor que um salário mínimo	12	15,0
Um salário mínimo	43	53,8

Variáveis	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Dois salários mínimos	18	22,5
Três salários mínimos	2	2,5
Mais de três salários mínimos	5	6,2

Fonte: autoria própria

Quanto à frequência de uso de medicamentos alopáticos pelas gestantes, 91,2% (n=73) fizeram uso de pelo menos um medicamento desde o mês anterior à entrevista. No grupo de mulheres em início de pré-natal (n=33), a frequência de uso foi de 81,8% (n=27), enquanto que no grupo em pré-natal há pelo menos um mês (n=47) foi de 97,9% (n=46).

No total foram consumidos 133 medicamentos, uma média de 1,8 medicamentos por gestante, sendo sulfato ferroso, ácido fólico e paracetamol os mais citados pelas entrevistadas (Tabela 2). Os dois primeiros como antianêmicos e o último como analgésico/antitérmico. Com relação ao risco, 85,0% (n=113) dos medicamentos utilizados foram considerados seguros na gestação, pois se encontravam nas categorias A e B da classificação de risco na gravidez da FDA, e o restante (n=20; 15,0%) nas categorias C e D.

Em sua maioria, os medicamentos foram utilizados sob prescrição (n=104; 78,2%), sendo 57,9% por enfermeiros (n= 77) e 20,3% por médicos (n=27). Entre as gestantes em primeira consulta, a frequência de uso de medicamentos sob orientação destes profissionais foi 63,0% (n=29), e no grupo de mulheres que já estavam em acompanhamento pré-natal correspondeu a 86,3% (n=75).

A ocorrência de efeitos indesejáveis aos medicamentos foi relatada por 10% (n=8) das gestantes, sendo, predominantemente, relacionados às reações gastrintestinais do sulfato ferroso, mas que não levaram a descontinuação do tratamento.

Em relação ao uso de plantas medicinais, 14 (17,5%) gestantes entrevistadas afirmaram ter feito uso. Destas, duas estavam no primeiro trimestre da gravidez, oito no segundo e quatro no terceiro.

No total, foram citadas 10 plantas medicinais (Tabela 3), sendo a cidreira (*Lippia alba* (Mill.) N. E. Brown), a hortelã-japonesa (*Mentha arvensis* L.), a erva-doce brasileira (*Foeniculum vulgare* Mill.), o boldo (*Peumus boldus* Molina), o capim-santo (*Cymbopogon citratus* Stapf.) e a laranja (*Citrus sinensis* L. Osbeck) relatadas por mais de 10% das gestantes. Dentre as citadas, seis constam na Resolução SES-RJ nº 1757 de 2002, que relaciona as espécies de plantas medicinais contraindicadas durante a gravidez. Os motivos de uso das plantas medicinais também podem ser vistos na Tabela 3.

A principal fonte de orientação de uso das plantas medicinais identificadas no presente estudo foi a família, seguido do uso por iniciativa própria. As respostas acerca do tempo de uso das plantas não foram muito precisas; quatro mulheres afirmaram utilizar as plantas frequentemente e as demais afirmaram ter utilizado apenas uma vez.

Tabela 2 – Frequência e percentual de princípios ativos utilizados pelas gestantes atendidas no Centro de Parto Natural do CEDEFAM – UFC (outubro/2010 - maio/2011)

Princípios ativos	N	%
Sulfato Ferroso	36	27,1
Ácido Fólico	34	25,6
Paracetamol	26	19,5
Ferro + associações	10	7,5
Outros	27	20,3
Total	133	100,0

Fonte: autoria própria.

Tabela 3 – Frequência de plantas medicinais utilizadas pelas gestantes atendidas no Centro de Parto Natural do CEDEFAM – UFC e os motivos de uso (outubro/2010 - maio/2011)

Plantas medicinais	Motivos de uso	N
Cidreira (<i>Lippia alba</i> (Mill.) N. E. Brown)	Relaxante, alívio de dores e insônia	5
Hortelã-japonesa (<i>Mentha arvensis</i> L.)*	Dor de garganta, dores estomacais	5
Erva-doce brasileira (<i>Foeniculum vulgare</i> Mill)*	Integrante do hábito alimentar e alívio de dores	3
Boldo (<i>Peumus boldus</i> Molina)	Alívio de dores abdominais	2
Capim-santo (<i>Cymbopogon citratus</i> Stapf.)*	Integrante do hábito alimentar	2
Laranja (<i>Citrus spp.</i>)	Alívio de dores abdominais	2
Alho (<i>Allium sativum</i> L.)*	Gripe/resfriado	1
Canela (<i>Cinnamomum zeylanicum</i> Nees.)	Integrante do hábito alimentar	1
Malva-santa (<i>Plectranthus barbatus</i> Andr.) (sin. <i>Coleus barbatus</i> Benth.)*	Azia, mal-estar gástrico	1
Mastruz (<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.)*	Não informada	1

Fonte: autoria própria.

OBS: Os valores não somam 100% por haver mais de uma resposta por entrevistada.

* Espécies contraindicadas pela Resolução SESA-RJ nº 1757 de 2002. W

A maioria das plantas 78,3% (n=18) foi adquirida em mercados ou feiras livres. As demais fontes de aquisição incluem o horto de plantas medicinais do CEDEFAM, com 8,7% (n=2), cultivo caseiro, com 4,3% (n=1), e 8,7% (n=2) das espécies não teve sua origem identificada.

A principal forma de preparo das plantas medicinais foi o chá, com 91,3% (n=21), seguido pelo suco, preparado a partir das folhas de mastruz (*Chenopodiumambrosioides*L.) ou hortelã-japonesa (*Menthaarvensis*L.), correspondendo a 8,7% (n=2).

Sete (8,7%) entrevistadas afirmaram ter utilizado fitoprodutos, indicados principalmente no tratamento de afecções das vias aéreas (Tabela 4). Estes foram adquiridos principalmente em mercados públicos, sendo recomendados por familiares das gestantes. O uso associado de medicamentos e produtos naturais foi identificado nas respostas de 13,8% (n=11) das entrevistadas. Dentre as espécies utilizadas associadas aos medicamentos relacionados na Tabela 3, além da cefalexina, albendazol e escopolamina, podemos relacionar capim-santo, cidreira, laranja, hortelã-japonesa, erva-doce brasileira e mastruz.

Tabela 4 – Frequência de fitoprodutos utilizados pelas gestantes atendidas no Centro de Parto Natural do CEDEFAM – UFC (outubro/2010 - maio/2011)

Fitoprodutos	Indicação	SIM
Fitoprodutos	Indicação	SIM
Mel de romã	Tosse, expectorante	2
Xarope de mel e limão	Tosse, dor de garganta	2
Unguento mento-canforado	Gripe	1
Óleo de hortelã	Dor de garganta	1
Formulado à base de aroeira, algodoeiro, alcachofra, alecrim, beladona, canela, cravo, baunilha (Ginesan Plus)	Limpar o útero	1

Fonte: autoria própria.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a farmacoterapia utilizada por gestantes atendidas em um Centro de Parto Natural do CEDEFAM – UFC/Fortaleza (CE), com ênfase ao uso de plantas medicinais, além de medicamentos. Foi observado que as gestantes entrevistadas do Centro de Parto eram usuárias frequentes de medicamentos e de plantas medicinais “in natura” ou sob a forma de droga vegetal, produtos derivados ou fitoterápicos.

A maioria das gestantes entrevistadas relatou o uso de pelo menos um medicamento, prescrito por enfermeiros ou médicos, pertencente principalmente às classes mais seguras de fármacos segundo o FDA (WANNMACHER, 2010). Porém, foi observada automedicação por parte das gestantes. O consumo elevado de medicamentos por parte das gestantes assistidas pelo CEDEFAM – UFC observado no presente estudo foi corroborado por vários estudos anteriores (BRUM et al., 2011; FONSECA; FONSECA; BERGSTEN-MENDES, 2002; GOMES et al., 1999; GUERRA et al., 2008; MELO et al., 2009; MENGUE et al., 2001), em que a frequência de uso de medicamentos variou entre 83,0 e 97,0%. Observando os fármacos consumidos (sulfato ferroso, ácido fólico e paracetamol) e a classificação de risco do FDA, foi observado pelos autores uma prevalência no consumo de fármacos seguros – A e B (BRIGGS; FREEMAN; YAFFE, 2005), à semelhança do presente estudo.

Segundo estimativas da WHO (2001), metade das gestantes no mundo tem anemia por deficiência de ferro, principalmente nos países em desenvolvimento. Entre as consequências da anemia no período gestacional estão prematuridade e baixo peso ao nascer (SOUZA et al., 2004). Nesse contexto, o ideal seria que a prevenção da anemia pudesse ser alcançada por meio apenas de uma boa dieta; contudo, em muitos casos, a quantidade e a qualidade da alimentação e sua biodisponibilidade não atendem às necessidades mínimas

(STEKEL, 1984). O ácido fólico, além de agir profilaticamente contra a anemia gestacional, previne os defeitos na formação do tubo neural. A suplementação periconcepcional e durante o primeiro trimestre de gravidez tem reduzido tanto o risco de ocorrência como o de recorrência para os defeitos do tubo neural em cerca de 50 a 70%. O mecanismo de ação exato do ácido fólico sobre a formação do tubo neural ainda é desconhecido (SANTOS; PEREIRA, 2007).

Do total de 133 medicamentos, a maioria foi prescrita pela enfermagem. Como no Centro de Parto Natural do CEDEFAM – UFC o serviço é realizado por enfermeiras, este resultado já era esperado. O Ministério da Saúde instituiu em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS, o qual, baseando-se na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 –, afirma que o acompanhamento pré-natal de baixo risco pode ser realizado inteiramente pela enfermeira (SPINDOLA; PENNA; PROGIANTI, 2006).

No presente estudo, 17,5% das gestantes entrevistadas afirmaram ter feito uso de plantas medicinais exclusivas ou associadas. Estudo anterior (MATOS et al., 2007) realizado pelo nosso laboratório mostrou uma frequência de uso de plantas medicinais por gestantes assistidas pelo Centro de Parto Natural bem superior, de 40%. Essa diferença pode estar relacionada a alguns fatores, entre eles, a possibilidade de viés recordatório, o receio de afirmar a prática de uma terapia popular e a diminuição dos serviços no Programa Farmácias Vivas no CEDEFAM. O uso difundido de plantas medicinais por gestantes tem sido mostrado por outros estudos (MOUSSALLY; ORAICHI; BÉRARD, 2009; SMERIGLIO; TOMAINO; TROMBETTA, 2014), nos quais, dentre as espécies relacionadas, estão camomila (*Matricaria recutita*), chá-verde (*Camelliasinensis*) e hortelã (*Mentha* spp.).

A maioria das plantas medicinais utilizadas pelas gestantes foi adquirida em mercados ou feiras livres. Esse resultado é preocupante, considerando que, no Brasil, os profissionais responsáveis pelo

comércio de plantas medicinais, os “raizeiros”, não têm formação técnica para exercer essa função. Estudo realizado por Valente (2010), que investigou o comércio de plantas medicinais nos mercados públicos de Fortaleza, mostrou que a maioria dos raizeiros desenvolve essa atividade comercial utilizando apenas conhecimento oriundo do saber popular; em particular a família e as gestantes constituíam um dos grupos de clientes desse comércio.

Aproximadamente 60% das gestantes que relataram uso de plantas medicinais encontravam-se no segundo trimestre de gestação, período no qual a diferenciação de quase todos os tecidos já se completou e o efeito nocivo dos agentes externos pode atingir principalmente o Sistema Nervoso Central (SNC) (CAMPESATO, 2005). A cidreira (*Lippia alba* (Mill.) N. E. Brown) constitui uma das espécies mais utilizadas pelas gestantes. Considerando que estudos anteriores (GURGEL et al., 1999; 2002) comprovaram ações dessa espécie em nível do SNC em roedores, o emprego de preparações caseiras com essa planta pode trazer riscos para a saúde do feto.

No presente trabalho não foi possível definir qual(is) dos três quimiotipos de cidreira foram utilizados pelas grávidas, contudo, dois quimiotipos possuem óleo essencial rico em citral (MATOS, 2004). Segundo Nogueira et al. (1995), o citral, em ratos, possui embriofetotoxicidade, sendo capaz de promover sinais de retardo do crescimento fetal e maior incidência de anormalidades esqueléticas quando administrado em doses superiores a 60 mg/kg. Ainda, este composto induziu um aumento no peso do baço do feto.

As folhas de hortelã-japonesa (*Mentha arvensis* L.) foram utilizadas pelas gestantes (CEDEFAM) para alívio de dores de garganta e males estomacais. O óleo essencial dessa espécie é rico em mentol (60 a 90%), possui atividade antimicrobiana e mostrou-se citotóxico para algumas linhagens de células (ABDULLAH et al., 2010). Além disso, Kanjanapothiet al. (1981) demonstraram que a administração

subcutânea da fração obtida a partir do extrato etanólico de *Mentha arvensis*, na dose de 10 mg/Kg, foi capaz de interromper a gravidez em aproximadamente 80% das ratas tratadas, enquanto outras apresentaram sinais de aborto.

O consumo de erva-doce brasileira, também conhecida como funcho (*Foeniculum vulgare*), foi citado como integrante do hábito alimentar das entrevistadas, devido ao seu agradável aroma. Apenas uma delas afirmou utilizá-la no alívio de dores. Segundo Matos (2004), o chá desses frutos possui propriedades carminativas, estimulantes da digestão e galactogogas, mas trata-se de uma planta contraindicada para gestantes no âmbito do estado do Rio de Janeiro por ter ação hormonal, emenagoga e abortiva (RIO DE JANEIRO, 2002).

Segundo as gestantes entrevistadas, a indicação de uso das folhas do boldo-do-Chile (*Peumus boldus*) foi para combater dores abdominais. Entretanto, estudos comprovaram outra indicação dessa espécie, em particular no tratamento de distúrbios gastrointestinais, como a dispepsia. Isso devido à presença na planta do alcaloide boldina, que possui propriedades colagoga e colerética (BRASIL, 2014; LORENZI; MATOS, 2002). Além disso, estudo realizado por Almeida, Melo e Xavier (2000) sugeriu que o consumo do boldo-do-Chile deve ser feito com moderação e cuidado, principalmente no primeiro trimestre da gravidez, devido ao potencial abortivo e teratogênico do extrato hidroalcoólico da planta e da boldina (alcaloide, princípio ativo) em ratos, que também induziram alterações em alguns parâmetros bioquímicos do sangue dos animais, como bilirrubina, colesterol, glicose, transaminase e ureia. Diante disso, destaca-se o risco ao qual as gestantes que afirmaram uso da planta se expuseram, pois consumiram o chá da planta no primeiro trimestre da gravidez.

O uso do chá das folhas de capim-santo (*Cymbopogon citratus*) foi justificado pelas entrevistadas devido ao seu agradável sabor e aroma, fazendo parte de sua alimentação. As folhas dessa espécie

contêm óleo essencial rico em citral (responsável pelo odor de limão), acompanhado de um pouco de mirceno (MATOS, 2002). Este, quando administrado na dose de 1,2 g/Kg, induziu toxicidade materna (perda de peso e óbito) e fetal (retardo no desenvolvimento e anomalias esqueléticas) (DELGADO et al., 1993). As gestantes também afirmaram fazer uso do chá das cascas de laranja sozinho ou associado (boldo-do-Chile) para alívio de dores abdominais. A casca da laranja tomada sob a forma de infusão, por via oral, tem as propriedades terapêuticas de ser calmante e tônica estomacal, útil nos casos de dores de estômago e de indigestão (MATOS, 1997).

O alho (*Allium sativum*), também utilizado pelas gestantes, possui alicina, um dos princípios ativos encontrados no bulbo, que possui atividade antiviral, antibacteriana e fungicida (MATOS, 2002). Porém, estudo realizado por Mennella, Johnson e Beauchamp (1995) mostrou que gestantes que consumiram quantidades elevadas de alho apresentaram alteração no odor do líquido amniótico, e se desconhece se as mudanças se restringem apenas no aroma ou ocorre algo mais nas propriedades do líquido amniótico.

A casca da canela (*Cinnamomum zeylanicum*) contém até 4% de óleo essencial (OE), constituído majoritariamente de aldeído cinâmico (65-78%) e eugenol (4-10%), que possui potencial antioxidante (DHULEY, 1999), antibacteriano (FRIEDMAN et al., 2004) e antifúngico (WANG; CHEN; CHANG, 2005). Contudo, embora essa espécie não conste na relação das contraindicadas para uso durante a gravidez elaborada pela SESA-RJ (2002), estudo realizado por Domaracký et al. (2007), que investigou o efeito do OE da canela sobre o crescimento e desenvolvimento de embriões de camundongos em preimplantação, mostrou que o OE não interferiu na preimplantação dos embriões, mas influenciou na organização das células embrionárias, sem provocar uma taxa de morte celular significativa. Esse resultado

foi corroborado por estudo anterior que comprovou a ação anti-proliferativa do cinamaldeído (WU; NG; LIN, 2004).

Etkin (1986), analisando o uso de plantas medicinais em populações indígenas do México e Colômbia, verificou que o chá da casca de canela era usado por mulheres com amenorreia, durante vários dias ou até o início da menstruação. Portanto, diante dos estudos realizados acerca da casca da canela, há indícios de risco do uso dessa planta durante a gravidez, embora estudos científicos sejam ainda necessários para confirmar essa hipótese.

A malva-santa (*Plectranthus barbatus*), também conhecida como boldo-nacional, foi utilizada pelas gestantes na forma de chá para alívio de azia e mal-estar gástrico. Estudos farmacológicos têm sugerido a importância desta espécie como possível agente antioxidante, anti-inflamatório, antimicrobiano, antifúngico, antiparasitário, antissecretório gástrico, antiespasmódico, antidispéptico, antitumoral e citotóxico, antiangiogênico, entre outros (LEAL et al., 2013). Contudo, alguns trabalhos (ALMEIDA et al., 2012; FARNSWORTH; BINGEL; CORDELL, 1975) relatam que o chá preparado com as folhas da malva-santa tem sido usado no Brasil para interromper a gravidez, enquanto em outros países tem sido usada como emenagoga. Almeida e Lemonica (2000), ao realizarem estudo em ratas prenhes, observaram que o tratamento com 880 mg/kg/dia do extrato de *P. barbatus* antes da implantação do embrião resultou em efeito anti-implantação, ratificando assim o uso popular da malva-santa como abortiva. Alvarenga (2006) mostrou que a administração do extrato aquoso de *P. barbatus* em concentrações crescentes (400, 800 e 1600 mg/kg/dia) do 0 ao 4º dia de gestação resultou em efeitos embriotóxicos diretos, evidenciados por alterações morfológicas antes da implantação embrionária.

Foi relatado o uso do mastruz (*Chenopodium ambrosioides*) junto com a hortelã-japonesa (*Mentha arvensis*) na forma de suco.

O mastruz é uma espécie aromática, cujo óleo essencial tem como um de seus constituintes o ascaridol, antiparasitário (MATOS, 2004). Ainda, a literatura reporta o uso de seu óleo como emenagogo e abortivo (CONWAY; SLOCUMB, 1979), ratificando a contraindicação de uso por gestantes – Rio de Janeiro (2002). O uso da hortelã-japonesa por gestantes foi relatado por outros autores (MACÍAS-PEACOCK et al., 2009), e à semelhança do mastruz, essa espécie é contraindicada para gestantes (RIO DE JANEIRO, 2002). Além disso, estudo realizado por Sharmae Jacob (2002) demonstrou o potencial contraceptivo do extrato metanólico das folhas de hortelã-japonesa em camundongos.

Quase 15,0% das gestantes afirmaram o uso de plantas medicinais associado a medicamentos indicados no presente estudo (Tabela 3), com risco, portanto, de possíveis interações medicamentosas. A literatura sobre interação de plantas e medicamentos convencionais é escassa e, em se referindo às espécies que ocorrem na flora do Nordeste, a carência de informação é mais crítica ainda. O albendazol, utilizado associado ao alho e romã, com base na literatura pode ter seu efeito ampliado por estas espécies, que também são vermífugas (MATOS, 2004). Além disso, quanto ao uso de sulfato ferroso com laranja, sabe-se que a absorção do ferro aumenta na presença do ácido ascórbico (BRUNTON; GOODMAN; GILMAN, 2012).

A principal fonte de orientação de uso das plantas medicinais identificadas no presente estudo foi a família, resultados compatíveis com o observado na literatura (GOULART; AYRES; ALVIM, 2004), os quais destacam o aspecto sociocultural e familiar no uso de plantas medicinais. Essa realidade é preocupante porque leigos, ao invés de profissionais, estão orientando gestantes a utilizarem plantas que têm potencial abortivo, teratogênico e/ou citotóxico.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos mostram a necessidade de se realizar um melhor acompanhamento das gestantes acerca do uso de medicamentos e plantas medicinais durante a gravidez. Nesse contexto, o farmacêutico poderia contribuir na atenção pré-natal desenvolvendo serviços para manutenção da saúde da gestante e do feto, criando um vínculo de confiança com as pacientes, favorecendo troca de informações e o processo de educação em saúde.

Portanto, é urgente associar os conhecimentos tradicionais aos científicos acerca das plantas medicinais e, nesse contexto, é importante que a população passe a compreender que o uso de plantas medicinais e produtos obtidos a partir destas podem apresentar um potencial terapêutico, mas também de risco a saúde, o que implica em racionalidade no uso.

REFERÊNCIAS

ABDULLAH, I. H. et al. Seasonal variation in content, chemical composition and antimicrobial and cytotoxic activities of essential oils from four *Mentha* species. **J Sci Food Agric.**, v. 90, p. 1827-1836, 2010.

ALMEIDA, E. R.; MELO, A. M.; XAVIER, H. Toxicological evaluation of hydro-alcohol extract of the dry leaves of *Permusboldus* and boldine in rats. **Phytother Res**, n. 14, p. 99-102, 2000.

ALMEIDA, F. C. G.; LEMONICA, I. P. The toxic effects of *Coleus barbatus* B. on the different periods of pregnancy in rats. **Journal of Ethnopharmacology**, v.73, p. 53-60, 2000.

ALMEIDA, F. C. et al. Uso de plantas com finalidade medicinal por pessoas vivendo com HIV/AIDS em terapia antirretroviral. **Saúde e Sociedade**, v.21, p.424-434, 2012.

ALVARENGA, C. M. D. **Avaliação dos mecanismos de ação interceptiva e/ou embriotóxica do extrato aquoso de *Plectranthus barbatus* Andr. (boldo-brasileiro) administrado a ratas prenhes no período de pré-implantação.** 2006. Tese (Doutorado em Patologia) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2006.

BLUMENTHAL, M.; GOLDBERG, A.; BRINCKMANN, J. **Herbal medicine: Expanded commission E monographs.** Newton, MA: American Botanical Council, 2000.

BRANDÃO, M. G. L.; FREIRE, N.; VIANNA-SOARES, C. D. Vigilância de fitoterápicos em Minas Gerais. Verificação da qualidade de diferentes amostras comerciais de camomila. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 613-616, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 886 de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 75, p. 75, 22 abr. 2014. Seção 1.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 26 de 13 de maio de 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 90, p. 52, 14 maio 2014.

BRIGGS, G. G.; FREEMAN, R. K.; YAFFE, S. J. **Drugs in pregnancy and lactation**. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2005.

BROUSSARD, C. S. et al. Herbal use before and during pregnancy. **Am J ObstetGynecol**, v. 202, n. 403, p. 1-6, 2010.

BRUM, L. F. S. et al. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2435-2442, 2011.

BRUNTON, L. L. **Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.

CAMPESATO, V. R. **Uso de Plantas Medicinais Durante a Gravidez e Risco para Malformações Congênitas**. 2005. Tese (Doutorado em Genética e Biologia Molecular) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CAPASSO, R. et al. Phytotherapy and quality of herbal medicines. **Fitoterapia**, n.71, S58-S65, 2000.

CERNY, T. et al. Thalidomide: from tragedy to promise. **Swiss Medical Weekly**, n. 133, p. 77-87,2003.

CONWAY, G. A.; SLOCUMB, J. C. Plants used as abortifacients and emmenagogues by Spanish New Mexicans. **Journal of Ethnopharmacology**, n. 1, p.241-261, 1979.

COSTA, K. C. S. et al. Medicinal plants with teratogenic potential: current considerations. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 427-433, sept. 2012.

DELGADO, I. F. et al. Study on embryo-foetotoxicity of β -myrcene in the rat. **Food and Chemical Toxicology**, v. 31, n. 1, p. 31-35, jan. 1993.

DHULEY, J. N. Anti-oxidant effects effects of cinnamon (Cinnamomumverum) bark and greater cardamom (Amomumsubulatum) seeds in rats fed high fat diet. **Indian J Exp Biol.**, n. 37, p. 238-42, 1999.

DOMARACKÝ, M. et al. Effects of Selected Plant Essential Oils on the Growth and Development of Mouse Preimplantation Embryos In Vivo. **Physiol. Res.**, n. 56, p. 97-104, 2007.

ETKIN, N. L. **Plants and Indigenous Medicine and Diet: Biobehavioral Approaches**. London: Routledge, 1986. 336p.

FARNSWORTH R. N.; BINGEL, A. S.; CORDELL, G. A. et al.

Potential value of plants as source of new antifertility agents.

Journal of Pharmaceutical Sciences, n. 64, p. 535-598, 1975.

FONSECA, M. R. C. C.; FONSECA, E.; BERGSTEN-MENDES, G.

Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem

farmacoepidemiológica. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 205-12, 2002.

FRIEDMAN, M. et al. Antibacterial activities of plant essential oils and their components against *Escherichia coli* O157:H7 and *Salmonella enterica* in apple juice. **J Agric Food Chem.**, n. 52, p. 6042-6048, 2004.

GIUGLIANI, C.; SANSEVERINO, M. T. V.; SCHÜLER-FACCINI, L. Uso de fármacos e outras exposições na gestação. In: DUNCAN, B. B. et al.

Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 402-422.

GOMES, K. R. O. et al. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. **Rev Saúde Pública**, n. 33, p. 246-254, 1999.

GOULART, P. F.; AYRES, A.; ALVIM, A. N. T. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 287-294, 2004.

GUERRA, G. C. B. et al. Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 1, p. 12-18, 2008.

GURGEL, T. V. et al. Behavioral effects of essential oils from *Lippia alba* (Mill.) N.E. Brown chemotypes. **J Ethnopharmacol**, v. 67, p. 127-33, 1999.

_____. Central effects of citral, myrcene and limonene, constituents of essential oil chemotypes from *Lippia alba* (Mill.) n.e. Brown.

Phytomedicine, v. 9, p. 709-14, 2002

KANJANAPOTHI, D. et al. Postcoital antifertility effect of *Mentha arvensis*.

Contraception, v.24, n. 5, p. 559–567, 1981.

LEAL, L. K. A. M. et al. *Plectranthus barbatus* Andrews (malva-santa). In: VIANA, Glauce S. B.; LEAL, Luzia Kalyne A. M.; VASCONCELOS, Silvânia M. M. (Org.). **Plantas medicinais da caatinga: atividades biológicas e potencial terapêutico**. Fortaleza: Expressão gráfica e Editora, 2013. p. 383-417.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. **Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas**. 2. ed. Nova Odessa: Instituto Plantarum de Estudos da Flora, 2008.

MACÍAS-PEACOK, B. et al. Use of medicinal plants during pregnancy.

Rev Med Inst Mex SeguroSoc.,v.47, n. 3, p. 331-334, may/jun. 2009.

MATOS, C. P. et al. Estudo sobre o uso de plantas medicinais por gestantes atendidas pela casa de parto do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM – UFC). In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE FARMACOGNOSIA, 6., 2007, Belém. **Jornal Brasileiro de Fitomedicina**, 2007. v.5.

MATOS, F. J. A. **O formulário fitoterápico do professor Dias da Rocha: informações sobre o emprego na medicina caseira, de plantas do Nordeste, especialmente no Ceará**. 2. ed. Fortaleza: Ed.UFC, 1997. 219p.

_____. **Farmácias vivas: sistema de utilização de plantas medicinais projetado para pequenas comunidades**.4.ed. Fortaleza: Ed UFC, 2002.

_____. **Constituintes químicos ativos e propriedades biológicas de plantas medicinais brasileiras**. 2. ed. Fortaleza: Ed. UFC, 2004. 445 p.

MELO, S. C. C. S. et al. Uso de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Actapaul. enferm.**, v. 22, n. 1, p. 66-70, 2009.

MENNELLA J. A.; JOHNSON, A.; BEAUCHAMP, G. K. Garlic ingestion by pregnant women alters the odor of amniotic fluid. **Chem. Senses**, n. 20, p. 207-209, 1995.

MENGUE, S. S. et al. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.5, p.415-420, 2001.

MENGUE, S. S.; MENTZ, L. A.; SCHENKEL, E. P. Uso de plantas medicinais na gravidez. **Rev. Brasileira de Farmacognosia**, n. 11, p. 21-33, 2001.

MITCHELL, A. A.; GILBOA, S. M.; WERLER, M. M. et al. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. **Am J ObstetGynecol**, v. 205, n. 51, p. 1-8, 2011.

MOUSSALLY, K.; ORAICHI, D.; BÉRARD, A. Herbal products use during pregnancy: prevalence and predictors. **Pharmacoepidemiol Drug Saf.**, v. 18, n. 6, p. 454-461, 2009.

NOGUEIRA, A. C. M. A. et al. Study on the embryofeto-toxicity of citral in the rat. **Toxicology**, n. 96, p. 105-113, 1995.

NUNES, G. P. et al. Plantas medicinais comercializadas por raizeiros no Centro de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 13, n. 2, p. 83-92, 2003.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PAUMGARTEN, F. J. R.; SILVER, L. D. O uso de medicamentos na gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 987-996, 2004.

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução Secretaria Estadual de Saúde nº 1757 de 18 de fevereiro de 2002. Contra-indica o uso de plantas medicinais no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, ano XXVII, n 33, 2002. Parte I.

SANTOS, L. M. P.; PEREIRA, M. Z. Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, jan. 2007.

SCHÜLER, L. et al. Fármacos na gestação. In: FUNCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 678p.

SHARMA, N.; JACOB, D. Assessment of reversible contraceptive efficacy of metanol extract of *Mentha arvensis* leaves in male albino mice. **J. Ethnopharmacol**, n. 80, p. 9-13, 2002.

SIMÕES, C. M. O. et al. **Plantas da medicina popular do Rio Grande do Sul**. 5. ed. Porto Alegre: Ed Universidade/UFRGS, 1998. 174 p.

SMERIGLIO, A.; TOMAINO, A.; TROMBETTA, D. Herbal Products in Pregnancy: Experimental Studies and Clinical Reports. **Phytother. Res.**, n. 28, p. 1107-1116, 2014.

SOUZA, A. I. de et al. Efetividade de três esquemas com sulfato ferroso para tratamento de anemia em gestantes. **Rev Panam Salud Publica**, v.15, n. 5, p. 313-319, 2004.

SPINDOLA, T.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 3, p. 381-388, 2006.

STEKEL, A. C. Prevention of iron deficiency. In: STEKEL, A. (Ed.). **Iron Nutrition in Infancy and Childhood**. New York: RavenPress, 1984. p. 179-194. Nestlé Nutrition Workshop Series.

VALENTE, M. F. F. **Etnofarmacologia de plantas medicinais:** conhecimento popular dos raizeiros situados nos Mercados Públicos de Fortaleza, CE. 2010. Monografia (Especialização em Saúde da Família: um enfoque na cultura local) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

VEIGA-JUNIOR, V. F.; MELLO, J. C. P. As monografias sobre plantas medicinais. **Rev Bras Farmacognosia**, n. 18, p. 464-471, 2008.

VIANA, G.; LEAL, L. K.; VASCONCELOS, S. **Plantas medicinais da Caatinga:** atividades biológicas e potencial terapêutico. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2013.

WANG, S. Y.; CHEN, P. F.; CHANG, S. T.; Antifungal activities of essential oils and their constituents from indigenous cinnamon (*Cinnamomum osmophloeum*) leaves against wood decay fungi. **Bioresour Technol.**, n. 96, p. 813-818, 2005.

WANNMACHER, L. Fármacos em gestação e lactação. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia clínica:** fundamentos da terapêutica racional. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 1146-1159.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, **Iron deficiency anaemia:** assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001.

WU, S. J.; NG, L. T.; LIN, C. C. Effects of vitamin E on the cinnamaldehyde-induced apoptotic mechanism in human PLC/PRF/5 cells. **Clin Exp Pharmacol Physiol.**, n. 31, p. 770, 2004.

XU, S.; LEVINE, M. Medical residents' and students' attitudes towards herbal medicines: a pilot study. **Can. J. Clin. Pharmacol.**, v.15, n.1, p.1-4, 2

AUTOAVALIAÇÃO EM SAÚDE: A NOVA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO PARA ATENÇÃO BÁSICA

Evaldo Eufrásio Vasconcelos

Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Maria Socorro de Araújo Dias

José Maria Ximenes Guimarães

INTRODUÇÃO

No final dos anos 1980, inicia-se, no Brasil e na América Latina, a terceira geração das reformas do setor saúde, conhecido como processo de Reforma Sanitária. No cenário brasileiro, o movimento de reestruturação do modelo de atenção à saúde foi impulsionado pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, após experiência bem-sucedida do Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará (SILVA; CALDEIRA, 2010).

No ano de 1998 ocorreu a ampliação/implementação do PSF, o qual passou a constituir uma estratégia para a reorganização do sistema de saúde brasileiro, tomando a Atenção Primária como porta de entrada preferencial para o usuário do SUS.

Verifica-se que a ESF avançou em cobertura nos municípios brasileiros, no entanto esta expansão nem sempre correspondeu à mudança no modelo de atenção (GIOVANELLA et al., 2009).

Desse modo, ao se considerar que a ESF se expande, inclusive nos grandes centros urbanos, possibilitando a reafirmação dos princípios do SUS mediante seu acelerado crescimento, emerge a necessidade do desenvolvimento e implementação de processos avaliativos que forneçam aos gestores e profissionais informações sobre a qualidade da atenção, as quais possam subsidiar a tomada de decisões com vistas

Autoavaliação em saúde:

a nova proposta de avaliação para atenção básica

à adoção de medidas voltadas para a melhoria da qualidade do atendimento prestado à população (SILVA; CALDEIRA, 2011).

Assim, percebe-se a necessidade do uso de mecanismos de avaliação, que pode ser considerada como um componente das práticas presentes em diversos campos do espaço social. O significado da avaliação em programas sociais se relaciona à determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou do produto (HARTZ; SILVA, 2005).

Reconhecendo a existência de tal necessidade, o Ministério da Saúde (MS) empreende esforços com vistas a qualificar a atenção e a gestão em saúde no SUS. A avaliação dos serviços de saúde é um desafio para muitos gestores, na busca de estratégias que subsidiem a tomada de decisão com vistas à efetividade do direito à saúde. Especificamente no âmbito da atenção básica, o MS implementa estratégias de avaliação, as quais estão centradas fundamentalmente no acesso e qualidade da qualidade da atenção.

Em 2011, foi instituído pela Portaria de nº 1.654 GM/MS, do dia 19 de junho de 2011, o produto de uma importante negociação e pactuação das três esferas da gestão do SUS, que contou com vários momentos, nos quais MS e gestores municipais e estaduais foram representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), desenhando-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Teve como objetivo principal induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB. Para tentar alcançar os objetivos propostos, o PMAQ busca promover profunda mudança no financiamento da Atenção Básica, vinculando parte importante dos recursos à implantação de padrões que indicam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e o investimento no desenvolvimento dos trabalhadores (BRASIL, 2011a).

A operacionalização do PMAQ está organizada em quatro fases, que se complementam e se conformam num ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, a saber: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A primeira fase do PMAQ consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o MS, numa reunião que envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. O desenvolvimento faz parte da segunda fase do PMAQ, e consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de AB, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover melhoria do acesso e da qualidade da AB. Esta fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional. A terceira fase do PMAQ refere-se à avaliação externa, no âmbito da qual se realiza um conjunto de ações para analisar a situação de como se encontram o acesso e a qualidade das equipes de Atenção Básica que participam do programa. A quarta fase ocorre após a certificação da AB. Será baseada no desempenho de cada equipe durante a avaliação, visando a uma nova contratualização de indicadores e compromissos, na qual se concretiza o ciclo de avaliação da qualidade previsto pelo programa. Para tal certificação, é considerado o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores (BRASIL, 2011a, 2012b).

Para fins deste estudo, toma-se como objeto a etapa da Autoavaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), mediada por um instrumento autoavaliativo respondido por profissionais e gestores de saúde. Concomitantemente as equipes elaboram um plano de ação, em que são priorizados problemas e estabelecidas estratégias de intervenção para a superação dos problemas identificados.

A autoavaliação estimula o coletivo a submeter seu processo de trabalho à análise e a pensar modos de mudá-lo para superar

problemas e alcançar objetivos pactuados por este mesmo coletivo. Trata-se de uma providência que pretende orientar permanentemente a tomada de decisões, constituindo-se como ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2012b).

Quando um coletivo se permite vivenciar uma avaliação, quando deflagra uma autoavaliação, o resultado se traduz em uma transformação e esta, por sua vez, potencializa o alcance dos resultados esperados, ou seja, a qualificação da gestão e da atenção à saúde.

O objetivo dessa estratégia é também possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, bem como analisar a evolução dos resultados autoavaliativos.

Portanto, a operacionalização desta pesquisa parte das seguintes questões: como ocorreu a autoavaliação do acesso e qualidade da AB nos municípios circunscritos à 12ª Região de Saúde? Quais os agentes envolvidos? Os agentes seguiram os passos sugeridos no roteiro orientador para a autoavaliação do PMAQ? A autoavaliação possibilitou a reorganização e qualificação do trabalho? Quais os principais problemas que dificultam o acesso e a qualidade dos serviços na estratégia Saúde da Família?

Situando este experimento no âmbito da avaliação de serviços de saúde, acredita-se que ele tem o potencial de contribuir para a reflexão crítica acerca do trabalho, do modelo de atenção e da gestão na AB, além de fornecer subsídios para a tomada de decisão, por parte dos trabalhadores e gestores, podendo, assim, evidenciar de maneira objetiva as potencialidades e limitações da AB, conduzindo, pois, as mudanças necessárias para a melhoria do trabalho em equipe e a favor dos usuários.

A pesquisa apresentada neste artigo faz parte de um estudo maior, produto da dissertação de mestrado de um dos autores, cujo objetivo principal foi analisar o acesso e a qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios integrantes da 12ª Região de Saúde do Ceará que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com suporte na autoavaliação, em que se buscou identificar as dificuldades que comprometem o acesso

e a qualidade da ESF, desde a autoavaliação dos profissionais e gestores da Atenção Básica na 12ª Região de Saúde no 1º e 2º ciclos do PMAQ, e estratificar as equipes de ESF em relação ao acesso e à qualidade para cada dimensão e subdimensões do instrumento da AMAQ.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este é um estudo exploratório, descritivo e documental com abordagem quali-quantitativa.

Foi realizado no âmbito da 12ª Região de Saúde, criada em 2001, com sede em Acaraú, localizada na região do litoral oeste do Ceará, constituída pelos municípios de Acaraú, Bela Cruz, Cruz, Itarema, Jijoca de Jericoacoara, Marco e Morrinhos.

Desenvolveu-se no período de agosto 2012 a abril de 2014.

A análise documental ocorreu com base nos instrumentos das autoavaliações realizadas pelos municípios que aderiram ao PMAQ, ou seja, a AMAQ do gestor, coordenador e das equipes participantes do programa. Assim, foram recolhidos um instrumento AMAQ da Gestão Municipal, um instrumento AMAQ da Gestão da Atenção Básica para cada ciclo em cada município e os instrumentos AMAQ, Unidade Básica de Saúde e Perfil, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde de todas as equipes que tenham obrigatoriamente participado, tanto primeiro como do segundo ciclos do programa, e que foram recolhidas no momento da coleta de dados, a saber: Acaraú – 9, Bela Cruz – 5, Cruz – 3, Jijoca de Jericoacoara – 4, Marco – 5, Morrinhos – 1, totalizando 27 AMAQ.

Na coleta de dados uma dificuldade encontrada e que vai refletir dos resultados da pesquisa foi o não recebimento de algumas AMAQ. Não foi possível coletar as AMAQ da gestão dos municípios de Cruz e Morrinhos referentes ao primeiro ciclo, mesmo após várias tentativas com a atual Coordenação. Além disso, do município de Itarema

Autoavaliação em saúde:
a nova proposta de avaliação para atenção básica

nenhum instrumento AMAQ foi coletado, mesmo com vários contatos com a coordenadora responsável pela Atenção Básica do município.

Os dados foram analisados com base nos métodos da Estatística simples descritiva, considerando-se as frequências e os somatórios dos padrões para cada uma das subdimensões e classificação final das dimensões segundo a proposta da AMAQ para o primeiro e segundo ciclos, permitindo, assim, uma comparação entre ambos.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP/UEVA em 13 de novembro de 2013, conforme Parecer de n.º 456.984, de 13/11/2013.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

AMAQ – a ferramenta de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica

Garantir o acesso e a qualidade na Atenção Básica é uma prioridade do MS, que, para isso, desenvolve ações de monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, como ocorre com o PMAQ e sua ferramenta AMAQ, que não se mostram como ideia punitiva como fazem a maioria das avaliações; ao contrário, se inserem no desenvolvimento do novo programa na fase inicial, dando liberdade a gestores e equipes vivenciarem momentos autoavaliativos, sem sofrerem nenhum tipo de punição (BRASIL, 2012b). A AMAQ permite que se identifiquem e se reconheçam todos os padrões positivos ou problemáticos no trabalho da gestão e das equipes que estejam comprometendo o acesso e a qualidade desses serviços.

A autoavaliação, objeto deste estudo, é o ponto de partida nesse processo, sendo entendida como um dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e coletivos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo

de trabalho. Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los, e na AB devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. Sua dinâmica pedagógica torna-se efetiva no momento em que permite aos gestores, coordenadores e profissionais das equipes identificarem os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliar as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas (BRASIL, 2012a).

Com efeito, considera-se que as informações existentes na autoavaliação revelem fragilidades no acesso e na qualidade da AB, elencadas pelos profissionais e gestores, subsidiando a elaboração de um diagnóstico, como também permitam a identificação e o reconhecimento de problemas e necessidades, sinalizando para a realização de intervenções no sentido de superá-las.

O desenho da AMAQ expressa duas unidades de análise, a da gestão e a da equipe de Atenção Básica. Para fins deste capítulo de livro, iremos nos deter a apresentar e analisar a unidade da gestão composta pela Dimensão Gestão Municipal e Gestão da Atenção Básica.

Dimensão Gestão Municipal

A primeira dimensão da AMAQ, a da Gestão Municipal, está inserida na unidade de análise Gestão e se destina aos secretários ou grupos de sujeitos implicados na gestão, permitindo avançarem na autoanálise e na autogestão ante a Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

A seguir, os resultados das autoavaliações realizadas pelos gestores, classificando, para cada município, a dimensão Gestão Municipal e as suas subdimensões, que são: A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município, trazendo nove padrões para avaliação

Autoavaliação em saúde:
a nova proposta de avaliação para atenção básica

da qualidade; B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, com três padrões; C - Gestão do Trabalho, com quatro padrões; e D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário, avaliando quatro padrões de qualidade, como exposto na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das subdimensões da dimensão Gestão Municipal, do 1º e 2º ciclos do PMAQ, dos municípios da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral (CE), 2014

Subdimensão	Acaraú		Bela Cruz		Cruz		Itarema		Jijoca		Marco		Morri-nhos	
	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
2º Implantação e Implementação da AB – 9														
1º Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – 3														
4º Gestão do Trabalho – 4														
3º Participação, Controle Social e Satisfação dos Usuários – 4														
Resultado da dimensão	1º	2º					2º	1º						

Muito Satisfatório
 Satisfatório
 Regular
 Insatisfatório
 Muito Insatisfatório
 Sem Informação

Fonte: autoria própria

Analisando a classificação do resultado da dimensão Gestão da Atenção Básica, percebe-se que os municípios informados da região de Saúde apresentaram resultado melhor na autoavaliação do 2º ciclo, tendo conseguido mudar de uma categoria inferior para outra categoria imediatamente superior; que um município não apresentou mudança na classificação do primeiro para o segundo ciclo; e dois municípios, dos quais não se pode fazer comparação, pois não se tem informação do 1º ciclo, mantiveram-se numa classificação satisfatória para o ciclo avaliado.

O resultado da dimensão revela ainda que, entre os municípios da região de saúde estudada, os melhores desempenhos foram de Acaraú e Marco, com base na pontuação alcançada, seguidos de Bela Cruz e Jijoca de Jericoacoara. Cruz e Morrinhos foram satisfatórios no ciclo possível de avaliação.

Quando se estratificam as subdimensões dessa dimensão, nota-se um excelente resultado para a subdimensão Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, com aproveitamento muito satisfatório praticamente em todos os municípios, seguida das subdimensões Implantação e Implementação da Atenção Básica no município, Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário, e, por fim, aparece a subdimensão Gestão do Trabalho, que recebeu em todos os municípios a pior avaliação.

A observação das subdimensões expressas na Tabela 1 revela que quase todos os municípios indicam melhora no desempenho avaliativo, quando comparados os resultados do 1º com o 2º ciclo. Disso pode-se inferir o progresso, quando se institui uma prática avaliativa, bem como mudanças que geralmente acontecem após se vivenciar uma avaliação. Destaque para o município de Acaraú, que apontou resultado insatisfatório no 1º ciclo e muito satisfatório no 2º ciclo para a subdimensão Gestão do Trabalho, e para Jijoca de Jericoacoara, com resultado semelhante para a subdimensão

Participação, Controle Social e Satisfação dos Usuários. O contrário também foi evidenciado, nesse caso, pelo município de Bela Cruz, quando registrou uma avaliação muito satisfatória no 1º ciclo, seguida de uma avaliação satisfatória para três das quatro dimensões avaliadas para 2º ciclo.

A Tabela 1 mostra, ainda, que a subdimensão que expressiu o pior desempenho foi a da Gestão do Trabalho, em que se concentraram as menores notas atribuídas aos padrões de qualidade ali expressos. Esta subdimensão trata de equacionar questões relacionadas à força de trabalho, assegurando a qualidade dos serviços prestados aos usuários, com vistas à qualificação do vínculo de trabalho na Atenção Básica; a implantação/implementação de programa de incentivo de remuneração às equipes, seja por desempenho, cumprimento de metas ou resultados alcançados; a institucionalização de plano de carreiras, cargos e salários e a oferta de atenção integral à saúde do trabalhador (BRASIL, 2012a).

Para identificar os problemas que comprometem o acesso e qualidade dos serviços de saúde com base na autoavaliação, mostramos os padrões negativos avaliados pela dimensão Gestão Municipal, que na realidade da autoavaliação dos secretários municipais de saúde da região se concentraram na subdimensão Gestão do Trabalho e na subdimensão Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

A Tabela 2 contém os padrões expressos de forma negativa na avaliação dos secretários, ou seja, julgados com notas baixas, e que levaram ao final do somatório de seus padrões a uma classificação muito insatisfatória ou insatisfatória.

Tabela 2 – Padrões avaliados negativamente na subdimensões Gestão do trabalho, AMAQ, 12^a Região de Saúde de Acaraú, Sobral (CE), 2014

	Padrão	Acaraú	Bela Cruz	Cruz	Jijoca	Marco	Morrinhos
Gestão Trabalho	1. Incentivo financeiro para equipe AB	X	X		X	X	X
	2. PCCS	X	X	X	X	X	X
	3. Garantia Integral Saúde do Trabalhador	X			X		
Controle Social	4. Pesquisa de satisfação dos usuários	X	X	X			
	5. Canais de comunicação para usuários				X	X	
	TOTAL	4	3	2	4	3	2

Fonte: autoria própria.

O padrão que questiona se a gestão municipal de saúde possui programa de incentivo financeiro para as equipes de Atenção Básica que denotam desempenho compatível com metas e resultados esperados foi julgado com notas baixas por cinco dos seis municípios avaliados (Tabela 2). Isso mostra fragilidade e atraso entre os gestores, pois, como exprimem Moraes e Igute (2013), o Brasil já regulamenta os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento de gratificações de desempenho já previsto em diversas legislações, e é dessa forma que o PMAQ está articulado e tem sustentação nesse novo desenho da governança do financiamento do SUS, em que o MS exprime que poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

A Tabela 2 mostra ainda que o padrão que solicita da gestão municipal a garantia aos trabalhadores da Atenção Básica do plano de cargos, carreiras e salários inexistente na realidade dessa região de saúde.

Um avanço ainda não garantido aos trabalhadores da AB da região de saúde, pois em 2004 o MS já tinha criado a Comissão Especial para Elaboração das Diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS) e era constituída de representantes de todos os que compõem a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, um fórum para discussão e pactuação entre gestores das três esferas de governo, prestadores de serviços e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2006a).

O SUS representa ainda o grande empregador dos trabalhadores de saúde e estudos atuais mostram a inexistência, inadequação e/ou desatualização dos planos de carreiras na maioria das secretarias estaduais e municipais de saúde (LACAZ et al., 2010).

Na Tabela 2 ainda se mostram como padrões de qualidade que pesaram negativamente na avaliação da subdimensão: a não garantia da saúde do trabalhador da atenção básica de forma integral, o desenvolvimento de pesquisa para se conhecer a satisfação dos usuários e a falta de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem suas necessidades e expectativas, isso de forma bem representativa para a maioria dos municípios.

Finalizando essa dimensão, é importante salientar que os sujeitos aqui implicados detêm grandes responsabilidades na condução de todo o trabalho a ser desenvolvido no âmbito da AB. A posição que ocupa o secretário municipal de saúde lhe confere responsabilidades legais assumidas perante esse ente signatário. Embora os coordenadores da AB também sejam gestores, é preciso deixar claro que cabe aos gestores, representados pelos secretários municipais de saúde, a responsabilidade por parte das condições e oportunidades que permitem a equipe realizar seu trabalho.

Dimensão Gestão da Atenção Básica

A segunda dimensão, Gestão da Atenção Básica da AMAQ, é destinada para realizar a autoavaliação dos coordenadores da Atenção Básica e busca avaliar o apoio institucional junto a coletivos, a educação permanente como necessidade de transformação constante dos serviços e o monitoramento e avaliação para melhoria dos serviços implantados (BRASIL, 2012a).

A dimensão está organizada em três subdimensões: o Apoio Institucional, avaliado por três padrões de qualidade; a Educação Permanente, por seis padrões, e a Gestão do Monitoramento e Avaliação, por cinco padrões.

Tabela 3 – Distribuição das subdimensões da dimensão Gestão da Atenção Básica, do 1º e 2º ciclos do PMAQ, dos municípios da 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral (CE), 2014

Subdimensão	Acaraú		Bela Cruz		Cruz		Itarema		Jijoca		Marco		Morrinhos	
	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
2º Apoio Institucional – 3														
3º Educação Permanente – 6														

Autoavaliação em saúde:
a nova proposta de avaliação para atenção básica

Subdimensão	Acarauá		Bela Cruz		Cruz		Itarema		Jijoca		Marco		Morri-nhos	
	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
1º Gestão do Monitoramento e Avaliação - 5														
Resultado da dimensão	1º		2º						2º		1º			

	Muito satisfatório		Satisfatório		Regular
	Insatisfatório		Muito Insatisfatório		Sem Informação

Fonte: autoria própria

O resultado da dimensão Gestão da Atenção Básica revela que os seis municípios que informaram seus dados realizaram um movimento ascendente em relação à autoavaliação, quando se observa o resultado do 1º e do 2º ciclos avaliativos (Tabela 3). Em relação a isso, pode-se inferir que o desenho em ciclos do programa favorece melhorias, à medida que os resultados vão aparecendo com melhores índices de satisfação. Os municípios de Acaraú e Marco apontaram as melhores avaliações, seguido de Jijoca de Jericoacoara e Bela Cruz. Em dois municípios, avaliados apenas por um ciclo informado, percebe-se que nesta dimensão obtiveram bons resultado.

A Tabela 3 mostra ainda que a subdimensão Gestão do Monitoramento e Avaliação denotou no conjunto dos municípios avaliados o melhor desempenho, seguida da subdimensão Apoio Institucional, mas também revelou a subdimensão Educação Permanente como a mais fragilizada na percepção dos coordenadores da AB.

Quando se comparam as subdimensões por ciclos, percebemos um movimento constante de melhora para mais do 1º para o 2º ciclo em quase todos os municípios avaliados. Alguns mantiveram, entretanto, a mesma classificação para os dois ciclos, mas, neste caso, já se encontravam na classificação muito satisfatória (Tabela 3).

No julgamento feito ao conjunto dos padrões dessa dimensão, verifica-se que em todas as subdimensões aparecem padrões avaliados com notas baixas, mas destaca-se a subdimensão Educação Permanente, que obteve nota baixa para quatro dos seis padrões (Tabela 4).

Tabela 4 – Padrões avaliados negativamente na dimensão Gestão da Atenção Básica, AMAQ, 12ª Região de Saúde de Acaraú, Sobral (CE), 2014

	Padrão	Acaraú	Bela Cruz	Cruz	Jijoca	Marco	Morrinhos
Ap. Institucional	1. O apoio Institucional é organizado para os desafios e qualificação da AB	X					
	2. A educação permanente reflete a necessidade da AB		X		X		X
Ed. Permanente	3. A gestão da AB utiliza o apoio matricial		X		X		X
	4. A gestão da AB estimula a troca de experiências				X		
	5. A gestão da AB viabiliza cursos de atualização aos profissionais		X		X		
	6. A gestão da AB adota instrumentos de monitoramento		X				
Gestão Monitoramento	7. A Gestão da AB institui processos avaliativos como ferramenta de gestão		X				X
	Total	1	5	-	4	-	3

Fonte: autoria própria.

Na Tabela 4, os itens descritos como 2, 3, 4 e 5 são todos padrões da subdimensão Educação Permanente, o que leva a se refletir sobre a fragilidade da política de educação permanente já instituída no âmbito do SUS.

No setor da saúde, educação permanente é um conceito pedagógico utilizado para expressar as relações entre ensino e ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde, mas também pode designar as relações entre a formação e a gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007). A Educação em Saúde é uma das responsabilidades sanitárias compartilhadas entre os três níveis gestores do SUS, definidas no Pacto da Gestão (BRASIL, 2006b). Dessa forma, pode-se notar que, na realidade dos municípios da região de saúde avaliada, essa política ainda representa um ponto fraco, mesmo sabendo que muitas ações são desenvolvidas com objetivos de fortalecer a política de educação permanente na realidade do SUS. Cabe aqui uma investigação, levando em consideração a realidade regional, mas também um aprofundamento da capacidade da gestão.

É possível também observar, pela Tabela 4, que os municípios de Bela Cruz, Jijoca e Morrinhos demonstraram muita deficiência para trabalhar as ações da política de educação permanente com a interface do SUS na sua realidade local, pois todos eles atribuíram notas insatisfatórias aos padrões que expressavam a qualidade na educação permanente. Chama atenção ainda o fato de os municípios de Acaraú (apenas 1 padrão negativo), Cruz e Marco não referirem padrões negativos em suas autoavaliações para as três subdimensões avaliadas, contrastando com os demais municípios, que denotaram muita deficiência para a subdimensão Educação Permanente, sendo que, na realidade regional, não se logra visualizar essa grande diferença.

Conclui-se que, na visão dos coordenadores da atenção básica de alguns municípios, a política de educação permanente necessita ser trabalhada de forma bem mais eficaz, de modo a responder as necessidades de uma formação continuada, fortalecendo, assim, a ação dos agentes envolvidos na atenção básica de nossos municípios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral analisar o acesso e a qualidade da Estratégia Saúde da Família nos municípios integrantes da 12ª Região de Saúde do Ceará, que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, com suporte na autoavaliação. A pesquisa buscou identificar os problemas que comprometem o acesso e a qualidade da ESF, com a autoavaliação dos gestores da Atenção Básica, e conhecer a classificação das dimensões e subdimensões do instrumento AMAQ das ESF da 12ª Região de Saúde do Ceará no 1º e 2º ciclos do PMAQ.

A pesquisa atingiu seus objetivos, quando, em sua operacionalização, respondeu às indagações iniciais que faziam parte das dúvidas que se tinha como pesquisador. Norteou-se, portanto, o conjunto de questões expressas inicialmente e conseguiu-se responder que a autoavaliação possibilitou a reorganização e qualificação do trabalho e conseguiu identificar quais os principais problemas que dificultam o acesso e a qualidade dos serviços na ESF na visão dos gestores da Atenção Básica.

A primeira dimensão da AMAQ, Gestão da Atenção Básica, revelou um melhor desempenho para o segundo ciclo da autoavaliação ante a avaliação feita pelos secretários municipais de saúde. Quando foram estratificadas as subdimensões dessa dimensão o melhor resultado foi para a subdimensão Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, com aproveitamento muito satisfatório, praticamente em todos os municípios, seguida das subdimensões Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município, Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário, e a avaliação mais negativa foi da Gestão do Trabalho em todos os municípios. A pesquisa revelou os padrões expressos de forma negativa na avaliação dos secretários para esta dimensão, ou seja, julgados com notas baixas, e que levaram ao final do somatório de seus padrões a uma classificação muito insatisfatória ou insatisfatória. Os padrões encontrados foram: incentivo financeiro

Autoavaliação em saúde:

a nova proposta de avaliação para atenção básica

para equipe AB, PCCS, garantia íntegra à saúde do trabalhador, pesquisa de satisfação dos usuários e canais de comunicação para usuários.

Pela segunda dimensão, Gestão da Atenção Básica do AMAQ, destinada a realizar a autoavaliação dos coordenadores da atenção básica, avaliando o apoio institucional junto a coletivos, a educação permanente como necessidade de transformação constante dos serviços e o monitoramento e avaliação para melhoria dos serviços implantados, pode-se concluir com a pesquisa que, nos municípios avaliados, aconteceu um movimento ascendente quando se compara o resultado do 1º e do 2º ciclos avaliativos. Em relação às subdimensões, aparece em primeiro lugar a subdimensão Gestão do Monitoramento e Avaliação, seguida da subdimensão Apoio Institucional, mas também se revelou a subdimensão Educação Permanente como a mais fragilizada na percepção dos coordenadores da AB, concentrando nela quatro padrões negativos de seis existentes para tal subdimensão.

Pode-se dizer que a análise realizada mostrou que a autoavaliação se tornou um instrumento de grande valia para a melhoria da qualidade das ações das equipes, ao permitir que elas façam um diagnóstico dos seus pontos negativos e positivos. Cada gestor e cada equipe podem, com a identificação desses padrões, avaliá-los e traçar estratégias de garantia do acesso e da qualidade dos serviços e tomar medidas para melhorá-los.

Por fim, espera-se possibilitar uma contribuição para gestores da AB, promovendo uma reflexão acerca do planejamento, da gestão e da qualificação da assistência para garantia do acesso e da qualidade da atenção frente a esse novo programa que busca, com a instituição da cultura avaliativa, promover uma assistência de qualidade na atenção básica.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006a.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 39, p. 43-51, 23 fev. 2006b. Seção 1.

_____. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 162, 22 ago. 2007. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável-PAB Variável. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jul. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, 2012b.

Autoavaliação em saúde:
a nova proposta de avaliação para atenção básica

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2014.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos a práticas na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LACAZ, F. A. de C. et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 253-263, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/05.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como de forma peculiar prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a05v37n98.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2016.

_____. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e a qualificação profissional. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, n. 1, p. 95-108, mar./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a07.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2015.

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL, CEARÁ

Francisco Meykel Amancio Gomes

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira

INTRODUÇÃO

Muito se construiu e continua sendo feito até a atualidade para a organização e estruturação de um sistema de saúde no Brasil. Os primeiros movimentos começaram a ser percebidos por volta da década de 1970, quando foram produzidas várias teses, em ambientes acadêmicos, que se contrapunham ao modelo assistencial hegemônico médico-privatista e que, no processo de redemocratização do país, serviram como base para o movimento de Reforma Sanitária Brasileira.

Nesse contexto, Vasconcelos e Pasche (2012) afirmam que o produto das discussões ocorridas no período da Reforma Sanitária Brasileira, um processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema, serviços e práticas de saúde, foi o Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS, na busca da garantia do acesso da população aos serviços de saúde e na tentativa de mudar o sistema vigente centrado na atenção hospitalar, tendo como foco a doença e a cura, estrutura a Atenção Primária à Saúde (APS), a qual Starfield (2002) descreve como sendo o nível do sistema de saúde que é responsável pela entrada nesse sistema para todas as novas necessidades e problemas. Fornece atenção para a pessoa no decorrer do tempo; atenção essa que não se configura somente por ações curativas, mas para todas as condições, exceto aquelas que são muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

No Brasil, a designação de Atenção Básica (AB) foi adotada em vez de APS com o objetivo de contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, que entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global (BRASIL, 2007).

Na busca de qualificar e consolidar a AB como política prioritária, aliando a evolução do SUS com as experiências pontuais de modelos inovadores de atenção à saúde e o perfil epidemiológico brasileiro e, ainda, como estratégia de consolidação dos princípios desse sistema, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012).

A Equipe de Saúde da Família atua em um território definido, estabelecendo vínculos de responsabilidade e confiança entre os profissionais de saúde e as famílias, permitindo também uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções a partir de problemas e demandas identificadas (BRASIL, 2005). Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

Ainda na perspectiva de qualificar as ações da AB como política prioritária, também para atenção à saúde da criança, as normas para o seu acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foram gradativamente incorporadas às atividades da ESF, potencializando, assim, os esforços do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde para a vigilância da saúde da criança (BRASIL, 2002).

Diante do contexto apresentado, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar a Atenção à Saúde da Criança na Estratégia Saúde

da Família de Sobral (CE), na perspectiva das mães usuárias, a partir do referencial do PCATool. Como objetivos específicos se propôs estratificar as unidades de saúde avaliadas por escores de qualidade segundo o instrumento do PCATool-Brasil e verificar possíveis variações da qualidade da atenção primária à saúde das crianças segundo a localização do CSF.

Nessa perspectiva, a avaliação da atenção disponibilizada às crianças pela ESF no município de Sobral justifica-se e é necessária, já que, com a mudança política e de postura da gestão municipal ocorrida a partir do ano de 1997, a melhoria da atenção à criança foi priorizada com a forte intenção de reduzir a mortalidade infantil. Com esse objetivo, foram incluídas no sistema municipal de saúde ações prioritárias para a melhoria dos indicadores, tanto aquelas recomendadas pelo Ministério da Saúde e pactuadas com o estado, como as propostas originalmente pelo município. É importante avaliar o quanto essas ações foram realmente incorporadas na prática da AB e, principalmente, como as famílias das crianças estão percebendo e se beneficiando dessas ações. A avaliação torna-se relevante, pois além de qualificar as ações já desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica, pode refletir uma mudança de postura no desenvolvimento dos trabalhadores, gestores e grupos de interesse envolvidos na busca de uma atenção à saúde da criança mais qualificada.

Como referenciais teóricos para o embasamento da realização do estudo, foram utilizadas a Avaliação na APS e Primary Care Assesment Tool. Furtado (2001) afirma que avaliar é emitir juízo de valor sobre determinada intervenção, podendo ser programa, serviço ou outros, com critérios e referenciais construídos ou já existentes, visando à tomada de decisão.

Para o setor saúde, Bodstein (2009) aponta que a avaliação é importante para a melhoria nos processos de tomada de decisão e reforço no conhecimento técnico na área, sobretudo na atenção primária, já que a responsabilidade de estados e municípios em organizar a oferta de serviços muitas vezes resultou numa gestão sem competência para tal, necessitando de análises.

Nesse contexto, avaliar a Atenção Básica em Saúde (ABS) é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão envolvendo as dimensões medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão. Portanto, considera-se que a avaliação é um instrumento político em busca de poder para modificar e influenciar a direcionalidade e a velocidade da atenção à saúde (TANAKA, 2011).

Nessa perspectiva, no ano de 2000, na Johns Hopkins University, nos Estados Unidos, foi apresentado o instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde Primary Care Assessment Tool (PCATool) pelo grupo da professora Barbara Starfield. Esse instrumento foi elaborado com base na proposta de avaliação de qualidade de Donabedian e permite avaliar, por meio da experiência dos usuários e dos provedores do cuidado, a extensão dos quatro atributos essenciais e de dois atributos derivados da atenção primária nos serviços de atendimento, “promovendo medida de base individual sobre a estrutura e o processo de atenção nesse nível de atenção” (BRASIL, 2010).

No Brasil, esse instrumento foi validado pelo Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, passando por um processo de tradução, tradução inversa, adaptação, debriefing, validação de conteúdo e de construto e análise de confiabilidade (HARZHEIM et al., 2006). A partir do ano de 2010, o Ministério da Saúde adotou essa ferramenta como um dos métodos de avaliação da Atenção Básica, divulgando as orientações para sua aplicação e para o cálculo dos escores.

Esse instrumento é composto por três versões (Adulto, Criança e Profissionais de saúde) com perguntas organizadas de acordo com cada atributo da APS (Essenciais: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação, Integralidade; e Derivados: Orientação Familiar e Orientação Comunitária). Para cada atributo essencial, o instrumento contém um componente relacionado à estrutura e outro ao processo do cuidado à saúde. Além do cálculo dos escores de cada um dos atributos separadamente, é possível

o cálculo de um escore geral, que engloba os quatro atributos essenciais e dois atributos derivados, e de um escore essencial, envolvendo apenas os quatro atributos essenciais (BRASIL, 2010).

A avaliação por meio do PCATool-Brasil pode ser aplicada, em diferentes contextos, com o objetivo de conhecer o efeito das intervenções políticas e programas que visem a organização da atenção primária (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001).

Diante do contexto apresentado, a pesquisa teve como objetivo geral avaliar a Atenção à Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família de Sobral (CE), na perspectiva das mães usuárias, a partir do referencial do PCATool. Já como objetivos específicos, se propôs classificar as unidades de saúde avaliadas por escores de qualidade segundo o instrumento do PCATool-Brasil e verificar possíveis variações da qualidade da atenção primária à saúde das crianças segundo a localização do CSF.

MÉTODOS

Caracterizou-se por ser uma pesquisa descritiva e avaliativa, realizada no período de fevereiro de 2013 a junho de 2014 no município de Sobral (CE). Nesse período a Atenção Básica do município em questão era composta por 57 equipes de Saúde da Família em 27 Centros de Saúde da Família (CSF), distribuídos em quatro macroáreas de saúde, sendo 14 localizados na sede e 13 na zona rural, além de 06 equipes do Núcleo de Atenção à Saúde da Família – NASF. Os 27 CSF do município adotavam a ESF como modelo de organização da atenção primária, seguindo as determinações do Ministério da Saúde, por meio de ações de saúde da criança, saúde da mulher, atenção à hipertensão, ao diabetes, à tuberculose e à hanseníase, visitas domiciliares, atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e demais ações norteadas pelas necessidades do território.

Os participantes foram mães de crianças menores de 2 anos acompanhadas por todos os Centros de Saúde da Família do município, moradoras nas áreas referidas há pelo menos 6 meses. Estavam cadastradas 4.949 crianças menores de 2 anos de idade na ESF de Sobral, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de julho de 2013.

Para a definição da amostra de mães de crianças, foi utilizada a seguinte fórmula para cálculo em população finita desenvolvida por Cochran (1977):

$$n = \frac{N \sum N_h P_h Q_h}{N^2 V + \sum N_h P_h Q_h}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra

N = Quantidade de elementos no universo = 4.979 crianças

Nh = Variável normal padronizada associada ao nível de confiança = 3,84

$$V = \left(\frac{\varepsilon}{t} \right)^2 \rightarrow \text{Variância Fixa, para o cálculo do tamanho amostral (n)}$$

\sum = Erro amostral fixado em 4%

Z α = Valor tabelado da distribuição, ao nível de significância de 5% (Z 0,05 = 1,96)

Ph = Proporção de elementos com o atributo no estrato h

Qh = Proporção de elementos sem o atributo no estrato h

A amostra calculada foi de 300 mães de crianças com idade de 6 meses a 1 ano e 11 meses, admitindo-se só uma criança por mãe entrevistada. Da amostra prevista, sete entrevistas foram excluídas por apresentarem inconsistências em suas respostas, o que foi verificado somente durante a fase de análise de dados, totalizando, ao final, 293 mães entrevistadas distribuídas proporcionalmente nos CSF da sede e dos distritos.

A coleta dos dados foi feita tanto nos CSF como nas residências por meio de sorteio no período de dezembro de 2013 a março de 2014, por meio do instrumento impresso. Os escores de cada atributo foram obtidos a partir da média dos valores das respostas. Para a tabulação dos dados utilizou-se o programa MICROSOFT EXCEL e o aplicativo para as análises estatísticas foi o SPSS versão 19.0. O teste Mann-Whitney foi utilizado para análise dos cruzamentos entre as variáveis. A pesquisa respeitou os preceitos éticos, tendo seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UVA.

A partir dos dados coletados, verificou-se que a maioria das mães entrevistadas tinha entre 21 e 25 anos de idade, um único filho, além de ter o Ensino Médio completo e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos.

Para os atributos avaliados por meio do PCATool, foi verificado que na acessibilidade, longitudinalidade, coordenação e integralidade as mães apresentaram forte orientação à APS, uma vez que obtiveram escores acima de 6,6. Já na orientação familiar e na orientação comunitária foram obtidos escores abaixo de 6,6, portanto, ficou evidente a baixa orientação à APS das mães entrevistadas nesses atributos. Na avaliação geral dos atributos, também se pode perceber uma melhor avaliação dos CSF dos distritos em relação aos CSF da sede.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram bom desempenho das unidades no que se refere às variáveis do componente Utilização do atributo Acesso de Primeiro Contato. Pode-se, então, inferir que tanto na sede do município como nos distritos as mães conseguem utilizar bem os serviços de APS disponibilizados para acompanhamento de seus filhos antes de ir a qualquer outro serviço de saúde e que a referência para esses outros serviços é feita pelos CSF de origem da família.

No atributo Acesso de Primeiro Contato, foi avaliada a utilização dos serviços de saúde pelas mães entrevistadas a cada novo problema ou a um novo episódio de um mesmo problema de saúde. Nesse atributo, a avaliação geral do componente Acessibilidade, foi observado que apenas 09 CSF apresentaram forte grau de orientação à APS pelas mães entrevistadas, com média de escores acima de 6,6, tendo o restante apresentado baixo grau de orientação à APS. Chama atenção o fato de o CSF Rafael Arruda ter apresentado média de escores muito baixa, com valor de 2,2, configurando uma séria deficiência neste atributo, o que representa a dificuldade do acesso das crianças aos serviços oferecidos por essa unidade de saúde.

Souza et al. (2008) definiram, em um estudo de revisão realizado sobre acesso e acolhimento na Atenção Básica, que o acesso está relacionado com a resolubilidade das necessidades da população e vai além da dimensão geográfica, abrangendo também aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

Levando em consideração que as palavras utilização e uso têm significados semelhantes, Travassos e Martins (2004), na conclusão de um estudo sobre acesso e utilização de serviços, apontam que o uso de serviços pode ser considerado uma medida de acesso, contudo não se explica apenas por ele, pois o uso efetivo dos serviços de saúde

resulta de uma multiplicidade de fatores, embora o acesso seja um importante determinante do uso.

Em estudo realizado por Vieira (2010), percebeu-se que das pessoas que utilizaram o posto de saúde local, a grande maioria o escolheu devido à proximidade de casa ou por possuírem cadastros no serviço, além de ser a única opção em serviços de saúde na comunidade. As pessoas que procuraram outros serviços de saúde justificaram que foram encaminhadas por profissionais de saúde ou foram por decisão própria ou indicação de alguém, já que a unidade de saúde da localidade só tinha médico e enfermeiro atendendo a cada 15 dias. Este autor também infere que o horário de funcionamento do serviço e a disponibilidade do profissional influenciam no acesso das pessoas aos serviços de APS do local estudado. Nesse mesmo estudo, foi percebido que, na população da zona rural, a proximidade de casa e o cadastramento no serviço, além de ser a única opção de atendimento, refletiram na escolha como o principal serviço utilizado.

O Grau de Afiliação, que é um dos componentes do atributo Longitudinalidade, diz respeito à vinculação das famílias aos CSF e às equipes de SF, ou seja, está relacionado à identificação do serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados da criança. Esse componente apresentou boa avaliação por parte das entrevistadas. Apenas 2 CSF na sede, Tamarindo e Vila União, apresentaram escores abaixo de 6,6. Portanto, no município de Sobral, o componente Grau de Afiliação mostrou forte orientação para a APS. É importante destacar que todas as variáveis desse componente foram bem avaliadas pelas mães entrevistadas.

Diferente dos resultados do presente estudo, Ferrer (2013) afirma, em seu estudo, que esse foi o componente com pior avaliação, uma vez que foi obtido escore de 3,03, configurando uma baixa identificação dos usuários com os seus serviços de origem, sendo significativamente pior avaliado pelos usuários não atendidos pela ESF.

No estudo de Oliveira et al. (2012), foi obtido resultado não satisfatório para esse componente para as unidades de AB, já que obtiveram média geral de escore 1,7. No entanto, para as unidades com ESF, houve uma boa avaliação pelas mães das crianças, com média de escores 9,0 para o Grau de Afiliação, portanto, com resultados semelhantes ao presente estudo.

A partir dos resultados encontrados, demonstra-se a existência de um bom vínculo das crianças do município com algum profissional ou serviço de saúde. É cabível inferir que os CSF de Sobral estão conseguindo estabelecer vínculo com as crianças de sua área adscrita, o que pode refletir em um acompanhamento mais qualificado, melhor adesão aos tratamentos e no aumento do nível de confiança da população na equipe de SF.

Já no componente vínculo, também da longitudinalidade, no qual foi observado o vínculo com os profissionais de saúde, a orientação por meio de ligação telefônica, o entendimento das falas tanto dos profissionais como das mães entrevistadas, se o tempo dado para a fala das mães é suficiente ou não, a integração entre mães, profissionais e as crianças, e a possível necessidade de mudança de unidade de atendimento, foi constatada forte orientação à APS. Apenas 2 CSF na sede e 1 no distrito não alcançaram o escore 6,6. É interessante observar que no componente Grau de Afiliação o CSF Tamarindo obteve um escore de 5,0 e o CSF Vila União o escore 6,0, enquanto que no componente Vínculo obtiveram escores de 8,3 e 7,1, respectivamente. O CFS Rafael Arruda, que no componente Grau de Afiliação alcançou um escore de 8,7 no componente Vínculo, teve um escore de 5,4. Como os dois componentes deste atributo refletem a relação estabelecida pelos pacientes com o serviço de APS, esperava-se maior concordância. Reforça-se aqui a necessidade de uma avaliação mais detalhada das respostas obtidas em cada componente.

Araújo (2013), em seu estudo, revela que as equipes de SF estabelecem vínculo mais forte com as pessoas de sua área adscrita, mesmo não atingindo escores elevados. A presença das equipes da ESF junto à população e a responsabilidade do cuidado estendido à família provavelmente são fatores que facilitam a formação do vínculo das equipes com as famílias acompanhadas.

Além do estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local, Cunha e Giovanella (2011) explicam que são necessários mais dois elementos para a composição da Longitudinalidade, a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária e a continuidade informacional.

Oliveira e Pereira (2013) afirmam que a presença do atributo Longitudinalidade na ESF tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade. Da mesma forma, entende-se que a formação de profissionais de saúde, quando desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, resulta em falta de preparo para lidar com pacientes com distintas características socioculturais, constituindo um obstáculo ao alcance da Longitudinalidade pessoal na ESF.

O componente Integração de Cuidados demonstra a presença da integração entre os serviços disponíveis nos diferentes níveis de atenção, avaliando a comunicação entre os profissionais quando ocorre a referência das crianças de um nível de atenção para o outro e, também, o conhecimento desses profissionais sobre as ações realizadas nos serviços em que as crianças foram referenciadas. Neste componente foi percebido que em 13 CSF houve forte grau de orientação à APS pelas mães e 14 CSF com baixo grau de orientação à APS. Importante destacar que, nesse componente, de acordo com a orientação do Manual do PCATool, os CSF Baracho, Bilheira e Torto

não tiveram seus escores calculados devido à presença de uma maioria de respostas *Não sei / Não lembro* em suas avaliações.

Como nem todas as necessidades de saúde conseguem ser atendidas na AB, as pessoas têm de ir a outros lugares por vários aspectos dessas necessidades, o que muitas vezes ocorre por autoencaminhamento, também ocorrendo por consultas a outras pessoas ou por encaminhamento dos profissionais da AB. Existe uma necessidade da AB de integrar ou coordenar os serviços prestados por diferentes membros da equipe de profissionais (STARFIELD, 2002).

Esses resultados são compatíveis com o estudo de Ferrer (2013), no qual não foi atingido o ponto de corte para esse componente, obtendo média de escores 5,27, considerado baixo grau de orientação à APS. Já no estudo de Oliveira (2012) esse componente do atributo coordenação obteve média 7,5, o que demonstrou forte grau de orientação à APS.

Com isso pode-se afirmar que a integração de cuidados da APS com os outros níveis de atenção no município de Sobral está deficiente, ou seja, após os profissionais de saúde encaminharem as crianças para outros serviços, perde-se o contato com estes serviços para os quais estas crianças foram encaminhadas e sequer os profissionais da APS demonstraram interesse em saber os resultados dos atendimentos realizados pelos outros serviços.

Oliveira e Pereira (2013) afirmam que a Coordenação tem maior importância relativa aos outros atributos quando se pensa na APS como coordenadora das redes de atenção à saúde, já que, sem ela, o Primeiro Contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a Longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a Integralidade ficaria comprometida.

Também no atributo Coordenação, em que foi observada a continuidade da atenção por meio de prontuários médicos ou outros registros tais como fichas de atendimento de emergência e cartões de vacinas, houve uma boa avaliação por parte das mães do componente Sistemas

de Informação com médias de escores próximas entre os distritos e a sede, uma vez que a grande maioria dos CSF apresentou média de escores acima de 6,6, o que indica um forte grau de orientação à APS.

Com os resultados obtidos na avaliação deste atributo, pode-se inferir que tanto na sede como nos distritos de Sobral as mães levam registros anteriores de saúde das crianças para os CSF, o que facilita o atendimento pelos profissionais de saúde. Da mesma forma, percebe-se uma boa organização dos CSF quando disponibilizam os prontuários das crianças para as consultas, facilitando a obtenção de informações pelos profissionais que as atendem.

No entanto, é necessária a mudança de postura das equipes de SF para que seja facilitado o acesso das mães aos prontuários de seus filhos com a finalidade de torná-las participantes e responsáveis também pela assistência à saúde das crianças.

Almeida, Fausto e Giovanella (2011), na busca de analisar as ações para o fortalecimento da APS, observaram que a compreensão da ESF como coordenadora do percurso terapêutico no interior do sistema de saúde acompanhou as medidas para expandi-la e fortalecê-la. Nesse sentido, as iniciativas brasileiras alinham-se às reformas europeias, que buscaram, principalmente por meio da consolidação da função de porta de entrada, estender a resolutividade dos serviços prestados pela APS e fortalecer o seu papel de coordenação ao interior da rede de serviços de saúde.

O componente Serviços Disponíveis do atributo integralidade, no qual observam-se os serviços que os CSF disponibilizam para a sua clientela como vacinação, orientações para cadastramento em programas sociais e programas de suplementação nutricional, aconselhamento para problemas com o uso de drogas e para saúde mental, a realização de suturas e a identificação de problemas visuais, obteve uma avaliação regular pelos CSF, apresentando uma variabilidade nas médias de escores com as melhores médias nos

CSF dos distritos e piores nos CSF da sede do município. Dos 15 CSF da sede, 9 não alcançaram o escore 6,6, e dos 13 CSF dos distritos, 4 tiveram escores menores que 6,6.

Uma avaliação não satisfatória da oferta de serviços foi observada no estudo de Araújo (2013), tanto pelas mães de crianças como pelos profissionais de saúde. No geral, as mães avaliaram que nem sempre esses programas atendem às necessidades mais comuns das suas crianças. Já os profissionais relataram que alguns fatores estruturais e processuais certamente comprometem a integralidade da atenção à saúde das crianças. No trabalho foi identificado que algumas unidades da ESF do Distrito Federal não ofereciam vacinas, o que difere deste estudo quando se observa que todos os CSF do município de Sobral oferecem vacina para as crianças, de acordo com as respostas das mães.

Este atributo foi avaliado em um outro estudo realizado por Chomatas (2013) em Curitiba, utilizando também o PCATool, obtendo como resultados a observância de escores médios elevados tanto para as unidades com ESF como para as unidades tradicionais de atenção básica, porém com melhor desempenho nas unidades com ESF, o que difere do desempenho dos CSF avaliados neste estudo, considerado regular.

Diante do exposto, pode-se inferir que a AB do município de Sobral necessita ter um cuidado maior com o atributo Integralidade no componente Serviços Disponíveis, já que algumas das variáveis foram mal avaliadas pelas mães, o que pode ser reflexo da não disponibilidade de alguns serviços, ou da ausência de divulgação, por parte das equipes de SF, dos serviços oferecidos nos CSF.

Já o componente Serviços Prestados, também do atributo integralidade, diz respeito aos temas importantes para a saúde da criança que são abordados durante as consultas com o médico ou enfermeiro. Observa-se que os serviços que as equipes de saúde da família prestam para as crianças, tais como orientações durante as consultas

nos CSF, obtiveram uma boa avaliação. Destaca-se nesse componente da integralidade a sede do município, tendo o melhor padrão das médias dos escores em relação ao padrão das médias dos distritos.

Para Gomes e Silva (2011), a Integralidade, na dimensão dos Serviços Prestados, deve ser garantida por meio de atendimento diversificado, organizado e humano, possibilitando a promoção, a prevenção, a restauração da saúde e a reabilitação das pessoas.

Cursino e Fujimori (2012), ao fazer uma revisão bibliográfica sobre a integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança por meio de atendimentos realizados pela enfermagem na atenção básica, constataram prejuízo na integralidade da atenção, ao observar inadequação do espaço físico, diálogos rápidos e fragmentados, orientações incompletas e atendimentos simultâneos que comprometiam a comunicação, além da ausência de aspectos sobre o seguimento da criança e sobre educação em saúde.

O atributo Orientação Familiar, que trata da orientação que o profissional de saúde tem em relação às famílias e seus membros por ele acompanhados, não foi bem avaliado no presente estudo, obtendo média de escores 5,3 tanto nos CSF da sede como nos CSF dos distritos, o que demonstra uma baixa orientação à APS.

O baixo desempenho obtido pelos CSF de Sobral neste atributo, ainda que a Longitudinalidade tenha a melhor avaliação no presente estudo, configurando um bom estabelecimento de vínculo com a população, pode estar relacionado ao fato das equipes de SF não terem, ainda, incorporados os princípios da ESF que colocam a família no centro da atenção.

Nessa mesma perspectiva, Ferrer (2013) considera que os baixos escores verificados nessa dimensão expressam que os princípios da ESF ainda não estão concretizados, por requererem mudanças de paradigmas e de comportamento, características mais difíceis de serem alteradas.

Da mesma forma, o atributo Orientação Comunitária, que questionava a realização de visitas domiciliares pelos CSF, o reconhecimento dos profissionais sobre os problemas de saúde da vizinhança, a realização de pesquisas para identificar problemas da comunidade e a existência de convites para a comunidade participar dos Conselhos Locais de Saúde, não teve uma avaliação satisfatória, uma vez que obteve 6,4 de média de escores, sendo 6,4 para os CSF da sede e 6,3 para os CSF de distritos.

O estudo de Ferrer (2013) também obteve, como resultado da avaliação da Orientação Comunitária, uma média de escores 4,21, também não atingindo o ponto de corte, sendo a segunda pior avaliação dos atributos da APS estudados.

Diante dos resultados obtidos na avaliação do atributo Orientação Comunitária, pode-se inferir que os CSF do município de Sobral precisam evoluir no reconhecimento das necessidades das comunidades por ele atendidas.

CONCLUSÕES

Com os resultados da avaliação da Atenção à Saúde da Criança na ESF de Sobral, a partir do olhar das mães usuárias, concluiu-se que essas avaliações mostraram um grau de satisfação das mães bastante considerável, principalmente no que se refere ao vínculo e acompanhamento da criança.

A atenção do ponto de vista individual da criança parece dar conta das necessidades das mães, que se expressaram positivamente em relação aos vários aspectos do atendimento realizado pelas equipes de saúde da família.

O instrumento PCATool mostrou ser uma ferramenta interessante para avaliação da atenção prestada nos serviços da Atenção

Primária, embora algumas considerações sobre sua aplicabilidade precisem ser feitas.

Os escores dos atributos podem dar um panorama geral, indicando o quanto os serviços estão orientados e fundamentados nos princípios da APS, indicando em um primeiro momento as fortalezas e deficiências dos sistemas de saúde. Entretanto, o fato dos escores gerais dos atributos trabalharem com a média dos atributos dos dois componentes envolvidos pode mascarar os resultados na medida em que um componente pode ser bem avaliado e o outro apresentar resultados piores, como ocorreu com alguns CSF, que mostraram resultados discrepantes para os dois componentes de um mesmo atributo.

Por outro lado, a riqueza de informações em cada componente permite uma avaliação melhor dos pontos que expressam um bom desempenho das unidades e aquelas ações e serviços que precisam ser reforçados para que os serviços expressem um forte grau de orientação à APS.

A avaliação apresentada nesse estudo mostra que os serviços de Atenção Básica em Sobral conseguem atender às expectativas das mães das crianças, embora ainda existam pontos importantes a serem melhorados. Finalmente, os resultados mostram que a ESF em Sobral, em grande medida, atende aos princípios e fundamentos propostos para a APS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA P. F.; FAUSTO M. C. R.; GIOVANELLA L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 783-836.

ARAÚJO, R. L. **Atributos da atenção primária à saúde no DF**: estudo comparado entre unidades básicas de saúde tradicional e a estratégia saúde da família no cuidado integral à saúde da criança. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BODSTEIN, R. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, sept./oct. 2009. supl. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool*** – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CHOMATAS, E. R. V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

COCHRAN, W. G. **Sampling Techniques**. 3. ed. New York: John Wiley & Sons, 1977.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 1029-1042, 2011. Supl. 1.

CURSINO; FUJIMORI (2012). Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 676-680, dez. 2012.

FERRER, A. P. S. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Pediatria, São Paulo, 2013.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde.

Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 893-902, 2011. Supl. 1.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 66, p. 158-64, 2013. Número especial.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of family practice**, v. 50, n. 2, p. 161-175, feb. 2001 Disponível em: <<http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=2157>>. Acesso em: 22 set. 2013.

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

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, S100-110, 2008. Sup 1.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, S190-S198, 2004. Sup. 2.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 531-562.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA AO CAPS

Maria Vanderliuda de Sá Pereira

Maura Vanessa Silva Sobreira

Moacir Andrade Ribeiro Filho

Maria de Fátima Antero Sousa Machado

Glauberto da Silva Quirino

INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica pública brasileira tem passado por diversas transformações, principalmente a partir dos anos de 1990, com a Reforma Psiquiátrica, que visa a desinstitucionalização da assistência em saúde mental e a substituição do modelo hospitalocêntrico, passando a ser trilhada com ênfase e entusiasmo como política nacional pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). Esta nova proposta conta com o apoio de movimentos sociais, reunindo gestores, profissionais de saúde, familiares, usuários e organizações profissionais e tendo como finalidade a integração e o fortalecimento das ações de saúde.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, porém, não é o único tipo de serviço. A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, incluindo: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência e os clubes de lazer (BRASIL, 2004). Esta rede de cuidados deve ser articulada por meio de estratégias como o matriciamento.

Matriciamento ou apoio matricial em saúde mental é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes elaboram

uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, em um processo de construção compartilhada, integrando a saúde mental à atenção primária. O trabalho em rede, quando bem instrumentalizado na saúde, possibilita uma melhor visão do sistema como um todo, melhorando a resolubilidade da atenção. O matriciamento consubstancia-se como um exercício da rede, em que os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) junto às equipes de saúde mental constroem projetos terapêuticos, incluindo atores necessários à terapêutica do indivíduo e sua família (BRASIL, 2011).

Conforme o Ministério da Saúde, a ESF é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas; de acordo com as diretrizes e normas da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), deve ser o contato preferencial do usuário, a porta de entrada principal e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a).

Assim, o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com políticas específicas deve ser obedecido por meio das ações de saúde mental na atenção primária, através do estabelecimento de vínculos e acolhimento, fundamentando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe e estimulando a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica.

Considerando a importância dessa articulação por meio do matriciamento, foram suscitados os seguintes objetivos: verificar, sob a perspectiva dos enfermeiros, a existência do apoio matricial e do trabalho em rede entre as equipes da ESF e o CAPS; avaliar a compreensão dos enfermeiros das equipes da ESF e do CAPS acerca do matriciamento e da rede de atenção em saúde mental, ambos no município de Lavras da Mangabeira (CE).

Este trabalho surge de inquietações no cotidiano da prática de profissionais da atenção básica e do quanto este processo precisa

avançar no serviço, bem como ser assegurado no fazer dos profissionais de saúde. Espera-se que as reflexões aqui produzidas possam trazer contribuições para o fortalecimento do matriciamento no serviço.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo, com foco na abordagem qualitativa, realizado no município de Lavras da Mangabeira (CE), que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrados em 2013, possui uma população estimada de 31.435 habitantes (IBGE, 2013). A população do estudo foi composta por 10 enfermeiros da ESF e dois enfermeiros do CAPS. Do ponto de vista objetivo tratou-se de uma pesquisa aplicada, exploratória e descritiva. Foi utilizado para a coleta dos dados um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, constituído por uma série ordenada de perguntas respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Nele constaram perguntas abertas, também chamadas livres ou não limitadas, permitindo ao informante responder livremente, usando linguagem própria e emitindo opiniões.

Adotou-se como critério de inclusão o participante disponibilizar um tempo mínimo de atuação em suas unidades de pelo menos seis meses, e como critério de exclusão o enfermeiro que se encontrasse afastado de sua função por licença médica ou férias.

A pesquisa foi realizada com nove participantes, pois um recusou-se a responder o questionário e dois não possuíam o tempo mínimo para inclusão no estudo. Portanto, participaram oito enfermeiros da ESF e um enfermeiro do CAPS.

Na análise de dados, foi feita uma transcrição fiel das respostas dos entrevistados, em que suas colocações foram submetidas à Análise de Conteúdo de Bardin (2010). No que se referem às etapas inerentes da análise, os dados empíricos foram organizado em três fases:

1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após esses momentos conduziu-se a discussão subsidiada pela literatura revisada para o estudo.

O trabalho seguiu o preconizado pela Resolução 466/2012 para estudos com seres humanos (BRASIL, 2012b), tendo sido aprovado conforme o parecer nº 615.853 de 14 de abril de 2014. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os seus nomes foram representados a partir de numeração romana sequencial, de I (um) a IX (nove), assegurando, dessa forma, o anonimato das falas utilizadas no texto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à caracterização dos participantes quanto à idade, observou-se que estes se encontravam na faixa etária entre 28 e 43 anos, sendo que sete estavam na faixa etária dos 30 a 39 anos. Com relação ao sexo, dois participantes eram masculinos e sete femininos, sinalizando a prevalência do sexo feminino na profissão.

Analisando o tempo de atuação dos profissionais no serviço, verificou-se que três deles estavam no serviço há menos de dois anos e sem vínculo empregatício; os demais estavam há mais de dois anos, sendo admitidos em decorrência de concursos públicos.

Quanto à formação profissional, foi observado que nenhum profissional, inclusive o do CAPS, possuía formação específica em saúde mental. Todos os participantes possuíam pós-graduação *lato sensu*: cinco em saúde da família, três em saúde do trabalhador, um em urgência e emergência, um em enfermagem obstétrica e um em saúde materno-infantil.

Estas informações nos levaram a refletir sobre a influência da não formação específica dos participantes para trabalhar com o tema abordado, podendo gerar uma fragilidade no serviço, mesmo tendo a maioria deles formação em saúde da família. Trabalhar

com saúde mental requer certas particularidades, porque são sujeitos que agem de forma singular em um coletivo. Outra questão importante que sinaliza para o objeto estudado é o tempo de atuação de cada profissional nos serviços, visto que, percebeu-se a existência de uma cultura em que os profissionais são admitidos em decorrência de arranjos partidários, já que nem todos possuem estabilidade, mesmo este número não representando a maioria dos participantes.

Acolhimento e assistência aos usuários da saúde mental

Observa-se que a maioria dos entrevistados enumerou fragilidades com relação ao acolhimento e a assistência aos usuários da saúde mental, tanto no serviço da Estratégia Saúde da Família quanto no Centro de Atenção Psicossocial.

O acolhimento se dá na recepção da unidade por profissional capacitado e encaminhado ao consultório médico (II).

Não existe, pois os mesmos só aparecem na unidade para receber a receita, ou na maioria das vezes algum parente (V).

O acolhimento ocorre de forma compartilhada e através de demanda espontânea. Quanto à assistência nós orientamos ao cuidador e se necessário encaminhamos ao CAPS (VI).

Os pacientes portadores de transtorno mental são bem acolhidos de acordo com suas necessidades; são realizadas visitas domiciliares e encaminhados ao CAPS para uma maior assistência especializada. O acolhimento é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado com o paciente (IX).

Destaca-se, na maioria das falas dos participantes, uma dicotomia entre acolhimento e assistência. De acordo com Merhy et al. (2007), qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário ocorre por meio de um trabalho ativo, na construção das relações entre os sujeitos que atuam, construindo-se expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente momentos de fala, escuta e interpretações, havendo acolhida, cumplicidade, responsabilização sobre o outro, confiabilidade e esperança, produzindo relações de vínculo e aceitação.

Foram destacados termos como demanda espontânea, ações curativas, triagem e avaliação inicial no serviço, que vão de encontro às determinações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), no que se refere à Atenção Básica, com conceito bem mais amplo, como estando à altura de responder, perto da casa das pessoas, com agilidade e qualidade, de modo acolhedor e humanizado. As equipes de saúde da família devem trabalhar no sentido de promoção, proteção e prevenção, com atenção integral e práticas democráticas e participativas com responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem as populações.

Observa-se, pela fala dos participantes, que eles apresentam limitações teóricas com relação ao conceito de acolhimento e assistência, no entanto, mesmo quando compreendem o conceito, não prestam um trabalho qualificado de acordo com o que recomendam as diversas políticas de saúde. Para alguns, o acolhimento seria apenas receber os usuários e tratá-los bem, quando na verdade estes têm o direito de ter sua necessidade atendida, de ser bem tratados e acolhidos com carinho e respeito. É necessário que a atenção e a assistência em saúde sejam resolutivas.

Partindo de uma perspectiva mais ampla, o acolhimento pode ser orientado por quatro aspectos que se apresentam como sendo o acesso, aspectos geográficos e organizacionais; escuta qualificada, atitude dos trabalhadores de saúde; técnica, aspecto operacional do trabalho; e reorientação de serviços, perspectiva política institucional (BRASIL, 2010).

Assim, segundo Ballarin et al. (2011), reconhecer que a clínica da saúde mental se aprimora pela qualificação dos encontros entre os sujeitos que cuidam e que necessitam de cuidados é apostar em uma política de saúde que pode promover mudanças a partir do simples ato de acolher, quando esse ato é parte de uma estratégia de intervenção democrática, comprometida com a criação de sujeitos autônomos e rumo à liberdade para a gestão de sua saúde.

Matriciamento em saúde

Destaca-se entre a maioria dos participantes uma boa compreensão teórica sobre matriciamento em saúde. Estiveram alinhados ao que se conceitua (BRASIL, 2011, p. 13):

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

Um suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas dadas a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações (I).

Compreende a intersetorialidade do SUS na realização de referências e contrarreferências especializadas (IV).

No meu entendimento, serve de apoio ao serviço de saúde, para melhorar o acesso, a integralidade, enfim, para que o usuário seja atendido em todos os níveis da atenção (V).

Trabalho em equipe, desmedicalizar, conhecimento do que se faz reintegrando ao meio (VII).

O matriciamento constitui-se como uma ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade das equipes de saúde e comunidade, indo ao encontro da maioria das respostas dos sujeitos pesquisados, que consideram o apoio matricial uma estratégia para melhorar o fluxo resolutivo da rede, interligando diferentes dispositivos por meio da articulação e do assessoramento da rede básica através do princípio da territorialidade.

A “intersectorialidade” apontada pelo participante IV no matriciamento representa um desafio para a rede de assistência à saúde mental, que é formada pelas políticas setoriais e as entidades sociais, entretanto, a equipe técnica multiprofissional dos CAPS ainda encontra uma série de dificuldades nessa articulação dos setores internos, aliada à falta de serviços que deem sustentação às necessidades postas pelo Projeto Terapêutico Individual.

De acordo com Sena et al. (2012), a intersectorialidade é a chave para a conquista da integralidade, pois visa articular diferentes órgãos e setores na busca pela melhoria da qualidade de vida da população. Desta forma, cada indivíduo, de acordo com o conceito de saúde do SUS, deve ser trabalhado como um todo. Os setores também precisam trabalhar juntos, e não apenas a partir do entendimento do sujeito IV, com “referência e contrarreferência”. Assim, os projetos devem ser traçados por todos os profissionais juntos e de forma singular para cada usuário, a partir de suas necessidades.

Nota-se, a partir das falas dos sujeitos, um entendimento conceitual sobre o matriciamento em saúde, no entanto, alguns deles ainda fazem referência ao serviço básico de saúde como aquele que encaminha o usuário ao serviço especializado. O matriciamento, segundo as falas, ainda não está incorporado na prática do serviço,

como se esta prática não fosse também uma responsabilidade dos profissionais pesquisados.

Matriciamento em saúde mental: entre a Estratégia Saúde da Família e o CAPS

Percebem-se fragilidades com relação ao matriciamento em saúde mental entre o serviço de Atenção Básica e o CAPS no município de Lavras da Mangabeira, conforme verbalizações dos sujeitos pesquisados:

Em partes. Poucas ações são realizadas, pois as equipes são localizadas em distritos e isso impede a reunião de todos. Porém algumas vezes se faz por equipe (I).

Se existe eu não tenho conhecimento, já que não há sequer reuniões ou trocas de experiências compartilhadas (II).

Muito deficiente. Não havendo reuniões, planejamentos e execuções de atividades em parcerias. No PSF, são cuidadas as doenças orgânicas do sistema nervoso central, e no CAPS I centralizado as doenças psíquicas, mas sem muita comunicação entre os serviços (IV).

Não. O CAPS tem sido referência para as ESF, mas não existe uma rede integrada com direcionamentos (VI).

Os CAPS poderiam assumir um papel mais ativo na articulação da Atenção Básica com a saúde mental, configurando-se como ordenador da rede de cuidados. O apoio matricial propõe desconstruir a lógica de referência e contrarreferência com a implementação do matriciamento (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

A organização da rede precisa abranger, também, a necessidade de modificar o modo de gerir os serviços e de trabalhar em saúde, reconstruindo a ideia do trabalhador em saúde, contemplando a coletividade no trabalho e construindo um processo que propague os espaços institucionais com a presença de atores realmente interessados na saúde (MERHY, 2006 apud BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

De um modo geral, os sujeitos pesquisados apontaram a importância da proposta do matriciamento, da troca de saberes e experiências e da articulação entre os serviços, no entanto, há, de fato, um desconhecimento por parte dos profissionais acerca dos usuários do seu território, bem como de suas necessidades, o que impossibilita a realização de trabalhos articulados.

De acordo com as falas dos sujeitos, nota-se um déficit no comprometimento com o serviço e com os usuários, como quem está acomodado com a rotina, não havendo demonstração de interesse em mudar a realidade através de práticas mais ativas, tanto gerenciais como assistenciais. Não se percebe um planejamento no serviço e na atenção em saúde mental; as ações ocorrem de forma pontual a partir de demandas espontâneas, sem um direcionamento das atividades e sem compartilhamento de ideias e saberes dos serviços de Atenção Básica e CAPS.

Condutas realizadas frente aos usuários de saúde mental na ESF e no CAPS

É perceptível que a maioria das respostas enumeradas reflete fragilidades nas condutas para com os usuários de saúde mental nos serviços.

Consultas médicas na quarta e nos sábados; Consultas psicológicas em três dias na semana; Ausência de visitas domiciliares; Ausência de contrarreferência dos encaminhamentos (IV).

[...] não há assistência a esses pacientes na ESF, eles chegam à unidade apenas para receber medicação, digo, a receita controlada. Não há acompanhamento, poucas vezes foram novos encaminhamentos para o CAPS (V).

Os pacientes que são acompanhados pelos ACS são conduzidos pelos seus familiares até as UBS, onde são acolhidos pelo atendente do médico e depois levados à triagem para avaliação dos sinais vitais (VIII).

Na reorganização do modelo de atenção psicossocial a partir da Reforma Psiquiátrica, o CAPS é vislumbrado como dispositivo estratégico de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais. A Estratégia Saúde da Família, por sua vez, seria articuladora da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família e trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolvendo atividades que incluam prevenção e promoção da saúde mental, lidando com os determinantes sociais do adoecimento através de práticas intersetoriais no exercício da cidadania (NUNES et al., 2007). Estes preceitos vão de encontro ao resultado da pesquisa, em que se observou conflitos na operacionalização de uma rede de cuidados, especialmente, na capacidade de desenvolver ações que estendam a assistência ao espaço social mais amplo.

Apenas um participante da pesquisa referiu:

Busca ativa; acompanhamento domiciliar; consultas e internamento; ações educativas a familiares e comunidade em geral (I).

O usuário deve ser visto como um todo; o atendimento precisa ocorrer de forma humanizada, visando à reabilitação psicossocial e resgate da cidadania do sujeito, utilizando-se de técnicas e exercícios elaborados de acordo com as particularidades da pessoa, de forma

que se alcance um bom relacionamento e a transformação da realidade. A assistência psiquiátrica desinstitucionalizada visa a transformação no campo prático do saber profissional e institucional da saúde mental, sendo esta tarefa competência de toda a equipe de saúde, entendida como multiprofissional (ALENCAR; FERNANDES, 2010).

A visita domiciliar ou “acompanhamento domiciliar” apontada pelo sujeito I configura-se como uma das formas de intervenção e de inserção dos usuários junto às comunidades; é um dos dispositivos utilizados em saúde mental com o objetivo de prestar atenção à saúde, seja investigando alguma situação específica, fazendo algum comunicado ou resgate do usuário ao serviço, ou ainda fazendo acompanhamento como forma de mantê-lo vinculado ao tratamento.

Desta forma, ela amplia o campo da interatividade entre o serviço e o usuário, desenvolvendo-se dentro dos princípios da humanização. Demanda formas mais participativas em contextos diversos na busca do entendimento da situação do usuário e das suas redes de apoio fora das instituições, contribuindo de forma mais efetiva para que este usuário possa se manter na condição de desinstitucionalizado, de acordo com a Reforma Psiquiátrica (FIRMINO et al., 2009).

Principais dificuldades na realização do matriciamento e do trabalho em rede de saúde mental

Nota-se que existe uma série de obstáculos para a realização do trabalho em rede e do apoio matricial, conforme citações dos sujeitos pesquisados.

Poucos profissionais na equipe e distância entre os serviços (I).

Falta interação entre as equipes e o CAPS (II).

Ausência de parceria, sem comunicação entre coordenação CAPS e ESF; Falta de reuniões e planejamento de atividades e divulgação; Falta de medicamentos, atividades de prevenção das doenças mentais, apenas atendimento curativo e de controle (IV).

Falta de treinamentos e capacitações; um maior entrosamento entre as equipes com o CAPS; reuniões mensais; avaliação e acompanhamento dos pacientes de nossa área de abrangência (IX).

A existência de uma rede de atenção em saúde mental ineficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes, o número insuficiente de profissionais e a falta de articulação entre os serviços acabam interferindo em todo o fluxo na rotina do trabalho, desestruturando a lógica de organização dos serviços. O resultado vai ao encontro das concepções dos teóricos, quando estes apontam para as dificuldades estruturais do sistema de saúde que refletem diretamente na assistência, em que o processo de transformação abrange uma mudança de postura da gestão e dos próprios profissionais, que não se veem como atores sociais com potencial de transformar o quadro atual da saúde pública (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Assim, percebe-se, pelos discursos, que a articulação entre os serviços nos diferentes níveis de atenção também é apontada como uma dificuldade. Os serviços CAPS e ESF deveriam atuar como articuladores e ordenadores da rede, porém, acabam centralizando a demanda no CAPS, inserido de forma muito tímida nos territórios e na comunidade.

A rede de serviços substitutivos em atenção psicossocial tem se expandido bastante nos últimos anos, no entanto, apresenta uma série de fragilidades. Ainda não se dispõe de uma rede ágil, flexível e resolutiva, em que o trânsito dos usuários seja facilitado, havendo acolhimento em suas diferentes demandas. Identificam-se, na grande

maioria, mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em sua rotina (LIBERATO, 2009).

Existe ainda, apesar de falar-se muito em intersectorialidade, uma articulação precária entre os CAPS e a rede de Atenção Básica. Não há clareza de apoio matricial; algumas equipes ainda resistem em dar a retaguarda necessária no matriciamento, compreendida como mais uma tarefa a ser inserida na rotina do CAPS. Enquanto isso, na Atenção Básica há ainda uma forte demanda de saúde mental não acolhida, talvez por fragilidades técnicas e humanas.

Treinamentos, capacitações e atualização em saúde mental

Constata-se que os sujeitos pesquisados não receberam, por meio do serviço, treinamentos, capacitações ou atualizações em saúde mental, como apontam em seus discursos:

Pelo serviço não. Apenas de forma particular, em curso de especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial FVS-Icó-Ceará (IV).

Não, em cinco anos de atuação neste serviço, nunca tive um treinamento em Saúde Mental (VI).

Muito triste, mas infelizmente a resposta é negativa! Há 14 anos atuo na área de Saúde da Família deste município, e nunca tive treinamento, ou fiz alguma capacitação sobre Saúde Mental. Salvo palestra (uma apenas) feita há uns cinco anos, por alguns integrantes do CAPS na Câmara Municipal de Lavras (VIII).

Muitas vezes os profissionais vão trabalhar em psiquiatria ou em outros serviços de assistência e surpreendem-se com sua falta

de preparo e de conhecimento específico, emaranhando-se nos difíceis papéis e ajustamentos. Diz-se ainda que tanto o serviço quanto o profissional têm o dever de contribuir no favorecimento do processo do conhecimento e da atualização em saúde (GIRADE et al., 2006).

O profissional deve manter-se em processo de aprendizagem continuada, promovendo ou exigindo da instituição em que trabalha o apoio para a vida profissional na área específica de atuação. Observa-se, portanto, que o resultado da pesquisa vai de encontro a estes preceitos, quando um dos sujeitos, isoladamente, referiu procurar capacitação por iniciativa própria.

O Ministério da Saúde refere que a rotina de trabalho na ESF traz uma demanda constante e muitas vezes exagerada por parte dos usuários com sofrimento psíquico, que frequentemente demandam acolhimento e consulta não agendada. Nos espaços matriciais, uma primeira barreira a ser enfrentada em saúde mental é a desconstrução do que os profissionais da ESF entendem por saúde mental, sendo a educação em saúde de fundamental importância neste processo, também através do matriciamento (BRASIL, 2011).

A educação permanente em saúde é uma proposta político-pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho e da formação em constante análise, construindo espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano, em que o objeto de transformação do processo de trabalho é o sujeito, orientado para a melhoria da qualidade de atenção à saúde (CECCIM, 2005).

Assim, o apoio matricial pretende oferecer uma retaguarda assistencial e um suporte técnico-pedagógico às equipes de referência e objetiva ampliar as possibilidades de realização clínica ampliada e integração dialógica entre as diferentes especialidades e profissões. Procura construir e ativar espaço para a comunicação ativa e para o compartilhamento de referência e apoiadores, implicando sempre na construção de um projeto terapêutico integrado através

de um trabalho vivo, de características descritas e por processos de educação permanente comprometidos com a participação coletiva.

Importância do matriciamento em saúde e da organização das redes de atenção à saúde

Nota-se nos discursos dos sujeitos o entusiasmo ao discorrerem sobre a importância do matriciamento e da organização da rede dos serviços de saúde.

O matriciamento é importante porque respeita o princípio da integralidade, quando proporciona um cuidado multiprofissional ao usuário (II).

É extremamente importante na reorganização do atendimento em Saúde Mental a partir da rede básica, modificando a maneira de trabalhar o sofrimento psíquico na Atenção Básica, bem como estimulando a integração da rede (III).

Serve de orientação para os serviços, para facilitar o acesso e a resolução dos problemas procurados pelo usuário (V).

Obter maiores e melhores informações sobre a condição (ou não) dos clientes da nossa área de abrangência e, assim, ter condições para fazer um planejamento direcionado para as necessidades mais urgentes, por exemplo: palestras, oficinas educativas para ACS e cuidadores, visitas domiciliares, entre outros (VIII).

No processo de integração entre saúde mental e atenção primária no Brasil, esse novo modelo tem sido norteador das experiências implementadas em diversos municípios. O apoio matricial, formulado

por Gastão Wagner Campos em 1999, tem estruturado um tipo de cuidado colaborativo entre os serviços do CAPS e da ESF. Esta proposta visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos da lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais e integrais entre os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (BRASIL, 2011).

Na medida em que se observaram as falas dos sujeitos pesquisados, percebe-se que suas respostas condizem com o verdadeiro propósito do matriciamento, que se define como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população, proporcionando a retaguarda especializada da assistência, em que o matriciador participa ativamente do projeto terapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou, por meio de sua análise, que os enfermeiros dos serviços envolvidos compreendem satisfatoriamente a dinâmica do matriciamento em saúde. No entanto, os serviços não funcionam com base na proposta do trabalho em redes e na construção compartilhada de saberes. Evidenciou-se uma série de dificuldades para a efetivação do matriciamento, o que nos leva a refletir sobre a importância de se trabalhar em consenso entre teoria e prática (saber fazer).

As dificuldades para se trabalhar o matriciamento, elencadas pelos sujeitos pesquisados, foram: a falta de profissionais, a dificuldade de acesso pela distância entre os serviços, desarticulação dos serviços e o pouco “entrosamento” entre os profissionais envolvidos. Elencou-se, também, a falta de capacitação profissional e da educação permanente em saúde, quando a maioria não relatou procurar aperfeiçoamento e capacitação para sua formação, mesmo que por disponibilidade própria.

Sinalizou, ainda, a deficiência do serviço prestado aos usuários em saúde mental no município de Lavras da Mangabeira, onde não se percebe um trabalho compartilhado entre a Atenção Básica (AB) e o Serviço Especializado (CAPS), evidenciando a necessidade de mudança de atitude por parte dos profissionais envolvidos no serviço e a corresponsabilidade da gestão.

Por fim, pode-se pensar que é necessário aprofundar conhecimentos e desenvolver estratégias capazes de apropriar habilidades acerca de matriciamento, promovendo articulações em redes, aliando teoria e prática, em que todos os envolvidos, profissionais, usuários e população em geral beneficiam-se com uma assistência qualificada em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A. K. B. de; FERNANDES T. G. Assistência de enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por Metassíntese. **Saúde & Transformação Social**, v. 1, n. 1, p. 148-153, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2653/265319560022.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2010.

BALLARIN, M. L. G. S. et al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 2, p. 162-168, 2011.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>>. Acesso em: 18 maio 2014.

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. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília: OPAS. 2005. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Política Nacional de Saúde Mental**. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes – Brasil, 25 de Junho de 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_uf_junho.pdf>. Acesso em: 16 de mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/70063697/Guia-Pratico-de-Matriciamento-em-Saude-Mental>>. Acesso em: 1 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interfaces – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161–168, set./fev.2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63010420.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2014.

FERMINO, J. M. et al. Atuação de psicólogos no Programa de Saúde da Família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Aletheia**, Canoas, n. 30, dez. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em: 25 maio 2014.

Matriciamento em saúde mental:
da estratégia saúde da família ao CAPS

GIRADE, M. da G. et al. Educação Continuada em Enfermagem Psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo: USP, v. 40, n. 1, mar. 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS – IBGE. **Cidades@**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=230750&idtema=16&search=caral|lavras-da-mangabeira|sintese-das-informacoes>>. Acesso em: 2 nov. 2013.

LIBERATO, M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental*, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/21_Magda_dimenstein.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.

MERHY, E. E. et al. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NUNES, M. et al. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, oct. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>>. Acesso em: 17 maio 2014.

SENA, L. A. de et al. Intersetorialidade e ESF: Limites e Possibilidades no Território de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev. Bras. de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 3, p. 337-342, 2012.

MÃOS QUE TECEM A REDE: REORIENTAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE UNIÃO (PI)

Francilva Marta Machado Rocha

Ana Patrícia Pereira Morais

José Maria Ximenes Guimarães

Cleide Carneiro

Ingrid Bezerra Costa Maia

INTRODUÇÃO

A segunda metade dos anos 1970 e a década de 1980 foram marcadas por lutas reivindicando mudanças do setor saúde no Brasil, desenvolvidas pelos movimentos de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica. Os formuladores de políticas públicas do Brasil, neste período, receberam forte influência de políticas internacionais. Na área da atenção básica destaca-se a declaração de Alma-Ata (1978), e da saúde mental a psiquiatria democrática italiana (ANDRADE et al., 2004; LANCETTI; AMARANTE, 2009).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde – SUS possibilitou a efetiva implantação do ideário da Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, os hospitais psiquiátricos passam a ser criticados do ponto de vista ideológico, político e sanitário. Ocorrem mudanças no paradigma da atenção à saúde mental no que concerne as suas dimensões conceitual, sociocultural, jurídico-política e tecnoassistencial (AMARANTE, 2007). Na busca de superação do modelo biomédico e manicomial, foi proposta a implementação de um modelo substitutivo. Este tinha como característica a construção de uma rede de serviços articulada no território, a qual

possibilite a reinserção social e o exercício da cidadania do sujeito com transtorno mental, por meio de sua articulação e circulação na cidade.

Nesta lógica, o cuidado às pessoas com transtorno mental e aos drogadictos, entre outros, passa a ser desenvolvido na família e na comunidade. A rede de serviços substitutivos, proposta pela Reforma Psiquiátrica, visa materializar estratégias de desinstitucionalização destas pessoas, sugerindo equipamentos de saúde como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, ambulatórios de saúde mental, leitos em hospital geral, centros de convivência e atendimento na atenção primária à saúde (BRASIL, 2003).

Destaca-se que a implementação destesserviços substitutivos deve ocorrer de modo articulado com a rede de atenção básica de saúde, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF constitui-se, hoje, na principal porta de entrada do sistema de saúde, o elo imediato entre unidades básicas, família e comunidade. Dessa forma, percebemos que a atenção básica, ao se constituir como porta de entrada ao sistema, deverá efetivar a integralidade das ações, incorporando a prevenção, a promoção e assistência (MERHY, 1997).

No entanto, tem-se percebido que a interação entre a atenção básica e a rede de saúde mental ainda é frágil. Por conseguinte, ainda favorece o maior uso de psicofármacos, as reinternações, bem como contribui para manter o sujeito com transtorno mental afastado de sua rede social. As possíveis causas para essa desarticulação seriam a pequena inserção das equipes da ESF nas comunidades, o não uso de equipamentos e recursos em saúde mental, profissionais não qualificados para trabalhar com a dimensão da subjetividade no território e as ineficientes ações multiprofissionais e intersetoriais.

No município de União, a 56km de Teresina, capital do Piauí, foi implantado um projeto piloto no qual eram realizadas ações de matriciamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) Elmira Irene Machado. Estas consistiam em consultas médicas psiquiátricas e dispensação de medicação descentralizada, ou seja, ações pontuais que

amenizaram parcialmente o problema dos usuários e seus familiares. Os usuários com transtorno mental não eram acompanhados por outro integrante da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), apesar deles terem outras patologias associadas. O atendimento é fragmentado, não considerando a doença mental e, por sua vez, não integra o acompanhamento ao grupo familiar, que é o foco das ações da atenção básica. A consulta psiquiátrica é realizada uma vez por mês. A entrega de medicamentos também é mensal e realizada pela técnica de referência do CAPS, em dia diferente da consulta. O atendimento é exclusivo da equipe do CAPS, tendo os Agentes Comunitários de Saúde – ACS como os únicos integrantes da ESF a participar do matriciamento. Eles têm a função de avisar ou relembrar aos usuários e/ou seus familiares o dia da consulta e da entrega da medicação.

No início de 2013, com a mudança da gestão municipal, presenciávamos uma quebra da atenção à saúde mental no município devido à troca de vários profissionais do CAPS. Além do mais, ainda tivemos a falta da medicação. Estes dois agravantes provocaram uma enorme procura por internações psiquiátricas no hospital de referência estadual, localizado em Teresina, esse sem leitos disponíveis. Essa situação relatada contrasta com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Por sua vez, a equipe da ESF se manteve distante do atendimento a esses usuários mesmo com uma relação longitudinal no tempo. Não se sentiam com responsabilidades sobre estes casos e até mesmo sem a qualificação necessária para atender aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Sabemos que a atenção à saúde mental não pode ser desenvolvida com ações pontuais, obedecendo à lógica do encaminhamento para outros serviços especializados indiscriminadamente, e nem ser desenvolvida exclusivamente por um profissional sensível a essas questões de saúde mental. Além disso, a colaboração no acompanhamento da ESF não deve ficar restrita aos avisos dos ACS para relembrar a consulta do psiquiatra. Defendemos que, devido à complexidade dos casos

que envolvem sofrimento das pessoas, são necessárias ações em colaboração multiprofissional. Assim, aspira-se alcançar adaptações do sujeito ao meio social e às necessidades que deste surgem; além disso, adaptar esse meio social aos usuários, minimizando as barreiras do preconceito instaladas, e buscar a manutenção do cuidado na própria comunidade.

Esta situação descrita nos fez questionar: Quais ações de saúde mental podem ser realizadas com corresponsabilidade pela equipe de referência e matricial na atenção básica?

Nesse contexto, considera-se que as equipes da ESF são a referência para o território, ao qual o CAPS se constitui matricial. De acordo com o manual de orientação dos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004), os CAPS são dispositivos que devem articular as redes de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas da inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.

Mas o cenário que encontramos no município apresenta dissonâncias em relação ao ideário da Reforma Psiquiátrica. Amarante (1996) traça três formulações importantes de desinstitucionalização, a saber: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e, por último, a desinstitucionalização como desconstrução. Esta última aborda, além de outros fatores, a diminuição dos leitos, que sem o funcionamento adequado do serviço substitutivo promove a desassistência ao sujeito com sofrimento psíquico e seus familiares.

A Atenção Psicossocial tem se mostrado como paradigma desencadeador de tensões na operacionalização das práticas nos serviços de saúde. Contudo, é justamente nesse campo de tensão entre o novo e o velho, do conflito entre a atenção psicossocial e o modelo psiquiátrico tradicional, que surge a possibilidade de ruptura da ideologia do tradicional (KANTOSKI; SILVA, 2001).

Não é possível um único serviço executar estas ações isoladamente, devido ao grau de complexidade e de vários conhecimentos

e abordagens que esta assistência requer. É necessário ficar sustentado numa ligação de complementariedade e de assistência compartilhada, baseada na lógica de funcionamento do território.

Tal pesquisa é relevante na medida em que dá voz aos usuários e familiares e não somente aos profissionais. Esperamos que todos, usuários, familiares e profissionais da ESF e da saúde mental sejam ouvidos em seus anseios e saibam ouvir os anseios dos outros, sentindo-se envolvidos nesse processo de construção.

Diante disto, o presente estudo tem por objetivo compreender as dificuldades, necessidades e perspectivas no acompanhamento da doença mental na Atenção Básica, representada por três grupos focais – usuários com familiares, profissionais da ESF e profissionais da saúde mental –, com o intuito de identificar suas fragilidades e potencialidades e assim fortalecer os integrantes dessa rede de atenção psicossocial com uma proposta de reorientação dos saberes e práticas da saúde mental na atenção básica.

METODOLOGIA

Este estudo é de natureza analítico-descritiva, tendo em vista as características do objeto de estudo, que buscou descrever as ações de saúde mental realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS). Além disso, buscou analisar as dificuldades, necessidades e perspectivas no acompanhamento de saúde mental, percebidas por representantes de usuários com transtorno mental e familiares, profissionais da ESF e por profissionais da saúde mental levantados em três grupos focais, respectivamente. Desta forma, caracteriza-se como um estudo de campo, por buscar um aprofundamento das questões propostas sobre a produção do cuidado aos usuários com transtorno mental e seus familiares, relacionadas aos integrantes da rede de cuidado e suas interações (GIL, 2011). Possui abordagem qualitativa por permitir “trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores

e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos”, ou ainda pelo fato de que

se aplica ao estudo da história, das soluções, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam (MINAYO, 2006).

O presente trabalho foi desenvolvido em etapas: elaboração do diagnóstico inicial, planejamento das ações conforme observações de campo e as representações das pessoas envolvidas nos grupos focais, para, futuramente, a partir desse planejamento, implementar ações de saúde mental da atenção básica.

As técnicas de coleta de dados utilizadas no presente estudo foram o grupo focal e observação livre. O grupo focal vem sendo utilizado em diferentes áreas de conhecimento, sendo apropriado para pesquisas qualitativas, em que se pretende explorar um ponto em especial. Além do mais, a referida metodologia contempla nosso objetivo e transforma os usuários, familiares e profissionais em protagonistas da nossa pesquisa. Dessa forma, através das sessões de grupos são reveladas opiniões, atitudes, representações e valores dos participantes (COSTA, 2007; FIGUEIREDO, 2006).

Nos dias e horários programados para a realização dos grupos focais, foram lidos, juntamente com os grupos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), detalhando os objetivos, e o termo foi assinado por todos os presentes. Só então, com a autorização de todos para gravar suas falas, tiveram início os respectivos grupos focais. Foram realizados dois grupos focais na UBS e um no CAPS, em horários de menor fluxo de usuários, ambos nas salas de reunião dos dispositivos de saúde. Foi assegurada aos participantes, todavia, a liberdade de interromper e se retirar da sala caso fosse necessário. Apenas a equipe do CAPS questionou

o roteiro de condução dos grupos. Além disso, a coordenadora do CAPS não avisou aos profissionais, atrasando o início do grupo focal.

Na tentativa de aproximar o diálogo entre os três grupos focais e como a técnica preconiza, seguimos um roteiro semiestruturado. Os encontros foram transcritos na íntegra. Após a transcrição, ouviram-se todas as discussões, tendo-se anotado as considerações necessárias.

Ressaltamos que a composição dos grupos focais necessita privilegiar a homogeneidade entre os participantes. Os grupos mais homogêneos permitem alcançar resultados mais ricos e profundos sobre o tema (COSTA, 2007).

Os sujeitos da pesquisa foram seis familiares e seis usuários com transtorno mental, dez profissionais da ESF da Unidade Básica de Saúde Elmira Irene Machado e seis profissionais da equipe do CAPS.

De acordo com Abreu (2007), não é necessário um grande número de participantes nas sessões de grupo focal, visto que o importante é a densidade das discussões. A literatura diverge quanto ao número ideal de participantes, variando de quatro a doze.

A inclusão dos sujeitos na pesquisa obedeceu aos seguintes critérios: o primeiro grupo focal foi composto por um usuário e um familiar de cada uma das seis microáreas da UBS Elmira Irene Machado, perfazendo um total de doze pessoas, seis usuários e seis familiares identificados pelos agentes comunitários de saúde como os casos mais complexos da sua microárea, além de estarem presentes na UBS à procura de atendimento psiquiátrico no dia agendado para realização do grupo. Os usuários deveriam ser maiores de 18 anos, manter determinada autonomia e cognição preservada, viver ou ter contato regular com pelo menos um membro da família, consentir em participar do estudo (ou através do seu representante legal). Os familiares deveriam morar com um parente com transtorno mental. Ambos assinaram o termo de compromisso voluntário TCLE; o segundo grupo focal foi formado por profissionais da Atenção Primária: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem,

uma dentista e seis ACS. Todos trabalham na equipe da zona rural da UBS Elmira Irene Machado e aceitaram participar da pesquisa, além disso, assinaram o termo de compromisso voluntário, expresso no TCLE; o terceiro grupo focal foi formado pela equipe de saúde mental que está vinculada ao CAPS I Edison Sampaio, responsável por toda a área urbana e algumas áreas da zona rural do município de União. Participaram os seguintes profissionais: dois psicólogos, uma terapeuta ocupacional, que é a atual coordenadora, uma enfermeira, uma assistente social e um psiquiatra. O técnico de referência da área selecionada é o profissional com formação em serviço social. Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram excluídos pelo fato de terem pouca ou nenhuma experiência sobre matriciamento.

Técnico de referência foi o termo adotado pela equipe do CAPS para o profissional responsável pela equipe da ESF e, consecutivamente, o médico psiquiatra que dá suporte ao atendimento está ligado a esse técnico de referência. Por exemplo: se o técnico de referência é do CAPS, o psiquiatra que atende é o do CAPS; se o técnico de referência é do NASF, o psiquiatra que faz as consultas é do NASF.

As observações de campo e os grupos focais ocorreram no período de janeiro a abril de 2014 e, de acordo com o fluxograma, o desenho do estudo dividiu-se em três momentos.

Momento I – Foi realizado no dia 10 de janeiro um grupo focal na sala de reunião do dispositivo de atenção básica com usuários e familiares no dia do atendimento do médico psiquiatra. Os participantes foram selecionados entre os que estavam esperando o atendimento obedecendo aos seguintes critérios: um usuário e um familiar por cada microárea, num total de seis usuários e seis familiares, para conhecer suas dificuldades, necessidades e perspectivas do serviço de assistência em saúde mental.

Momento II – Foi realizado no dia 17 de janeiro o segundo grupo focal para coletar informações sobre as dificuldades,

necessidades e perspectivas dos profissionais da ESF no acompanhamento dos usuários ao lidar com a doença e suporte familiar.

Momento III – Foi realizado no dia 27 de janeiro o terceiro grupo focal com trabalhadores especialistas em saúde mental para serem identificadas suas dificuldades, necessidades e perspectivas no acompanhamento com familiares e usuários com transtorno mental.

As falas foram gravadas e a experiência foi registrada através de diário de campo. Dessa maneira, foi possível configurar, em cada grupo social, a representação de cada participante, partindo de um contexto de significados subjetivos para um contexto de significados objetivos.

O método adotado para a organização e análise do material empírico foi a análise de conteúdo, numa perspectiva crítico-reflexiva, com ênfase em eixos temáticos, proposta por Minayo (2010).

A pesquisa foi aprovada em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Parecer 690.458, de acordo com as normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A convergência das falas nos grupos focais e da observação de campo, durante os quatro meses de acompanhamento da equipe matricial, possibilitou identificar as dificuldades e necessidades no acompanhamento dos sujeitos com transtorno mental, bem como as perspectivas para o serviço de acompanhamento em saúde mental. Com base nessas duas dimensões de análise, que emergiram das falas dos três grupos de sujeitos da pesquisa, foi possível delinear uma proposta de intervenção para qualificar a rede de saúde mental no município de União (PI).

Os usuários e seus familiares falam da busca por cuidado na ESF, na qual o atendimento está centrado no médico, na perspectiva da prescrição medicamentosa. Parece haver uma fragmentação do cuidado, bem como a dificuldade de reconhecimento, por parte do médico, da demanda de saúde mental como parte do trabalho da ESF. Tal fato pode ser evidenciado na fala:

[...] fui até a UBS, quando me disseram que tinha chegado um médico, desesperada pela medicação que não podia ser comprada sem receita, pois o meu filho não dormia. [...] O médico do PSF atendeu, mas o mesmo disse que esse atendimento não era para ele e quando seu filho tiver outro problema daí pode trazer, mas esse não (Familiar 1).

Observou-se que o foco principal da discussão é o tratamento medicamentoso, reiterado pelos usuários quando afirmam que “pra mim a principal dificuldade é não ter o remédio [...]” (Usuário 1).

Outro aspecto importante que emerge na fala dos usuários se relaciona ao acesso ao atendimento: “A principal dificuldade era de chegar ao atendimento” (Usuária 2).

Não obstante, a equipe da ESF revela a dificuldade de lidar com dimensão subjetiva no território da ESF, conforme se pode evidenciar na fala da profissional: “Tenho dificuldade na identificação dos sintomas clínicos, as várias medicações eu não tenho domínio sobre elas” (Profissional E).

Os profissionais da ESF, mesmo com o processo de matriciamento, não desenvolvem outras modalidades terapêuticas, conforme revela um familiar: “o tratamento é sem graça, é só ir lá pegar a receita, às vezes o remédio, quando tem” (Familiar 2).

Ainda outro profissional referiu que “Para esse atendimento é necessário capacitação, melhorar a estrutura física da UBS e se pensar em programas de educação em saúde voltada para os pacientes e familiares” (Profissional M).

Os Agentes Comunitários de Saúde são os profissionais que estão no contato direto com as famílias e participam desse acompanhamento. Informam as agendas de atendimento e visitam as famílias. Durante o grupo focal refletiram sobre suas próprias dificuldades, especialmente, as relacionadas à condução de situações que consideram mais delicadas no acompanhamento, o que os diferenciou dos demais membros da equipe, demonstraram a necessidade de apoio no seu trabalho e, principalmente, de espaços para discussão e reflexão.

Os profissionais do CAPS implicados com o matriciamento revelam que os técnicos de referência realizam na área de sua responsabilidade ações de acordo com a sua preparação e avaliação das necessidades que acreditam ser adequadas. Porém, foi dada ênfase às falas da assistente social e do psiquiatra, responsáveis por essa atividade na UBS Elmira Irene Machado, campo do estudo.

Nesse sentido, a Assistente Social pondera que:

[...] a maior dificuldade agora é o território, por ser muito grande, por isso defini no meu planejamento ir mais vezes. Eu acredito que possa melhorar e que inclusive eu já estou fazendo é ir mais vezes no mês, não só quando eu estou levando o médico, mas também acho importante eu estar presente na entrega da medicação porque eu aproveito e vejo os pacientes e conheço tanto eles como os familiares.

Esse relato ressalta a necessidade de melhor organização do serviço e planejamento dos processos de trabalho dos profissionais em articulação com as necessidades da demanda. A comunidade também refere o desgaste de ter que ir à UBS diversas vezes na semana para finalizar as questões relativas a tratamento medicamentoso, ou seja, para os participantes não há sentido, por exemplo, dois deslocamentos para o mesmo fim, uma ida para pegar a receita com psiquiatra e outra para pegar a medicação, e na ausência deste providenciar outro deslocamento até a zona urbana da cidade para comprar o psicotrópico.

O médico psiquiatra foi o único profissional que apontou como dificuldades relacionadas a gestão, bem como a necessidade de compartilhar ações com a ESF. Reconhece a falta de infraestrutura básica, a indisponibilidade de materiais como receituários e medicamentos. Enfatiza a necessidade de realizar campanhas de esclarecimento sobre transtorno mental, maior engajamento das equipes em manter o paciente em tratamento.

No entendimento do psiquiatra da equipe é necessário que a saúde mental passe a fazer parte do programa de saúde da família; o elo entre a equipes da ESF e a comunidade é o ACS. Quando ele é treinado deve estar apto para identificar o estado de saúde da família; realizar busca ativa de gestantes e encaminhar para o pré-natal; informar se tem novo morador na área durante as visitas; identificar e encaminhar as pessoas que precisam de atendimento psiquiátrico, ficar sensíveis na identificação de casos, acompanhar a medicação e informar internação psiquiátrica para os profissionais da UBS.

O grupo de profissionais do CAPS concorda sobre a necessidade de apoiar a equipe da ESF; mostrou consenso sobre a importância de superar dificuldades da comunidade. Há que se considerar, no entanto, que a infraestrutura inadequada e a falta de materiais e equipamentos ecoam como justificativa para a não realização de ações e não organização do processo de trabalho para acompanhamento sistemático dos sujeitos com sofrimento psíquico.

Há ainda que se considerar que as visitas domiciliares são realizadas mensalmente para cada família, com eleição de casos prioritários para uma segunda visita. Contudo, os usuários de saúde mental não entram na relação de prioridade, pois não integram as áreas programáticas da Atenção Básica, as quais possuem indicadores epidemiológicos e de cobertura de serviços que as equipes precisam alcançar, segundo os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Na perspectiva de subsidiar a reorientação dos saberes e práticas de saúde mental, considerou-se as falas e a observação do campo

na elaboração de uma proposta de intervenção que assumiu como base os elementos de análise que emergiram, como demonstrado no Quadro 1.

ELEMENTOS DE ANÁLISE E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	
Elementos de análise	Objetivos de Intervenção
Dificuldade de manutenção da medicação	Melhorar acesso dos usuários e familiares para a manutenção da medicação Construir parcerias entre a ESF e outros dispositivos de rede, com vistas à manutenção da medicação nos casos cuja a realidade socioeconômica dos usuários os prejudica
Reprodução do modelo assistencial psiquiátrico para tratamento da maioria dos usuários, em detrimento de abordagens complementares e substitutivas	Fortalecer as tecnologias leves como ações de intervenção da ESF em saúde mental Implementar grupos terapêuticos na Atenção Básica à Saúde e outras terapias alternativas/complementares
Falta de planejamento das ações de saúde mental de acordo com as dificuldades e necessidades da área	Melhorar o planejamento das ações de saúde mental conhecendo o território e as necessidades dos usuários e familiares Conhecer o perfil epidemiológico com registros das informações das condições das doenças mentais
Despreparo dos profissionais do CAPS sobre as ações de saúde mental na atenção básica	Criar fluxo de referência para transferência dos usuários estabilizados, para dar segurança no acompanhamento do tratamento pelo médico da ESF Conhecer as ações dos integrantes da equipe de SF
Despreparo dos profissionais da ESF para abordar os problemas de saúde mental	Fazer rodas de conversa para discussão de casos para integrar ações de intervenção multiprofissional Reconhecer as potencialidades através da educação permanente em saúde e as possibilidades das intervenções em saúde mental da equipe da estratégia de saúde da família

Mãos que tecem a rede:

reorientação do cuidado à saúde mental na atenção básica no município de União (PI)

ELEMENTOS DE ANÁLISE E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	
Elementos de análise	Objetivos de Intervenção
Demanda excessiva, tanto para a ESF como para os profissionais da saúde mental	Redefinir os casos que devem ser acompanhados pelas duas equipes e casos que são exclusivos da Atenção Básica Fazer parte da programação da ESF, uma vez por mês, o Dia da Saúde Mental Compartilhar os casos mais complexos de forma eficiente e resolutiva
Falta de informação e apoio para o cuidado	Fortalecer o autocuidado apoiado Realizar intervenção na comunidade
Falta de conexão entre os dispositivos da rede	Consolidar parcerias eficientes entre as equipes referencial e matricial
Falta de adesão ao tratamento por parte dos familiares	Orientar familiares sobre as condutas e importância da manutenção do tratamento Formar grupos informativos
Falta de atenção domiciliar	Agendar visita com equipe multiprofissional para os casos que não conseguem chegar até a UBS de acordo com as necessidades identificadas
Falta de corresponsabilidade entre as equipes referencial e matricial nas ações de saúde mental na área	Construir parcerias para o acompanhamento dos casos na área Pactuar responsabilidades entre os integrantes da equipe referencial e matricial Compartilhar com o profissional enfermeiro as ações pactuadas entre os médicos para que ele auxilie nas decisões em consonância com o médico, já que este profissional muda muito, principalmente nas áreas de zona rural

Quadro 1 – Elementos de análise para elaboração proposta de intervenção

Fonte: autoria própria.

Segundo Zanotto e De Rose (2003), interpretando Paulo Freire, a ação de problematizar acontece a partir da realidade que cerca o sujeito; a busca de explicação e solução visa a transformar aquela realidade, pela ação do próprio sujeito (sua práxis). O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente.

Ficou evidenciada a necessidade do acompanhamento da ESF junto à equipe de saúde mental, com parceria e corresponsabilidade, fazendo a interconsulta e acompanhamento de casos em ação conjunta e ações diversificadas tais como avaliação clínica, visitas domiciliares, intervenções na crise, monitoramento da terapêutica medicamentosa, agendamento de consultas e visitas domiciliares, encaminhamentos, intervenção psicossocial, oficinas terapêuticas, suporte familiar, busca ativa, entre outras. É necessário considerarmos o contexto social que cada serviço está inserido e a preparação de todos os integrantes para executar estas ações de saúde mental. Essa iniciativa é fundamental para elaboração do projeto terapêutico singular para orientar o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco, envolvendo todos nessa construção – profissionais da ESF, profissionais da saúde mental, usuários e familiares –, e reconhecer nessa discussão coletiva que o risco não é apenas clínico. É importante enfatizar isto, o risco é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde. Com base no risco é definido o Projeto Terapêutico, e a partir dele deve-se definir ações complementares de apoio mútuo entre os trabalhadores de saúde e orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento à suas necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As falas dos usuários e familiares nas rodas foram limitadas com relação às proposições de respostas alternativas para abordagem dos problemas de saúde mental. Ambas as representações foram enfáticas ao argumentar a dificuldade de manutenção do modelo biomédico tradicional, em que o médico representa a figura central e detentora das respostas aos seus anseios, a necessidade da medicação, já que faz parte da única tecnologia de intervenção na saúde mental reconhecida por eles.

A representação do grupo de familiares e usuários sobre ter assistência da equipe da ESF mostrou consenso sobre necessidade de ter o atendimento do médico da ESF na manutenção da medicação. Apesar de referirem o modelo biomédico como essencial ao tratamento, ainda representaram as dificuldades e necessidades que têm no dia a dia, tais como aceitação da comunidade, desejo de conhecer a doença mental, melhorar a qualidade no acompanhamento, mais responsabilidade dos profissionais para que não faltem quando marcarem o atendimento e melhorar a assistência na hora das crises.

Não se pretende abandonar os modelos construídos a partir da racionalidade científica, mas criar estratégias entre a ação e a intuição, com o propósito de articular e utilizar o conhecimento científico na operacionalização de práticas de saúde que possam dar conta da singularidade e da subjetividade do adoecer concreto.

Uma consideração importante para o acompanhamento da saúde mental pela ESF está relacionada à sua inserção nas diretrizes do SUS para Atenção Básica, que deve tratar um maior número de agravos. Assim, facilita-se o acesso aos serviços especializados daqueles que de fato dele necessitam. O atendimento resolutivo dos casos por meio da assistência aos portadores de problemas de menor complexidade ou com quadros estabilizados pode ficar na responsabilidade da Atenção Básica, desde que devidamente apoiada técnica e institucionalmente.

É necessário proporcionar espaços de discussão e de educação em serviço para preparar os profissionais para lidar com situações adversas e dar o suporte adequado para aliviar o sofrimento de seus usuários e familiares. Assim, favorece-se a integração das ações, uma vez que os serviços secundários podem se ocupar dos casos que de fato necessitem cuidados desse nível de complexidade. Também é preciso proporcionar espaços de discussão do próprio trabalhador e problematizar as suas ações em seu contexto de trabalho.

É necessário, da mesma forma, criar um ponto de interseção entre o saber científico e o saber popular para uma construção dialética de importantes estratégias de saúde mental no território, transformando-os em atores protagonistas da orientação e reorientação dos saberes e práticas no contexto social e comunitário.

Os achados mostraram que as ações executadas pelo matriciamento da saúde mental na UBS Elmira Irene machado estão focadas no modelo biomédico, ou seja, consultas com o psiquiatra para a manutenção das receitas e dispensação de alguns medicamentos; o serviço da equipe de saúde da família se resume a encaminhamentos e à comunicação desses atendimentos na visita domiciliar pelo ACS.

Por mais que os usuários façam tratamento no serviço secundário de referência para saúde mental, é na comunidade que eles passam a maior parte do tempo. Por isso, a ESF tem várias potencialidades no acompanhamento desses usuários e familiares ao utilizar tecnologias leves como ações de escuta, orientação e formação de vínculo, já que mantêm uma relação de longevidade na assistência junto às famílias de sua área adstrita.

Acreditamos no potencial da ESF para o desenvolvimento das práticas de saúde mental, independentemente do acompanhamento desses transtornos, sejam leves, moderados ou graves, já que a promoção de saúde, inclusive a promoção de saúde mental, é o foco do planejamento das ações com prioridade para a atenção

no contexto familiar e no planejamento das intervenções, possibilitando a (re)inserção social do usuário junto às suas famílias e comunidade.

Convém assinalar que a atenção à saúde mental no território, em especial na ESF, é uma estratégia essencial para o alcance de uma assistência humanizada, como preconiza a reforma psiquiátrica.

As competências dos profissionais para colaboração entre as equipes de saúde ESF e CAPS são necessárias para atender às necessidades do cliente, necessidades estas complexas dentro de um quadro de cuidados, mas com grande relevância na atenção primária de saúde. Cada um tem um papel importante na gestão desses cuidados, e não apenas o atendimento especializado de saúde mental.

A lógica do funcionamento do matriciamento da saúde mental é a mesma do atendimento da gestante de alto risco, do hipertenso e do diabético crônico. A gestante é encaminhada, mas não deixa de morar no território e nem de fazer o acompanhamento pela equipe de saúde da família que acompanha e monitora suas consultas fora do território. Assim como o hipertenso crônico, que necessita de um acompanhamento de um cardiologista, ou seja, de um especialista.

A ESF tem atividades muito protocolares. Vamos protocolando as nossas práticas e tendo práticas protocoladas, os protocolos clínicos regulam o funcionamento. Isso de alguma forma orienta as condutas a serem seguidas, mas de alguma forma regula quem vai ser atendido ou não.

Esperamos que os achados relatados nesta pesquisa provoquem reflexões nas equipes da ESF sobre as práticas de saúde mental na atenção básica, ampliando, assim, as possibilidades de consolidação da Reforma Psiquiátrica com ações eficientes de manutenção da ética profissional e corresponsabilidade das ações de saúde mental no contexto da atenção básica. Desejamos ainda que os anseios dos usuários e familiares sejam identificados, para que o serviço seja planejado centrado nas necessidades do usuário de saúde mental, envolvendo este sujeito no planejamento do processo para atender às suas demandas.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. G. C. de. **As subjetividades existentes nos processos de trabalho de um CAPS: a construção imaginária dos atores sociais sobre acesso, acolhimento/vínculo e satisfação.** 2007. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

AMARANTE, P. **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: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, L. O. M. et.al. A estratégia saúde da família. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artemed, 2004. p. 88-100.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** **Circular Conjunta**, n. 01/03, 13 nov. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Departamento de Ações programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA, I, B. **Satisfação dos usuários na atenção básica: e a reforma psiquiátrica, como anda?** 2007. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

Mãos que tecem a rede:

reorientação do cuidado à saúde mental na atenção básica no município de União (PI)

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

KANTASKI, L, P.; SILVA, G. V. **Ensino de enfermagem e reforma a psiquiátrica**. Pelotas: UFPel, 2001.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et. al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 615-634.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 197-228.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. rev. e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2010. 406 p.

ZANOTTO, M. A.; ROSE, T. de. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 45-54, jan./jun. 2003.

O ENQUADRAMENTO DAS INTERAÇÕES SOCIAIS ENTRE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À LUZ DOS PRESSUPOSTOS DE GOFFMAN

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Rosana Lúcia Alves de Vilar

Máisa Paulino Rodrigues

Geórgia Sibebe Nogueira da Silva

Liberata Campos Coimbra

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) exige a produção de estudos que possam contemplar a singularidade das perspectivas relacionais, na intenção de esclarecer quais os tipos de interações cotidianas e quais os conteúdos e formas expressos nessas interações, de acordo com as pretensões dos sujeitos.

Assim, os conteúdos (motivações, interesses, finalidades, objetivos) de cada pessoa, que são estabelecidos a partir dos instintos, pulsões e impulsões dirigidas a determinados fins, entram em intercâmbio no mesmo instante em que os agrupamentos humanos assumem arranjos (formas) estruturados de acordo com a reciprocidade destes conteúdos. As formas e os conteúdos são inseparáveis e passam a assumir determinadas características quando indivíduos que viviam anteriormente isolados se aproximam uns dos outros e adotam um formato de colaboração ou conflito e negociação, por meio de uma interação para constituir uma unidade comum dentro da qual realizam seus interesses (SATURNINO JUNIOR, 2012).

Degenne (2009) distingue a interação da relação. Para ele interação é o intercâmbio de curta duração, uma unidade de ação, e uma relação é um conjunto de interações entre as mesmas pessoas durante um período de tempo. Assim, o tempo e a frequência dessas interações as conduzem na direção das relações. Este autor classifica as interações em quatro categorias abstratas: correlativas; definidas pela organização; confrontação/negociação; e autônomas. Na prática as interações combinam múltiplas características, frente à complexidade dos sentidos das relações sociais.

As interações correlativas são aquelas em que os pares são indivíduos que se definem pelos papéis que ocupam na interação e que possuem uma dependência mútua proveniente de suas qualidades (complementares), ou seja, um não existiria sem a presença do outro (profissional de saúde e usuário, professor e aluno, homem e mulher, produtores e consumidores, político e eleitor, etc.).

Por sua vez, as interações que são definidas pela organização são induzidas pelas regras, normas e estrutura de uma instituição, que define o formato que tomarão. Está relacionada com a divisão social do trabalho e a burocracia. Pode ocorrer a partir da identificação do indivíduo com a organização, que a percebe enquanto valor e legitima sua autoridade hierárquica e normativa.

Já a interação do tipo confrontação/negociação está relacionada à ocorrência de conflitos e à formação de consensos. Parte da premissa de que a existência de uma negociação no presente é sempre consequente a um conflito acontecido anteriormente. Além do mais, interações apenas conflitivas não são produtivas, de forma que se justificam a partir de uma espécie de paradoxo capaz de expor as relações de poder, a demarcação de limites e a definição de papéis sociais.

Finalmente, as interações autônomas são caracterizadas pela espontaneidade, maior confiança e horizontalidade. Não dependem do contexto nem da qualidade (status) dos atores. Pressupõem a

existência de um conhecimento prévio entre os atores, uma historicidade na relação (longitude), e não apenas uma interação pontual.

As composições sociais predominantes e aceitas socialmente são denominadas de hegemônicas. Por sua vez, o surgimento e o desenvolvimento de projetos e referências que acenem com novas perspectivas para a vida social são chamados de contra-hegemônicos. Algumas formas de sociabilidades conflituosas são expressões de esgotamento estrutural da sociedade, caracterizando-se como refugos de formas de sociabilidade já ultrapassadas (SATURNINO JÚNIOR, 2012).

O conflito é visto como estruturante das interações sociais e deve ser compreendido como algo positivo, que envolve tensões e contrastes, e não apenas cria divergências. Ele catalisa a produção da vida social para além de sua reprodução, na direção de uma transformação, pois as tensões presentes em (entre) todas as esferas (individual, grupal, social) propiciam a decadência das formas de interação já cristalizadas e a ascensão de novos formatos. Portanto, para formalizar acordos (consensos), é estratégico focar no que se tem de comum (convergente), ao encontrar situações em que os sujeitos têm fins ou interesses muito divergentes.

O Enquadramento (*Framing Analysis*), de Goffman (2012), é uma categoria de mediação entre o indivíduo e a sociedade, um quadro interpretativo, uma tentativa de reconhecer a definição de situação (o que está acontecendo) como real e verificar como se chegou a ela, identificando os quadros (*frames*) que possibilitam ou viabilizam diferentes definições. Então, os quadros são instrumentos de análise através dos quais se pretende compreender a percepção, a construção e a ação dos indivíduos na realidade.

A análise dos quadros articula os princípios de organização que estruturam os acontecimentos: a análise da interação; a experiência dos participantes; a dimensão cognitiva da participação; e o contexto da situação. Esses quatro elementos (interação, experiência, cognição e contexto) evocam os conteúdos (interesses, inclinações, tendências), relacionando-os com as formas constituídas

no momento (ato) do encontro (subjetivo), e são determinados por cada participante através dos quadros que foram compartilhados ou não. A mesma sequência de acontecimentos é interpretada de maneira diferente se o contexto for outro.

Um esquema primário (quadro natural) é o ato de atribuir significado a algo que está desprovido de significação, sem necessidade de recorrer a um enquadramento prévio (original). Indica um conhecimento tido como certo sobre a realidade de determinada atividade. Estão presentes em qualquer situação, na identificação e distinção dos acontecimentos. Através deles é possível atribuir sentido aos diversos aspectos de determinada situação, sem os quais não teriam nenhum significado (SANCHIS, 2001).

A borda do quadro refere-se à fronteira imaginária que separa a faixa de atividade enquadrada do mundo ao seu redor, não se constituindo nem como parte do cenário nem como parte do mundo, mas reguladora de ambos. Deleuze (2004) traz uma observação interessante: para ele o enquadramento seria um sistema fechado que abarca uma imagem (quadro) e tudo o que nela está presente (cenários, objetos, personagens), um conjunto a compreender elementos (conteúdos, dados, informações) e outros subconjuntos. Tais elementos são por vezes numerosos, saturados, por vezes escassos, rarefeitos. Assim, uma imagem pode ser visível e/ou legível, e enquadrar é, portanto, limitar uma dinâmica de cenas, imagens e afins.

Dessa forma, um quadro abriga diversos quadros, diferentes entre si, conjuntos e subconjuntos, pessoas e coisas, indivíduos e coletivos, em que cada quadro é dinâmico, intensivo e gradativo (laminado). Logo, uma tela (recorte) é considerada um quadro dos quadros, porque dá uma medida comum ao que não a tem (tal qual o rosto da personagem e uma paisagem ou a lua, altiva e imperiosa, ao lado da folha da árvore). Partes que não são semelhantes quanto à distância, relevo, matéria e luminosidade, mas que são assemelhadas no quadro em questão, normatizadas na imagem desterritorializada.

Todo sistema fechado é um sistema ótico, objetivo, referente a um ponto de vista sobre os conjuntos e suas partes. Vez ou outra esses pontos de vista parecem extraordinários, paradoxais, no entanto, são visões que confirmam a função legível das imagens para além da sua função visível. Por fim, existem ainda no enquadramento (imagem) elementos que, embora estejam presentes, não se vê, nem se ouve, apenas percebe-se, afinal é improvável contabilizar, em grafos e matrizes algébricas, os sentimentos, fantasias, desejos, pensamentos e a criatividade do artista.

O quadro realiza um corte móvel através do qual os subconjuntos se comunicam a um conjunto maior, mais vasto. Então todo sistema enquadrado (fechado) também é comunicante (aberto). E tal abertura revalida a função legível das imagens para além de uma função apenas visível, formando um universo, ilimitado, mas que não é o todo, pois o todo é, nesse raciocínio, o que impede cada conjunto ou subconjunto (quadro) de se fechar em si mesmo, forçando-o a suscitar um conjunto não visto. Enfim, enquadrar significa mobilizar diversos quadros, unidos pelo denso ou tênue fio de um extracampo, ou seja, do que existe na imagem, mas que não é visualizado, porém, passível de percepção.

Entretanto, um quadro primário pode receber laminações através de duas maneiras: pela adição de uma nova camada de significados sobre a camada preexistente (tonalização), reposicionando um acontecimento a partir de outro ângulo de percepção (quadro secundário); e pela indução de uma farsa acerca do que está realmente acontecendo (maquinação). Uma nova laminação não substitui o esquema primário de sentido, apenas o envolve com outra camada de significados. O núcleo do quadro continua sendo o acontecimento em si, mas o situa em outro contexto.

Na maquinação, ocorre a produção do engano e da trapaça, situando alguém na condição de enganado, vítima da armação. A intenção do maquinador (manipulador) é distorcer o enquadramento de alguém para confundir a realidade. É o caráter fabricado da situação, que são esforços deliberados, individuais ou coletivos, destinados a desorientar o rumo das coisas. Pode ser uma manipulação benigna, tipo

uma festa surpresa, ou maligna, tal qual o conto do vigário. Indivíduos conscientes de sua capacidade de projetar uma determinada imagem desejada durante a interação manipulam suas ações a fim de expressarem uma ideia de si para impressionar os outros (HANGAI, 2012).

A definição de situação está ligada à construção social da realidade, indispensável para entender de que maneira as pessoas se orientam no mundo. É um mecanismo que permite aos atores entender o que está acontecendo em uma determinada conjuntura (à sua volta) e se alinhar adequadamente às diferentes situações. Uma definição de situação errônea pode causar constrangimento e conflito, levando ao rompimento da expectativa inerente à reciprocidade e a interação.

Na representação, os indivíduos desempenham papéis sociais que são predefinidos. Um papel social é a promulgação de direitos e deveres ligados a uma determinada situação social. Nos rituais de interação, os indivíduos transmitem dois tipos de informações de si: uma identidade social virtual que expressa atributos esperados por ele; e uma identidade social real correspondente aos verdadeiros atributos contidos nele.

Os atores sociais também estabelecem fronteiras e limites durante a interação. A existência de acusações expõe relações de poder e hierarquias. Desta forma, muitos processos de reciprocidade são permeados de ambiguidade, podendo se manter como uma expressão de camaradagem e respeito ou, ao contrário, como uma manifestação de hostilidade, produzindo constrangimentos e humilhação (SANCHIS, 2011).

Nesse sentido, entendemos que no âmbito da saúde a tomada de consciência acerca desses aspectos durante as vivências interativas poderá contribuir para a manutenção das ações coletivas ofertadas, bem como disparar a construção compartilhada de novas práticas de promoção de saúde, fortalecendo o pertencimento e o vínculo entre os participantes. No âmbito deste escrito temos como objetivo analisar as interações sociais em saúde a partir do encontro entre usuários e profissionais em uma unidade da Estratégia Saúde da Família na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, tomando como analisador principal

a teorização sobre o Enquadramento (*Framing Analysis*), a partir de Goffman. Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – MPSE/RENASF, intitulada *Análise de Redes do Cotidiano a partir do encontro entre usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família*.

MÉTODO

Foi realizado de uma pesquisa de natureza qualitativa e exploratória. Os sujeitos foram dez trabalhadores de saúde e dez usuários de uma unidade da ESF. Os critérios de inclusão foram: para os profissionais, fazer parte do quadro de pessoal da referida unidade, ter mais de cinco anos de prática na ESF da unidade em foco; e para os usuários, ser morador da área de abrangência (cenário) por mais de cinco anos e ter participação efetiva em pelo menos duas atividades coletivas desenvolvidas nessa USF.

Optou-se pelo uso de entrevistas semiestruturadas individuais (gravadas) e, ainda, por grupos focais, intencionando a complementaridade dos dados. Fez-se uso também de um diário de campo, onde se registrou, após cada encontro, as percepções observadas, destacando aspectos relevantes para a análise. Os dados foram coletados entre os meses de junho a agosto de 2013. O primeiro grupo focal foi composto por dez profissionais de saúde, sendo cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), três trabalhadores de Nível Superior e dois profissionais de Nível Médio. O segundo grupo focal foi formado por dez usuários.

A Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES) foi utilizada para estimular a interação nos grupos focais. Tal metodologia foi idealizada por Martins (2009, 2011). É um método que possui uma aproximação fenomenológica na medida em que busca a compreensão das relações sociais a partir das experiências vivenciadas pelos sujeitos, valorizando suas experiências no mundo da vida, as trocas e as regras de reciprocidade que explicam os conflitos e as

alianças (MARTINS, 2009), levando os atores participantes a refletirem sobre as experiências interativas.

A análise dos dados foi feita por meio da técnica de Análise Temática de Conteúdo, sistematizada por Minayo (2004). Após a transcrição do material, em uma fase de pré-análise, empreendeu-se uma leitura flutuante (preliminar e intuitiva), para definição do corpus de análise, formulação de pressupostos e leitura dos conjuntos de textos. Na fase de exploração foi feita a codificação a partir das Unidades de Registro (palavras, frases, parágrafos), e de Unidades de Contexto (temas, resumos, recortes de sentido, eixos, acontecimentos, respostas), buscando a transformação sistemática de dados brutos em núcleos de sentido. O tratamento e a interpretação dos resultados classificaram os elementos segundo suas semelhanças e diferenças, categorização, inferência e reagrupamento, baseando-se nos referenciais da *Framing Analysis* de Goffman (2012).

A investigação foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 15800213.7.0000.5292, no parecer nº 296.248, em 06/06/2013, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservação do anonimato dos sujeitos, as falas destacadas estão representadas por nome de praias (usuários) e mares (profissionais).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre o perfil dos sujeitos, a faixa etária dos profissionais de saúde compreendeu sujeitos entre 32 a 64 anos, todos do sexo feminino, apresentando entre 11 e 31 anos de formação, e 9 a 11 anos de dedicação ao trabalho na ESF. 40% referiram não ter filhos, 30% afirmaram ser solteiras e 70% casadas. No tocante aos usuários,

a faixa etária variou entre 38 e 67 anos de idade, todas do sexo feminino, com tempo de residência no território da USF variando entre 13 e 25 anos. Seis delas eram profissionais do lar, três estavam aposentadas e uma tinha a profissão de costureira. 80% tiveram de um a três filhos, e 20% nunca tiveram filhos.

Os tipos de interações sociais

Para apreender os significados das relações sociais entre os usuários e os profissionais, é preciso reconhecer a natureza complexa dos cuidados em saúde, e ter disponibilidade para uma compreensão ampliada de si e do outro, no sentido de perceber a ordem, a desordem e a organização como fases importantes para potencializar essas interações através da valorização da autonomia e singularidade do ser e estar vivo, compreendendo as limitações que podem ser de dor, desconforto, insegurança e incerteza (RANGEL et al., 2011).

Os tipos de interações sociais entre os sujeitos foram categorizadas *a priori* com base na classificação de Degenne (2009), que as tipifica em quatro modalidades. A análise temática as configurou assim: confrontação/negociação (41,02%); harmônicas (25,70%); correlativas (17,90%); definidas pela organização (15,38%). Foram identificados três núcleos de sentido: as interações entre usuários e profissionais; as interações entre usuários; e as interações entre profissionais.

As interações sociais entre usuários e profissionais

Nas interações entre usuários e profissionais as falas dos sujeitos tanto demonstram reconhecimento como conflitualidades, principalmente quando estão relacionadas a ideias de busca por respeito:

O enquadramento das interações sociais entre usuários e profissionais na estratégia saúde da família à luz dos pressupostos de Goffman

Conflituosas, porque, às vezes, tanto usuários quanto os profissionais não têm boas maneiras de falar, com boa educação (Barreta).

Eu escolho negociada, porque se eu não conseguir para hoje eu consigo para amanhã ou depois, mas eu consigo (Camuripim).

Se a gente for direitinho, na negociação, a gente consegue alguma coisa (Graçandu).

Os conflitos geralmente decorrem das diferenças e antagonismos de expectativas. Neste sentido, Machado (2006) informa que geralmente são esperados, por parte dos profissionais de saúde, atenção, escuta e cuidado, enquanto que, por parte dos usuários, esperam-se atenção, fala e gratidão. As expectativas de ambos, aparentemente, parecem compatíveis, porém dependem da circulação de reciprocidades positivas durante a interação.

Entre usuário e profissional existe pouca diferença, é só você se colocar no lugar daquela pessoa que vem atrás do atendimento para que você possa fazer um bom trabalho (Adriático).

Eu tenho um bom relacionamento com o usuário, mas tem uns que quando vêm já chegam atacando (Índico).

As interações sociais não ocorrem de uma única forma; há um misto de situações que, dependendo do momento, do contexto e da especificidade, transitam entre um formato e outro. Foi possível perceber uma alternância de tipos em vários momentos.

Nas interações correlativas, os atores percebem o quanto são, de fato, parceiros de interação, que partilham de um mesmo mundo, apesar das diferenças de identidade e posição social, compreendendo que um complementa o outro, e que ambos não existiriam sem essa correlação.

Eu acho que precisamos um do outro. Temos mais é que dar as mãos e não achar que um é melhor do que o outro. De diferente é porque eu não estudei para ficar na posição que vocês estão (Camurupim).

Os depoimentos em relação às interações sociais onde aconteceram as atividades coletivas se referiram às situações ocorridas nos grupos de acompanhamento (rodas de conversa, atividades físicas, terapia comunitária e dança), durante as ações de educação e promoção da saúde. Nesse caso, houve uma predominância das interações do tipo autônomas (harmônicas), embora esses grupos tenham sido inicialmente definidos pela organização (USF), em função da oferta de serviços:

As amigas que eu ganhei lá no grupo. Isso me faz e me fez muito bem (Maracajaú).

A rotina é a amizade, a gente ter o prazer de poder chegar lá com uma turma para conversar, dialogar, eu me sinto muito feliz ao lado de todos (Pipa).

Troca de conhecimentos e experiências, aprendizado, harmonia, bem-estar, amizade e companheirismo (Arábico).

Existe muito proveito, principalmente o lazer, o laço de amizade que é criado com a comunidade (Negro).

As falas sugerem que, durante os encontros participativos, nos quais prevalecem interações mais harmônicas, emerge a percepção de bem-estar e de felicidade, conseqüente às trocas simbólicas de carinho, amor, atenção, companheirismo e amizade.

Aprendi a dar valor às pequenas coisas que a gente pensa que é insignificante. Um abraço, um bom dia, um sorriso (Barreta).

A gente fica participando das conversas e faz bem para a mente (Genipabu).

A gente via que muitas vezes o problema do outro era maior do que o nosso. Fazia muito bem para mim e eu via que as outras pessoas também se sentiam muito bem (Maracajaú).

Na dança, não é uma dança para aprender a dançar. É uma dança para movimentar o corpo. O acordo que a gente tem na dança é a alegria (Muriú).

A produção do cuidado na saúde é feita com pessoas e entre pessoas, com a mediação entre a ciência e conhecimento popular (senso comum), pois se trata, antes de qualquer coisa, de uma relação entre humanos, intersubjetiva, com potencialidades, limites, desejos e saberes diferentes (SCHIMITH et al., 2012).

Desta maneira, as interações cotidianas podem facilitar, aos profissionais de saúde, a apreensão das demandas dos usuários, não apenas a respeito de riscos, doenças e agravos, mas na promoção da saúde através do diálogo, encontrando estratégias compartilhadas para o alcance de melhores resultados individuais e coletivos.

As interações sociais entre os usuários

Entre os usuários foram identificadas interações unânimes do tipo autônomas, referentes à satisfação em compartilhar as atividades interativas para promoção da saúde, de forma que poucos conflitos foram percebidos, e que geralmente ocorreram em relação a alguns vizinhos. Já era esperado que, entre usuários que transitam em mais de um grupo de acompanhamento (critério de inclusão na pesquisa) e que já se conhecem há tanto tempo, as interações ocorreriam de forma espontânea, horizontalizada, harmônica, não importando muito o contexto.

Meus vizinhos são maravilhosos, eu escuto meu som alto, ninguém reclama (Camurupim).

Eu não tenho nenhum conflito, mas sempre tem aquela pessoa mais afastada que insinua que eu consigo muitas coisas no posto porque tenho muita amizade com os profissionais (Muriú).

As interações sociais entre os profissionais

Nesse núcleo houve uma forte significação das interações, isto é, do tipo confrontação/negociação, principalmente relacionadas à direção/administração da USF, seguidas por interações do tipo harmônicas (autônomas, espontâneas) ocorridas entre os profissionais, neste caso, sem qualquer referência à gestão local. As interações definidas pela organização (normativas) e as correlativas (complementares) apareceram em menor escala. As falas a seguir representam a percepção do conflito e da negociação no cotidiano das equipes de saúde:

As relações que predominam atualmente são conflituosas (Atlântico).

Eu acho que são negociadas. E se negocia tudo, horário, trabalho, demandas. Negocia-se tudo com todos (Índico).

As unidades de saúde representam espaços sociais heterogêneos nos quais interagem diferentes pessoas e grupos (formas) com expectativas e motivações (conteúdos) divergentes que, para alcançar seus objetivos, mobilizam estratégias por vezes contraditórias (FARIAS; VAITSMAN, 2002). As falas abaixo deixam transparecer que cada processo de trabalho possui uma dinâmica interna cotidiana que atualiza identidades, hierarquias, conflitos e alianças. As tensões

são inerentes às organizações de saúde e são originadas a partir das tentativas de conservação ou de alteração da distribuição de poder.

Tem de tudo. Todos sabem que tem, entre alguns, dois pesos e duas medidas. Isso deixa a gente insatisfeita, porque muitas vezes se quer um acordo, quer deixar as coisas mais harmônicas entre nós. E isso também reflete sobre a população (Pacífico).

A falta de humanização de algumas pessoas, da parte da gestão, que está cobrando muito e não está vendo o lado dos profissionais (Mediterrâneo).

Ainda de acordo com Farias e Vaitsman (2002), os conflitos sempre estarão presentes no interior de qualquer tipo de organização, seja em maior ou em menor grau, e geralmente decorrem de situações anteriores, da existência de grupos diferenciados, e da interdependência multiprofissional para execução de funções e tarefas compartilhadas.

Outra fonte de tensão, compartilhada por grande parte dos trabalhadores, diz respeito ao sentimento gerado pela falta de reconhecimento destes por parte da gestão da USF acerca de seu esforço e dedicação ao trabalho. Os conflitos motivados pela negação de reconhecimento também foram expressos pela estratégia de rompimento de acordos e regras ou foram consequentes à quebra de pactos instituídos anteriormente.

Muita gente acaba fazendo, de vez em quando, certas coisas até mesmo por pirraça, por não haver possibilidade de consenso, pela falta de reconhecimento (Pacífico).

Ninguém tem um reconhecimento, por mais que se faça (Adriático).

É a forma da relação muito hierarquizada (Atlântico).

As sensações de injustiça ou insatisfação foram exemplificadas ao citar-se que determinadas categorias profissionais, com certo status, apresentam uma maior aproximação com a direção da USF, e, portanto, têm tratamento diferenciado. Nessa direção, a categoria profissional dos ACS foi a que mais demonstrou insatisfação no trabalho, observando-se as percepções mais negativas:

Parece que quanto mais a pessoa faz mais ela é cobrada. Aí não dá para entender isso. É a história do reconhecimento (Cáspio).

A gestão local não respeita os Agentes de Saúde, porque se ela tivesse com a gente o tratamento que tem com vocês, seria diferente (Negro).

Vocês não recebem nem um terço das cobranças do que a gente recebe (Pérsico).

Esse relacionamento entre os profissionais das equipes de saúde e os profissionais gestores da USF possui uma perspectiva dualista, de amor e ódio, uma vez que também são admitidas qualidades, o que confirma uma mistura de interações conflituosas, correlativas e hierárquicas:

A gente sabe que ela é responsável, que consegue e que vai atrás de muita coisa para a unidade. O que implica são as relações humanas (Cáspio).

Do ponto de vista gerencial ela é ótima, mesmo que não tenha uma forma melhor de tratar as pessoas, ela é uma das melhores dessa rede (Atlântico).

Observamos alguns conflitos provenientes do questionamento de algumas normas e regras da ESF, mais especificamente em relação

ao atendimento ou não de usuários não cadastrados, ou seja, que não residem na área de abrangência da USF (fora de área). Tal fato suscitou alguns conflitos entre os profissionais, sem que estivesse relacionado à gerência da USF, culminando em um debate acalorado durante o grupo focal, sendo necessária uma atuação enfática do mediador para acalmar os ânimos. Na ocasião, alguns profissionais debateram sobre a possibilidade de ofertar ou não o atendimento ao usuário não adscrito à USF.

Você acha que é humano sobrecarregar uma equipe que já está sobrecarregada? Às vezes você quer fazer a humanidade para uma pessoa, mas não quer fazer a humanidade para a sua equipe, essa humanidade é unilateral (Atlântico).

Verificamos, conforme Lacerda (2010), que a categoria profissional dos ACS possui uma relação de dualismo “dupla inserção” na sua posição social entre profissional de saúde e membro da comunidade. Esse contraste pode contribuir para mobilizar sentimentos de impotência e de sofrimento difuso, decorrentes da impossibilidade de agradar a “gregos e troianos”. Esse profissional, muitas vezes, traz consigo o fardo da crise de identidade, ou seja, não sabe se se alinha mais para o lado profissional, enquanto membro da equipe, ou para o lado da comunidade, por sentir-se parte dela:

A tendência é de nós ficarmos neutras nesta relação e eles não entendem, acham que você está “puxando a sardinha” para o lado dos profissionais. Então a gente fica com um pé lá dentro e o outro fora (Pérsico).

E muitas vezes eu tenho até que dar um apoio àquela família porque a gente está ali todos os dias, próximos a eles, e a gente não pode muitas vezes ir de frente com eles senão amanhã ele não vai nem me deixar entrar na casa dele (Vermelho).

Por outro lado, quando o foco das interações é dirigido apenas aos profissionais da equipe de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos em enfermagem, técnicos em saúde bucal e ACS), sem considerar a direção ou a administração da USF, a interação autônoma, espontânea foi o tipo mais citado:

Eu acho que entre a gente, entre nós, eu sinto o afetivo bem presente (Atlântico).

Eu não me canso de dizer que eu gosto muito da minha equipe, digo aqui e digo lá fora (Adriático).

As vivências afetivas no cotidiano do trabalho atestam a boa circulação das trocas simbólicas, valorizando as práticas de cuidado compartilhadas, em uma via dupla de benefícios, pelo aprendizado, acesso a informações e pelo respeito solidário. Nessa linha, Lacerda (2010) comenta que as relações mais horizontalizadas (espontâneas) favorecem a criação e manutenção de vínculos entre os trabalhadores (entre si) e a comunidade, resignificando a divisão do trabalho e o conhecimento na direção da partilha de responsabilidades. Os profissionais reconheceram a importância dos encontros durante as atividades coletivas:

Interação com a equipe e comunidade para trazer melhorias para ambas as partes, bem como orientação, sair da rotina, para que haja um novo fôlego que possibilite dar continuidade ao nosso cotidiano (Cáspio).

Discussões, informações e acordos para um melhor funcionamento.
Troca de conhecimentos, reconhecimento do grupo (Índico).

Os outros dois tipos de interações sociais (correlativas e definidas pela organização) foram mais difíceis de identificar devido à efervescência dos debates em torno dos conflitos no trabalho que absorveram

quase que a totalidade da atenção dos profissionais. Degenne (2009) alerta para que se preste atenção em quem ou em qual categoria possui o poder de definir as condições (ditar as regras) que influenciam as interações, pois essas condições podem ser mais difíceis de negociar ou já poderão estar predefinidas. As falas seguintes combinam características das duas modalidades:

Eu acho que falta a gente discernir sobre o nosso real papel, o meu objetivo no trabalho, porque se eu não sei ir até a minha competência no papel, eu vou pela minha cabeça (Atlântico).

Para a gente caminhar bem temos que obedecer as pactuações, porque somos gerenciáveis (Índico).

No pensamento sempre atual de Santos (2008), a negação de reconhecimento recíproco, enquanto lógica de produção de ausências, desqualifica as práticas (experiências) e os agentes (protagonistas). Entretanto, a valorização das diferenças culturais, da autonomia e da identidade coletiva pode representar um movimento de resistência ao desmanche da práxis, pela mobilização consciente nos cenários cotidianos, em busca de um roteiro construído por muitas mentes, centrado na resolução de conflitos, na formação de consensos, e capaz de contemplar a confiança, o respeito e a estima, enquadrando um horizonte de felicidade.

Os conteúdos expressados

Os motivos das relações sociais estão alicerçados principalmente na dimensão interpessoal e na qualidade dos vínculos constituídos entre os parceiros de interação. Entretanto, existem motivações que são muito particulares e que merecem estudos complementares, do tipo que

se referem às dimensões mais afetivas e aos interesses relacionados ao simples prazer de se estar juntos (CACCIUTTOLO, 2009).

O principal interesse relatado pelos usuários foi a necessidade de melhorar de saúde, em relação aos sofrimentos (físicos e mentais) acontecidos, anteriormente, em algum momento de suas biografias, consequentes às limitações da idade, luto ou agravos crônicos associados ou não aos hábitos saudáveis. Na dimensão do corpo físico, o registro dos agravos mais frequentes foram hipertensão, diabetes e doenças ósseo-articulares:

Foi a necessidade mesmo, viu. Primeiro eu comecei com artrite. Tenho também problemas no joelho. Operei já os dois ombros por problemas de calcificação. Então eu tenho que fazer a dança e a ginástica (Graçandu).

Eu sentia muitas dores no meu corpo, tenho problemas de diabetes, sou hipertensa. Antes disso eu não participava de nada e melhorei bastante do que eu sentia (Pipa).

E, em um escopo mais psíquico, apareceram referências à ansiedade, solidão, estresse e síndrome do pânico. E, juntamente com os registros dos agravos, surgiram menções relacionadas com a mediação da fé (transcendente), a oportunidade de atividades participativas e a importância da conversa, como estratégias produtoras de aspectos positivos, fundamentais, para a superação dos problemas percebidos.

Eu entrei na síndrome do pânico. E aí eu comecei a participar das atividades, gostei, e comecei a melhorar das crises que eu estava tendo (Barreta).

Depois que o meu filho morreu foi que eu comecei a participar do grupo de terapia (Genipabu).

Eu estava me sentindo muito sozinha porque eu não tinha com quem conversar. Aí entrei no grupo e até hoje, graças a Deus, estou nele (Pirangi).

A conversação fornece a possibilidade de se fazer entender, compreender a si mesmo e ao outro. É o veículo mais genérico para tudo aquilo que os homens têm em comum. As pessoas geralmente conversam sobre os conteúdos que desejam comunicar, e a conversa é detentora de uma grande capacidade de ressonância social (reprodução), pela transmissão de impressões e informações a outros, que a seu turno repassarão esses conteúdos para outros, permitindo a elasticidade e a multiplicação do alcance (eco) das conversações (ALCÂNTARA JUNIOR, 2005).

Por sua vez, os profissionais relataram interesses na aquisição de novos conhecimentos e aprendizado através da socialização de experiências participativas, bem como a necessidade normativa ou instintiva de desenvolvimento e implantação de ações preconizadas pela ESF, e o desejo de melhorar enquanto uma pessoa mais acolhedora e comunicativa, compreensiva de si e do outro.

Gosto muito de aprender, e tudo aquilo que venha a somar em experiências novas me estimula a participar (Cáspio).

A vontade de participar, de aprender e me comunicar melhor com a população (Negro).

Afinidade com este tipo de atividade, bem como formação e a necessidade de implementar as ações que a ESF oportuniza (Atlântico).

Conhecimento, para eu aprender e saber lidar com as pessoas, para eu saber acolher as pessoas, ser uma pessoa mais humana (Adriático).

Lacerda (2010) constatou que o reconhecimento mútuo entre os trabalhadores de saúde, por meio da troca de informações, da construção compartilhada de conhecimento e das conversas propicia mais a dimensão do respeito social do que a dimensão da intimidade, durante as interações mais formais de uma instituição. Entretanto, em equipes que compartilham o trabalho e que convivem juntas há bastante tempo, a circulação de afetividades e o desenvolvimento de ações solidárias são mais frequentes e contribuem para o fortalecimento da confiança e da autoestima, capazes de promover a superação do sentimento de vergonha social, pela valorização da liberdade e diversidade dos parceiros de interação.

Eu vim de unidade que trabalhava mais fechado e depois que eu cheguei na saúde da família eu comecei a ver essa abertura, que eu tinha até vergonha de às vezes conversar com as pessoas e agora não, eu converso, eu participo (Adriático).

A busca por escuta, harmonia e partilha pode sinalizar um desejo perene, presente no inconsciente das pessoas, de se ter interações sociais mais espontâneas, e que bastaria a oportunidade, um estímulo, um gesto discreto, o toque suave ou um olhar sincero, sinais de desvelo, da intenção de cuidar, para que o outro pudesse perceber que é na ousadia de (o) ser (mais) humano que o sentimento de amizade prevalece acima de qualquer cotidiano conflituoso.

Troca de conhecimentos e experiências, aprendizado, harmonia, bem-estar, amizade (Arábico).

Informações, troca de ideias, escuta, partilha (Pacífico).

A inspiração em Santos (2008) nos faz pensar que o fio da esperança (expectativas) pode alimentar (nutrir) as ações coletivas de

promoção de saúde (experiências) através da valorização de alternativas cabíveis em um horizonte de possibilidades concretas, capaz de ampliar (dilatado) o presente, para que a realidade cotidiana seja vivida com mais intensidade.

As formas constituídas

No encontro face a face ocorre uma aproximação física mediante a qual os participantes se orientam na direção um do outro, formando arranjos sociais constituídos por todos ou por parte dos sujeitos presentes em uma situação. Dessa maneira existem algumas combinações, normas ou regras mais ou menos claras, de início e término ou de entrada e saída, de outros participantes. Portanto, o encontro possui certa estruturação de condutas que implica na presença de participantes comprometido uns com os outros, reunidos em uma interação com foco de atenção cognitiva e contextualizada (GARCEZ; OSTERMAN, 2002).

Entre os encaminhamentos, estava a necessidade de se ter momentos de encontros lúdicos, para o lazer, para descontrair da rotina densa de atendimentos, visando uma maior circulação de afetividades:

Algo mais em que nos aproximasse, algo mais afetivo, para lazer.
Encontros da gente (Atlântico).

Também propuseram a ocorrência mais frequente de reuniões sistemáticas para planejamento das ações e melhoria na comunicação, para reduzir o desencontro de informações, que podem aumentar o aparecimento de conflitos cotidianos. Nesse sentido havia a intenção de se ter:

Diálogo, informação, para ter entendimento (Pacífico).

Reuniões sistemáticas, para planejamento e melhoria da comunicação (Pérsico).

E, entre as propostas, figurou o resgate do Conselho Gestor, na intenção de dialogar com a gestão local quanto às medidas de melhoria nas relações interpessoais e os pactos anteriores que não foram cumpridos (desrespeitados):

Conselho Gestor funcionando. Os tira-teimas e os consensos vão ser decididos nele, que tem representantes dos profissionais, do gestor e dos usuários (Atlântico).

Relações humanas. Eu acredito muito numa conversa, no diálogo. E se eu estiver errada eu devo procurar me conscientizar (Graçandu).

A significação da ação é negociada entre os sujeitos. O processo interativo é tão dinâmico que seria necessário o uso de uma câmera lenta que fosse possível perceber o vai e vem dos movimentos complexos, suas interpretações e articulações que fazem da relação social uma construção partilhada de significados continuamente reinventados, e não apenas uma coleção de conteúdos copiados (MARTINS, 2012).

Foi proposto também o resgate do grupo de Terapia Comunitária, por constituir-se de uma rede de apoio emocional, que no momento estava suspensa pela dificuldade operacional e pela baixa participação (suporte) dos profissionais de saúde.

Temos que acordar esse grupo. A gente tem medo de ficar sem esse grupo. Porque se acabar esse grupo nós estamos arrasadas (Pirangi).

O grupo da terapia não teve muito apoio do pessoal do posto. Na hora de ver as dificuldades, ninguém ajuda (Genipabu).

O apoio social que as redes proporcionam aciona a reciprocidade da ajuda mútua e corresponde aos diversos recursos emocionais (expressivos) e materiais (instrumentais) que os sujeitos percebem e recebem por meio das relações sociais interpessoais e grupais (LACERDA, 2010).

Quando eu cheguei no grupo da terapia comunitária, eu encontrei pessoas bem idosas, e tão alegres, e que já passaram por tantas situações, não era possível que eu não saísse dessa. Me espelhei nelas e fui indo, e graças a Deus estou melhor (Muriú).

A terapia me ajudou também a ver que tem pessoas que têm mais problemas e sabe como superar. Então eu com pouco à vista daquelas pessoas que tinha muito eu estava me desesperando (Barreta).

E, entre as propostas, estava a composição de um grupo (informal) de usuárias para apoiar as ações do Conselho Comunitário (formal), na luta pela construção da sede própria da USF (que funciona em um imóvel alugado), que atesta uma mobilização social local (solidária) em busca do direito de ter uma unidade de saúde melhor estruturada.

O povo só faz cobrar, mas ninguém quer ir. Mas nós vamos apoiar o Conselho Comunitário. Nós, mulheres, vamos formar um grupo maior do que esse para lutar pelo posto (Genipabu).

A possibilidade é o movimento do mundo, em momentos de carência (falta), tendência (processo e sentido) e latência (por vir). As expectativas de transformação social emergem do desejo ou da dor, do entusiasmo ou da indignação. “A vontade do desafio sustenta o desafio da vontade” (SANTOS, 2008, p. 119).

Maturana (2007) explica que os arranjos de convivência conformados a partir da emoção do compromisso constituem ações de aceitação condicionadas à realização de tarefas, a exemplo das relações no trabalho. A conversa ou conversação é a atividade de fala (linguagem) que geralmente ocorre no encontro, na qual os participantes sustentam seu envolvimento no que está sendo dito, falado, debatido.

Assim, os diálogos e os encontros acontecem nos espaços delimitados e definidos pelos sujeitos, ou seja, nos cenários onde se desenrolam os eventos e as atividades de fala. O viver humano acontece através da participação em conversações. As situações-problema e as soluções emergem nas conversas, e mantêm os atores unidos em uma postura interativa capaz de mesclar experiências subjetivas em constante evolução (GARCEZ; OSTERMANN, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permite pensar que o reconhecimento e compreensão sobre a potência das interações sociais, tecidas na interseção entre usuários e profissionais de saúde, pode significar e representar uma maior adesão às atividades coletivas de promoção da saúde, e um fortalecimento das práticas ofertadas ou desenvolvidas no território da unidade de saúde, induzindo uma apropriação política das relações comunitárias para a formação de novos arranjos sociais ou para o incremento da participação nos grupos já existentes.

O percurso investigativo estimulou democraticamente a interação, alteração e alternância de posições entre os sujeitos, mobilizando ações e reações diferentes em cada participante, em uma arena onde se disputam e negociam ansiedades e necessidades, contribuindo para o desenvolvimento de uma postura interativa

capaz de compartilhar poder, de induzir reflexões dialógicas para a mediação de conflitos. Combinou formas de pensamento e de ação em que as pessoas foram, ao mesmo tempo, nas discussões cotidianas, sujeitos e predicados.

Portanto, permitiu aproximações dialogadas entre o saber científico e o senso comum, incrementando a participação comunitária em direção a uma maior autonomia crítica construtiva, e ofertou aos profissionais de saúde uma oportunidade para reflexões sobre suas práticas, fazendo emergir, nas discussões e debates, elementos fundamentais para reorganização do processo de trabalho, e equacionamento das disputas de poderes. Nesse sentido, arriscamos sugerir que sua reprodução contextualizada em outros cenários poderá despertar a consciência crítica de si e do outro, para compreender e valorizar os aspectos relacionais (humanos) na produção da saúde.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA JÚNIOR, José. O conceito de sociabilidade em Georg Simmel.

Ciências Humanas em Revista, São Luís, v. 3, n. 2, dez. 2005.

CACCIUTTOLO, Patrice. En busca del contenido de las redes sociales: los “motivos” de las relaciones. **Revista hispana para el análisis de redes sociales**, v. 6, n. 7, jun. 2009. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es>>. Acesso em: 5 dez. 2013.

DEGENNE, Alain. Tipos de interacciones, formas de confianza y relaciones. **Revista Hispana para el análisis de redes sociales**, Barcelona, v. 16, n. 3, p. 63-91, jun. 2009. Disponível em: <http://revista-redes.rediris.es/pdf-vol16/vol16_3.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2013.

DELEUZE, Gilles. **Imagem - movimento - cinema 1**. Lisboa: ASSIRIO & ALVIM, 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

FARIAS, Luís Otávio; VAITSMAN, Jeni. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, out. 2002.

GARCEZ, Pedro; OSTERMANN, Ana Cristina. Glossário conciso de sociolinguística interacional. In: RIBEIRO, Bianca Telles; GARCEZ, Pedro. **Sociolinguística interacional**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 257-264.

O enquadramento das interações sociais entre usuários e profissionais na estratégia saúde da família à luz dos pressupostos de Goffman

GOFFMAN, Erving. **Os quadros da experiência social**: uma perspectiva de análise. Petrópolis: Vozes, 2012.

HANGAI, Luis Antônio. A framing analysis de Goffman e sua aplicação nos estudos em comunicação. **Revista Ação Midiática**, UFPR, v. 2, n. 1, 2012.

LACERDA, Alda. **Redes de Apoio Social no Sistema da Dádiva**: um novo olhar sobre a integralidade do Cuidado no Cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. 2010. 201f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – FIOCRUZ, 2010.

MACHADO, Lia Zanotta. Dádivas, conflitualidades e hierarquias na saúde. In: MARTINS, Paulo Henrique; CAMPOS, Roberta Bivar (Org.). **Polifonia do dom**. Recife: EDUFPE, 2006. cap. 9. p. 257-284.

MARTINS, José de Souza. O senso comum e a vida cotidiana. In: _____. **A sociabilidade do homem simples**: cotidiano e história na modernidade anômala. São Paulo: Contexto, 2012. cap. 2. p. 51-58.

MARTINS, Paulo Henrique. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. cap. 5. p. 61-89.

_____. MARES: Desafios do mapeamento metodológico das novas subjetivações do cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. cap. 4. p. 75-87.

MATURANA, Humberto. Ontologia do conversar. In: _____. **Ontologia da realidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

RANGEL, Rosiane Filipin et al. Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. **R. Enferm.**, v. 1, n. 1, p. 22-30, jan./abr. 2011.

SANCHIS, Isabelle de Paiva. Simmel e Goffman: uma comparação possível. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 856-872, 2011.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: _____. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2008. cap. 2. p. 93-135.

SATURNINO JUNIOR, Jessé. Um estudo da sociedade a partir das formas sociais. **Revista Pensar Gestão e Administração**, v. 2, n. 1, p. 1-8, jul. 2012.

SCHIMITH, Maria Denise et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503, nov./fev. 2012.

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edna Albuquerque Rito

Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Sandra Cecília de Souza Lima

Alúísio Ferreira de Lima

Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista

INTRODUÇÃO

A partir das definições estabelecidas pela Constituição Federal de 1988, e por meio das Leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi iniciado. As mudanças ocorridas após a Constituição favoreceram o incentivo de propostas inovadoras a respeito do processo de trabalho em saúde, orientadas pelos princípios do SUS. No entanto, para que os princípios do SUS fossem efetivados (universalidade, integralidade e equidade) precisava-se da implantação plena da Atenção Primária de forma a possibilitar acesso universal deste serviço a toda a população brasileira. Nesse contexto, a Atenção Básica (AB) em Saúde surge trazendo mudanças positivas para o trabalho em saúde em relação ao modelo biomédico (BRASIL, 2011a; SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

A Atenção Básica no Brasil constituiu-se como política de saúde só muito recentemente, e tem como marco a implantação do Programa de Saúde da Família – PSF em 1994. Este, a partir de 2006, foi transformado em Estratégia da Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2006). A ESF é considerada a principal porta de entrada do SUS, quando se inicia o processo de acolhimento, capaz de oferecer resposta resolutiva à maioria dos problemas de saúde da população, minimizando

os danos, os sofrimentos, responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, servindo como referência para outros atores que compõem a rede de atenção, garantindo, assim, sua integralidade (BRASIL, 2011b).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendida como o espaço no qual deveria acontecer o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde e onde grande parte de seus problemas seriam solucionados (LAVRAS, 2011). De acordo com Starfield (2002), a APS, além de ser o primeiro contato da assistência continuada prestada ao usuário, ainda tem a função de coordenar os cuidados que a pessoa recebe nos outros níveis de atenção à saúde. Sendo assim, a APS constitui-se na principal porta de entrada do sistema de saúde, ordenando e coordenando o cuidado, oferecendo ações de saúde no âmbito individual e coletivo, organizando o processo de trabalho das equipes, respondendo às necessidades das pessoas, responsabilizando-se por esse usuário e, dessa maneira, garantindo o funcionamento das redes de atenção à saúde.

No que diz respeito à nova Política Nacional de Atenção Básica, a Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011, atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Traz um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, como a inclusão dos Consultórios de rua, Unidades fluviais, ESF para populações ribeirinhas e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Nesta Política, os termos Atenção Básica e Atenção Primária são equivalentes (BRASIL, 2012).

Segundo Brasil (2012), a AB caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da Saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de

maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidades, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde, ou sofrimento deve ser acolhida.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto (BRASIL, 2013).

Desde 2003, o Ministério da Saúde já se preocupava com a expansão da PNH, para além do âmbito hospitalar, questionando o modelo técnico-assistencial e a qualidade da atenção. A PNH visa que se efetivem nas práticas de saúde os princípios do SUS, compondo uma política comprometida com os modos de fazer e operar os processos efetivos de transformações e criações de realidades em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A PNH assume, entre outras diretrizes, que a humanização deve ser percebida como política transversal que orienta as rotinas nos serviços, as instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de realizar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares, envolvendo a gestão, profissionais e usuários em processos humanizados de produção de serviços, a partir de novas formas de cuidar, pensar a saúde e enfrentar seus agravos (BRASIL, 2008).

A PNH atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Para a PNH acolhimento é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços/usuários e populações (BRASIL, 2013).

De acordo com Brasil (2013), o acolhimento deve ser realizado a partir da escuta qualificada, oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, garantindo o acesso oportuno e tecnologias adequadas às suas demandas, ampliando a efetividade das práticas

de saúde, garantindo o atendimento prioritário a partir da avaliação de vulnerabilidades, gravidade e risco.

Para o bom funcionamento de toda a estrutura dos serviços de saúde, dando respostas adequadas às necessidades dos usuários, de modo coordenado, é preciso estabelecer mecanismos que permitam criar várias respostas para o enfrentamento da produção saúde/doença. Como um desses mecanismos, surge a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Trata-se de um arranjo organizativo, formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, em um determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas se ocupando também de como estes estão se relacionando; assegurando, dessa forma, a cobertura em saúde, acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção (BRASIL, 2009b, 2011).

Os fluxos de atendimento das demandas de saúde, nos diversos níveis de atenção, devem ser definidos na RAS, com o intuito de obter a integralidade do cuidado. O principal elo entre os vários pontos da RAS é a AB, constituída de Equipe Multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2011a).

Por adscrição de clientela entende-se o processo de vinculação de pessoas e/ou famílias ou grupos a profissionais/equipes com a finalidade de ser referência para seu cuidado. Já o vínculo compreende a construção de relações de afetividade e confiança entre trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2012).

Pensando em melhorar a qualificação do atendimento, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1.654, de 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB), que tem como uma de suas diretrizes estimular o processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e

indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas Equipes de Saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2011b).

Segundo Brasil (2011b), o PMAQ é uma das estratégias indutoras de qualidade do MS. São muitos esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que promovam o acesso com qualidade aos serviços de saúde pela sociedade brasileira e o fortalecimento do SUS. Este acesso com qualidade se traduz em um dos maiores desafios do SUS.

Partindo desse pressuposto, se fez necessária a implantação dos serviços de acolhimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), visto que a demanda de usuários dos serviços é grande, e estes precisam ter respostas e resolutividade aos problemas que os afligem. De fato, o acolhimento teve início com as propostas de reorientação da atenção à saúde, consistindo em pedra angular para a reorganização da assistência em vários serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo técnico-assistencial (SOARES, 2011). Foi implantado no SUS nos anos 1990, mas só agora se procura viabilizar o acesso dos usuários, modificar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários com a finalidade de promover vínculos, corresponsabilização e resolutividade (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Mas o que seria o serviço de acolhimento à demanda espontânea na UBS?

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”) (BRASIL, 2013, p. 19).

O acolhimento à demanda espontânea na UBS deve acontecer por diversos motivos, entre eles, pela necessidade de saúde do usuário, que, às vezes, há coincidência com a visão técnico/profissional; em razão de o ato de acolher estar relacionado com as tecnologias

leves (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos) que podem e devem estar disponíveis na UBS (BRASIL, 2013).

Outra razão é que os momentos de sofrimento dos usuários os tornam mais fragilizados, e isso pode gerar aumento do vínculo entre profissional e usuário, a partir do momento em que o profissional atende a pessoa e mesmo não solucionando o problema tenta amenizá-lo ou confortá-lo. No cotidiano do acolhimento, os profissionais passarão a vivenciar mais de perto as necessidades dos usuários que chegam à UBS. Podem, dessa forma, adequar o processo de trabalho em função das respostas aos problemas enfrentados no serviço de saúde.

A implantação do serviço de acolhimento da demanda espontânea na UBS requer uma série de mudanças de paradigmas, pois modifica os processos de trabalho da Equipe Multiprofissional, a relação entre os trabalhadores e o modo de cuidar. Não se deve restringir a uma triagem para atendimento médico; logo, faz-se necessária a discussão, reflexão e definição do modo como os diversos profissionais irão participar do acolhimento. Para participar do acolhimento o profissional deve realizar a escuta, avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário, realizando intervenções cabíveis de acordo com sua necessidade (BRASIL, 2013).

O acolhimento fortalece a ESF, pois mobiliza a sensibilidade dos profissionais; solicita uma ação reflexiva, desenvolvimento ético e solidário, para escutar e dialogar; recupera o sentido da clínica, coloca as pessoas como prioridade, contribuindo de forma efetiva para a construção e consolidação dos princípios do SUS (SANTOS, 2011). Além disso, é importante que a comunidade e os profissionais de saúde entendam que, no percorrer por um serviço de saúde mais humanizado e com caráter acolhedor, sempre haverá a burocratização, seja por parte dos serviços seja pelos funcionários que os compõem. Contudo, precisa-se persistir na melhor organização do sistema de saúde e compreensão dos usuários de como se dá esse funcionamento (DAMASCENO, 2012).

Conforme Silva (2013), acolher com responsabilidade significa direcionar o usuário para que este consiga acessar os serviços disponíveis na APS, assim como orientá-lo sobre os demais pontos encontrados na Rede de Atenção à Saúde. Deste modo, para coordenar o cuidado em saúde, os profissionais devem conhecer as demandas de atendimento, os dispositivos e ferramentas disponíveis para satisfazer as necessidades das demandas apresentadas.

A literatura de acolhimento à demanda espontânea, lançada em 2012 pelo Ministério da Saúde, apresenta fluxogramas que contribuem com o atendimento do usuário na APS de acordo com a classificação de risco. Na situação aguda, representada pela cor azul, o usuário deve ser orientado sobre os atendimentos ofertados na UBS, resolução imediata de ações previstas em protocolos, agendamento do atendimento em que devem ser avaliados a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa do cliente.

A situação aguda ou crônico/agudizada, padronizada com a cor verde, significa que o atendimento deve ser no dia, considerando a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade social. Já a cor amarela representa risco moderado, ou seja, o usuário tem atendimento prioritário, como, por exemplo hemorragias de cavidade oral, pico hipertensivo moderado e dor abdominal em grávidas.

Por fim, a cor vermelha caracteriza alto risco, e, nesse caso, o usuário deve ter atendimento imediato com a presença da equipe completa. Torna-se obrigatória a presença do médico, em razão de crises convulsivas, dor acentuada, parada cardiorrespiratória, entre outras.

Este paradigma de acolher os usuários permite avaliar riscos, estabelecer prioridades para o atendimento, com base no potencial de gravidade da queixa apresentada. Mais que uma maneira de organizar a porta de entrada de um serviço, é, antes de tudo, uma postura ética com a vida de cada usuário que procura o serviço (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, 2012).

A rotina dos profissionais de saúde na ESF coloca em xeque vários desafios, dentre eles a capacitação e a educação permanente em saúde, visto que o conhecimento, a atitude e a habilidade devem estar articulados, na realização de uma prática ética e socialmente comprometida com a qualidade dos serviços ofertados aos usuários (BARBOSA; FERREIRA; BARBOSA, 2012).

No cenário nacional, o Ministério da Saúde conceitua a educação continuada como o processo de aquisição sequencial e acumulativo de informações técnico/científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele. Já a definição de EPS assume um caráter mais complexo, uma vez que pode ser compreendido como: ações educativas fundamentadas na problematização do processo de trabalho em saúde, e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2009b).

Sendo assim, os processos de capacitação dos trabalhadores de saúde devem ter estabelecido como referência as necessidades de saúde da população, com a finalidade de transformação da prática estruturada, a partir da problematização, a qual pressupõe a identificação de problemas, reflexão sobre eles e busca de referenciais que os expliquem, retornando para a prática com proposta diferenciada, em busca de transformação (BRASIL, 2004).

Nesse sentido a educação permanente torna o profissional capacitado a planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade por meio da mobilização e estimulação de sua participação nos serviços de saúde (PAULINO, 2012). Daí a importância da Educação Permanente na implementação do acolhimento na UBS.

Com base no exposto, o presente estudo propõe relatar a experiência de implantação e implementação de uma equipe de acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde. Sua questão norteadora consiste em como atender as necessidades da demanda espontânea que chega à UBS.

Os objetivos deste trabalho são relatar a implantação do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde e descrever e analisar as facilidades e dificuldades na implantação do acolhimento em uma UBS.

Essa experiência nasceu da percepção das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família de quanto os usuários, especialmente os idosos, sofrem por falta de orientação e informações sobre os serviços oferecidos pelo sistema de saúde no município.

Esse relato traz consigo a relevância de ser uma experiência pioneira no município de Teresina e no estado do Piauí, no momento em que o estado está iniciando o processo de capacitação de seus profissionais com as Oficinas do QualiSus para que o acolhimento de fato aconteça em toda a rede de Atenção à Saúde.

METODOLOGIA

O relato da implantação do acolhimento em uma UBS foi realizado, considerando a abordagem qualitativa, que se amparou na contribuição de Minayo (2015), que apresenta essa abordagem como aquela capaz de obter informações a partir do sujeito que vive e experiência os fatos. Essa ideia surgiu a partir da observação das enfermeiras da Unidade Básica de Saúde Dr. Antônio Benício Freire da Silva (UBS do Poti Velho), localizada no Bairro Poti Velho, Zona Norte de Teresina-PI, especificamente das observações de quinze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), das equipes 188, 189 e 237, em relação às dificuldades vivenciadas pelos usuários, em especial os idosos, em identificar os vários serviços oferecidos pela UBS. Deste modo, fez-se uma escala

mensal com os ACS, nos turnos manhã e tarde, em que estes passaram a fornecer informações sobre o funcionamento e rotina na UBS.

A UBS do Poti Velho dispõe de três Equipes da Estratégia Saúde da Família, cada uma composta pela equipe mínima de profissionais, preconizada pelo Ministério da Saúde. Conta ainda com a Equipe de Saúde Bucal modalidade tipo I, Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A UBS disponibiliza serviços de imunização, procedimentos de Enfermagem, dispensação de medicamentos, coletas de materiais para laboratório, testes rápidos para gravidez, HIV e sífilis; marcação de consultas e exames on-line, E-SUS com prontuário eletrônico; Programa de Saúde na Escola; Conselho Local de Saúde; Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, como a roda de Terapia Comunitária Integrativa, e as dinâmicas de resgate da Autoestima; aula de Dança para os diversos ciclos de vida, grupo de exercícios funcionais para idosos, especialmente hipertensos e diabéticos; cursos de Crochê e Vagonit; e quinze profissionais educadores populares em Saúde (três Enfermeiras e doze Agentes Comunitários de Saúde). Trata-se de uma unidade que busca construir um novo paradigma de cuidado à Saúde.

Em 2013, com a adesão das três equipes existentes na UBS ao Programa de Melhoria do Acesso com Qualidade (PMAQ) e a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), observou-se um aumento da demanda de usuários e serviços, sentindo-se a necessidade de organizar o acesso e o acolhimento dos usuários na UBS, o que exigiu uma adequação do processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e dos demais trabalhadores de Saúde da unidade.

No final de 2014, a gerência de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde (FMS) propôs que a nossa UBS fosse piloto na implantação de uma Equipe de Acolhimento com base nos Cadernos da Atenção Básica à Saúde (ABS), n. 28, vol. 1 e 2, que tratam da temática, agora, com a inclusão de todos os profissionais de nível superior das Equipes e do NASF, além dos técnicos de nível médio e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Em março de 2015, todas as equipes e o NASF foram convidados a participar de uma oficina de capacitação composta por três módulos, intitulada Qualificando a Atenção à Saúde em Rede – QualISUS – REDE/PI. O QualISUS tem como objetivo assegurar a universalidade e equidade da atenção à saúde, por meio da reformulação, estruturação e organização dos serviços, de modo a ampliar o acesso e a qualidade do atendimento, especialmente em função da justa distribuição de recursos federais, aplicando fórmulas que reduzam a iniquidade da distribuição desses pelas diferentes regiões e populações em situação de vulnerabilidade (TARSO, 2014).

Os módulos I e III aconteceram de forma presencial e o módulo II na forma de tarefas de dispersão, com o objetivo de elaborar o fluxograma do acolhimento à demanda espontânea com todos os profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais trabalhadores de Saúde da UBS.

Assinale-se que, no dia 19 de março, foi realizada, na UBS do Poti Velho, a primeira oficina de sensibilização para o acolhimento na UBS com a presença de todos os trabalhadores. Neste momento, foram abordados os conceitos de atenção primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, acolhimento e redes de Atenção à Saúde, visto que na UBS há trabalhadores que não fazem parte do quadro da ESF, com a finalidade de possibilitar uma melhor compreensão da proposta de trabalhar o acolhimento. No dia 20 de março, iniciou-se a confecção do fluxograma de atendimento à demanda espontânea, com a participação de um representante de cada serviço. Na oportunidade, foram elaboradas as escalas de acolhimento dos profissionais de nível superior e ACS para o mês de abril.

Durante o momento de dispersão, foi construído um relatório que descreveu as atividades realizadas na UBS, como também foram discutidas as problemáticas de cada setor, dadas sugestões para melhoria dos serviços, a quem compete solucionar os problemas levantados e os prazos para que eles sejam resolvidos. Nesse contexto, um dos

aspectos mais relevantes de tudo foi a reorganização do processo de trabalho e a otimização por um serviço de qualidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo desses anos, na tentativa de se implantar uma Equipe de Acolhida, foi possível perceber que a UBS do Poti Velho se tornou responsável não só pelas demandas de saúde do seu território adstrito, mas também da região em seu entorno. Para tanto, a Educação Permanente foi instaurada como mediadora das transformações no processo de trabalho.

O termo Educação Permanente surgiu na França, em 1955, usado por Pierre Furter, em um projeto de reforma de ensino; tinha a finalidade de continuar a formação além da escola.

Mais recentemente, no Brasil, a Portaria n. 198, de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Na busca por seu aprimoramento, em 2007, o Ministério da Saúde lançou a Portaria n. 1996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, define as novas diretrizes e estratégias dessa política, adequando-a às normas operacionais e ao regulamento do Pacto Pela Vida (BRASIL, 2007).

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para estabelecimento de práticas transformadoras, gestão da mudança e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Daí a importância da Educação Permanente como uma estratégia da gestão, e como grande potencial provocador de mudanças no cotidiano de serviços, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários (BRASIL, 2013).

A EPS aparece então como uma nova metodologia de ensino, capacitação, qualificação e promoção das melhorias na gestão e no controle social, por seu caráter global, contemplando o processo de trabalho de forma holística, tendo o trabalhador como um ser intrínseco a esse mundo do trabalho (SANTOS; COUTINHO, 2014).

O trabalho em saúde é uma ação terapêutica, entendida como ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde. O objeto são os próprios indivíduos ou grupos doentes, ou não, ou expostos a riscos de adoecer e que necessitam de tais ações. Os meios para a realização do trabalho são os instrumentos e o conhecimento técnico, materializados nas condutas de cada profissional. O produto final é a própria prestação da assistência à saúde, consumida no momento exato de sua produção (FRIEDERICH; PIERANTONI, 2005).

A população de quase toda a Zona Norte de Teresina, na qual está localizada a UBS, procura os seus serviços. Observou-se uma melhora no acesso dos usuários, aumentando a demanda que foi concomitante ao aumento da resolutividade das necessidades trazidas pelo usuário, modificação no processo de trabalho das equipes e criação de vínculos afetivos e de responsabilização entre os profissionais e as comunidades assistidas pela UBS.

Hoje, como resultado palpável, tem-se, na UBS do Poti Velho, uma equipe de acolhimento constituída pelos profissionais da ESF e do NASF: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de Enfermagem, ACS, auxiliar de consultório dentário e os profissionais que constituem o NASF, como, por exemplo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e educadora física, que participam do acolhimento, seguindo uma escala mensal de plantão.

Para que a integralidade aconteça é necessário que o trabalho seja multiprofissional e interdisciplinar, realizado em equipe, de forma que os saberes possam ser somados e concretizados em cuidados efetivos, dirigidos a populações de territórios definidos pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária. A ESF

propõe, assim, o foco na família e na comunidade, na adscrição de clientela, na valorização de saberes e práticas, integralidade e inter-setorialidade das ações (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

Silva, Pontes e Silveira (2012) assinala que o processo de acolhimento requer a participação de uma Equipe Multiprofissional, além da realização de projetos terapêuticos, singulares e coletivos resolutivos, fundamentados nos protocolos do MS, ou adaptados de acordo com a realidade local de cada comunidade.

A presença de uma Equipe Multiprofissional mostra a existência de diversos núcleos de saberes específicos em inter-relação, já que para alcançar a finalidade do trabalho em saúde é necessária a integração de saberes que deem conta dos múltiplos fatores sociais, culturais, biológicos e econômicos que intervêm no processo de saúde/doença (BARRA, 2011).

A Equipe de Acolhimento fica localizada em uma mesa logo à entrada da UBS e, na maioria das vezes, é o primeiro contato do usuário com o serviço. Dispõe ainda de uma sala para efetivar atendimentos que necessitem de diálogos reservados. Conta ainda todos os dias com um médico dando apoio na retaguarda nos consultórios.

Estudos nacionais apresentam o acolhimento sob diversos olhares. Partindo da compreensão de que é uma etapa do processo de trabalho, podendo ser realizado em um espaço físico determinado, e por meio de uma equipe designada para atender à demanda da população adscrita, o acolhimento passa a ser pensado como uma “relação de ajuda”, em que os usuários são aqueles que procuram ajuda, e são simultaneamente “objetos e agentes da ação”, pois opinam e tomam decisões (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Pode-se perceber o envolvimento positivo de toda a equipe, uma motivação de querer acolher todas as necessidades e demandas trazidas pelos usuários e ainda que a comunidade apoia a equipe de acolhida, pois tem informações sobre todo o sistema de saúde e dos serviços disponíveis na UBS.

Outro aspecto positivo é a busca por parte dos profissionais e trabalhadores da UBS em conhecer como a Rede de Atenção à Saúde funciona para melhor informar os usuários; e chama atenção também a cordialidade como todos trabalham, mesmo com algumas dificuldades inerentes ao sistema.

Pode-se apontar ainda como resultado da experiência a criação de um grupo de Educação Permanente sobre os protocolos de atendimento à demanda espontânea. Uma vez por mês, os profissionais se encontram para estudar, adaptar ou modificar os protocolos do Caderno de Atenção Básica n. 28. A nova PNAB preconiza que a Educação Permanente deve embasar-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, aprendizagem significativa.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) inseriu essa definição em diversos países, como um modelo diferenciado de educação para adultos, proposta para reorientar a educação dos trabalhadores da Saúde a partir da pedagogia problematizadora. Está sustentada na concepção de aprendizagem significativa que produza sentido e proporcione a transformação das atividades profissionais, mediante a reflexão crítica sobre as práticas reais dos serviços de saúde (BRASIL, 2005; GADOTTI, 2000).

Os aspectos dificultadores foram e continuam sendo as agendas sempre lotadas dos profissionais, o que torna a confecção da Escala de Acolhimento trabalhosa, e as reuniões do Grupo de Educação Permanente espaçadas; há também a resistência das categorias médicas e odontológicas, pois se acham mais úteis nos consultórios que à frente da acolhida. As dificuldades inerentes ao Sistema de Saúde, como marcação de consultas e exames especializados on-line, com algumas especialidades de acesso demorado, como neurologia e ortopedia, provocam indignação nos usuários e tornam a equipe impotente. Convém lembrar ainda a sobrecarga que o aumento da

demanda trouxe para os profissionais das equipes, e, por conta disso, ausência de medicamentos, de material para curativo e outros insumos, pois a unidade passou a ser responsável pelos arredores e não mais apenas por seu território.

Nessa percepção, o acolhimento aparece como forma de inclusão de todos os usuários, independentemente dos grupos populacionais e dos ciclos de vida aos quais pertençam. Isso porque o ato de acolher pressupõe a mobilização dos sujeitos envolvidos em todos os aspectos das relações que se estabelecem na saúde. É necessária uma consciência de cidadania. Deve-se reconhecer nas estratégias propostas pelo SUS um percurso para exercer o direito ao acesso universal e conquistar a integralidade e a equidade da assistência à saúde. Nesse aspecto, o *locus* do acolhimento na APS compõe um potencial cenário para conflitos éticos no cotidiano das atividades (BREHMER; VERDI, 2010).

O acolhimento, ao aumentar o acesso dos usuários ao SUS na APS, quando ligado à presença de profissionais capacitados para uma escuta qualificada às suas demandas, possibilita a autonomia, a cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde. Além de contribuir para a desmistificação, construída ao longo das décadas, de que as atividades de saúde ofertadas pelos serviços públicos são de qualidade inferior e seus profissionais desatualizados, e que os serviços de “ponta” estão no setor privado (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

CONCLUSÃO

Após a implantação do PMAQAB, em setembro de 2013, ocorreu melhoria significativa do acesso do usuário ao serviço de saúde, por meio da implementação do acolhimento, aumento do vínculo entre clientes e profissionais de saúde, organização do processo de trabalho das equipes por meio do planejamento prévio das ações a serem realizadas, implementação das atividades de Educação em Saúde na

comunidade e nas escolas, intensificação na supervisão das atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, implantação do e-SUS como instrumento de avaliação do processo de trabalho da equipe e a participação ativa da comunidade no planejamento das ações na UBS, por meio da ativação do Conselho Local de Saúde.

Entretanto, sabe-se que serão encontradas dificuldades e algumas arestas a serem lapidadas com a implantação do acolhimento aos usuários da demanda espontânea; por isso, precisa-se de um processo de avaliação constante desse serviço, de modo a garantir a escuta qualificada e a atenção integral aos nossos usuários, além do apoio da gestão como corresponsável pelo bom andamento dos serviços, pois de nada adianta o esforço da equipe em satisfazer as necessidades das pessoas se não houver a contrapartida da gestão.

Acredita-se que a experiência deva ser reproduzida em outras UBS, pois vem ao encontro da nova PNAB, na qual traz a AB, ESF como porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado aos usuários nas Redes de Saúde, atendendo ainda à Política Nacional de Humanização, o Humaniza SUS e aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. É uma ação que demanda apenas boa vontade e motivação da equipe, quase não usa recursos materiais e vai ao encontro do imperativo ético de que toda demanda, necessidade e sofrimentos devem ser acolhidos.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Vanessa Baliego de Andrade; FERREIRA, Maria de Lourdes Silva Marques; BARBOSA, Pedro Marco Karan. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde.

Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 33, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v.13, n. 2, p. 119-142, jan./jun. 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?

Interface – Comunic., Saude, Educ., v. 9, n. 17, p. 389-94, 2005.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários; Userembrace ment in Basic Care: ethical implications on the Health Care of the users. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica.

Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria n. 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático:** gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 204, p. 55, 24 out. 2011b. Seção 1, pt1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.**

1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, v. 1, n. 28).

DAMASCENO, Renata Fiúza et al. O acolhimento no contexto da estratégia saúde da família. **J Health SciInst**, v. 30, n. 1, p. 37-40, 2012.

FRANCO, Túlio Borges; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRIEDRICH, Denise. Barbosa; PIERANTONI, Celia Regina. **O trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família em Juiz de Fora.** 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2005.

GADOTTI, Moacir. **Perspectivas atuais da educação.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2000.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29723>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 34. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária:

um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, ago. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

NONNENMACHER, Carine Lais; WEILLER, Teresinha Heck; OLIVEIRA, StefanieGriebeler. Opiniões de usuários de saúde sobre o acolhimento com classificação de risco. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 14, n. 3, set. 2012. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php>>. Acesso em: 5 abr. 2015.

PAULINO, V. C. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Rev. Enferm.**, UERJ, v. 20, n. 3, p. 268:373, jul./set. 2012.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007.

SANTOS, Adilson Ribeiro dos; COUTINHO, Márcio Lemos. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros na estratégia saúde da família. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, 2014. DOI: 10.5327/Z0100-0233-2014380300016.

SANTOS, Ialane Monique Vieira dos; SANTOS, Adriano Maia dos. Acolhimento no programa saúde da família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 13, n. 4, aug. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

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

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na estratégia saúde da família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

SILVA, Maria; PONTES, Ricardo; SILVEIRA, Lia. Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 6, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6006>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

SILVA, Tarciso Feijó da. **O acolhimento como estratégia para organização do processo de trabalho**: uma análise em duas unidades de atenção primária em saúde do município de Rio de Janeiro com modelos distintos de atenção. Rio de Janeiro: [s.n.], 2013. 119 p.

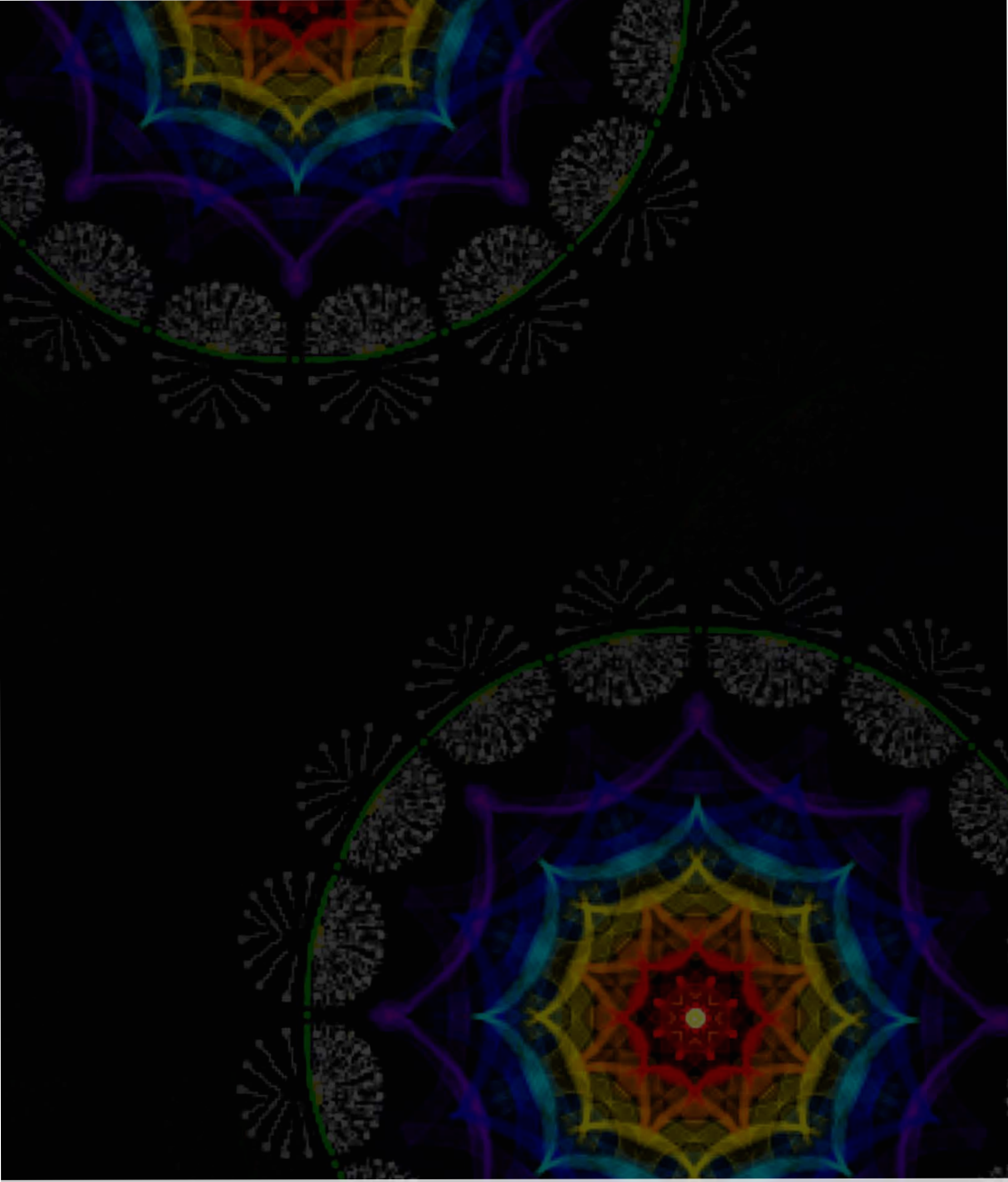
SOARES, Tatiana Aparecida. **Os benefícios do acolhimento na atenção básica de saúde**: uma revisão de literatura. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Araçuaí, 2011.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAja0AD/atencao-primaria-equilibrio-entre-necessidades-saude-servicos-tecnologia>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

TARSO, de Paulo. **Projeto Qualisus**. Coordenação Executiva de Projetos. DIPE/SE Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.



Este livro foi projetado pela equipe
editorial e gráfica da Editora
da Universidade Federal do Rio Grande
do Norte, em setembro de 2017.



ISBN 978-85-425-0729-4



9 788542 507294 >



FIOCRUZ



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ



UNIVERSIDADE
ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



UFPA



UFPB



Universidade
Regional
da Carri - URCA



UFPI