



# PRÁTICA NA COMUNIDADE:

**uma integração ensino, serviço e  
comunidade a partir do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família.**



Ana Patrícia Pereira Morais  
Annatália Meneses de Amorim Gomes  
Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
(Organizadoras)

## **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

### **REITOR**

José Jackson Coelho Sampaio

### **VICE-REITOR**

Hidelbrando dos Santos Soares

### **EDITORA DA UECE**

Erasmio Miessa Ruiz

### **CONSELHO EDITORIAL**

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

### **CONSELHO CONSULTIVO**

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

Ana Patrícia Pereira Morais  
Annatália Meneses de Amorim Gomes  
Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
(Organizadoras)

# **Prática na Comunidade: uma integração ensino, serviço e comunidade a partir do Mestrado Profissional em Saúde da Família.**

Fortaleza - CE

2015



**Prática na Comunidade: uma integração ensino, serviço e comunidade a partir do  
Mestrado Profissional em Saúde da Família.**

© 2015 *Copyright by* Ana Patrícia Pereira Morais, Annatália Meneses de Amorim Gomes e  
Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE  
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará  
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893  
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



**Coordenação Editorial**

Erasmus Miessa Ruiz

**Diagramação e Capa**

Narcelio de Sousa Lopes

**Revisão de Texto**

EdUECE

**Ficha Catalográfica**

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

---

P912 Prática na Comunidade: uma integração ensino, serviço e comunidade a partir do Mestrado Profissional em Saúde da Família [livro eletrônico] / Ana Patrícia Pereira Morais, Annatália Meneses de Amorim Gomes, Maristela Inês Osawa Vasconcelos (orgs.). – Fortaleza: EdUECE, 2015.

288 p.

ISBN: 978-85-7826-277-8

1. Ensino e aprendizagem. 2. Estratégias na saúde da família. 3. Redes de saúde – Atenção primária. I. Título.

---

CDD: 370

## **Ministério da Saúde**

Ademar Arthur Chioro do Reis

## **Fundação Oswaldo Cruz**

Presidente: Paulo Ernani Gadelha Vieira

## **Fundação Universidade Estadual do Ceará**

Reitor: José Jackson Coelho Sampaio

## **Universidade Estadual Vale do Acaraú**

Reitor: Fabianno Cavalcante de Carvalho

## **Universidade Federal do Ceará**

Reitor: Jesualdo Pereira Farias

## **Universidade Federal do Maranhão**

Reitor: Natalino Salgado Filho

## **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**

Reitora: Ângela Maria Paiva Cruz

## **Instituições Nucleadoras:**

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

## **Apresentação**

Este livro surgiu da ideia de sistematizar a experiência adquirida com a realização das “Práticas na Comunidade”, uma das estratégias pedagógicas adotadas no Mestrado Profissional em Saúde da Família ofertado pela Rede Nordeste em Saúde da Família (RENASF) em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior, designadas de instituições Nucleadoras. Idealizamos que um livro poderia expressar a riqueza desta prática pedagógica que demarca o contexto dos trabalhadores-estudantes inseridos na realidade da Estratégia Saúde da Família.

O objetivo central desta publicação é colocar o leitor em movimento, de modo que este possa explorar conteúdos como se estivesse nos cenários desbravados por quem está *in loco* observando e atuando na realidade, tornando-se imprescindível para a melhor compreensão dos contornos e entornos das comunidades nordestinas. A aposta está na possibilidade de produzir conhecimento a partir das experiências na realização da ação prática. Explorar conhecimentos e possibilidades a partir de uma prática pedagógica e das observações que contextualizam as experiências nos mais variados cenários municipais, onde diuturnamente se constrói a experiência brasileira com a Estratégia Saúde da Família.

Esta publicação é composta por 13 capítulos que retratam as experiências de trabalhadores da saúde que atuavam enquanto mestrandos. Destacam-se pontos críticos e potencialidades desse trabalho. A leitura atenta poderá desvendar

impressões, tendo como pano de fundo a gestão, o processo de trabalho e a formação em saúde como elementos para a discussão.

Esta publicação é resultado de mais uma cooperação entre a Fiocruz e o Ministério da Saúde através da SGETS, envolvendo docentes e mestrandos de seis instituições de pesquisa e ensino: Fiocruz, UECE, UVA, UFC, UFRN, UFMA.

Desejamos que a leitura deste livro instigue os leitores a idealizar novos conhecimentos sobre o modo de produzir saúde na atenção básica no Brasil e vislumbrar a potência dos processos de formação dos trabalhadores no campo da saúde coletiva/saúde da família.

## PREFÁCIO

José Jackson Coelho Sampaio

Prefaciар um livro sempre me dá muita alegria. É o lançamento de mais mundo no mundo, como uma criança que nasce ou um aviãozinho de papel que, saltando de um alto prédio, plane sobre a cidade. A criança está plena de possibilidades que se efetivarão no crescimento das relações. O aviãozinho dispara o desapego de certa materialidade imaterial, lúdica e volátil.

Prefaciар este livro agrega mais alegrias. As organizadoras, Ana Patrícia Pereira Moraes, Annatália Meneses de Amorim Gomes e Maristela Inês Osawa Vasconcelos, são professoras e pesquisadoras comprometidas e criativas, e com elas tenho desenvolvido tantas cumplicidades intelectuais e políticas. O Curso de Mestrado em Saúde da Família, útero e plataforma de voo desta experiência, abriga-me como professor e orientador, e se integra na Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF, uma ideia que ajudei a conceber, quando da decisão do Ministério da Saúde de instalar um núcleo da FIOCRUZ no Ceará.

Ora, o Ceará é a pátria da concepção Saúde da Família, como estruturante da Atenção Básica, e da Equipe de Saúde da Família, como dispositivo da transformação em ato da prevenção, da promoção, da educação e do cuidado em saúde. A Estratégia Saúde da Família nacionalizou-se, mas em nossa terra está fincada sua história, seus ícones e seus experimentos de mais êxito. O livro, editado pela editora da Universidade Estadual do Ceará-EdUECE, sob o título



de **Prática na Comunidade: uma integração ensino, serviço e comunidade**, articula a produção de mestrandos e professores/pesquisadores oriundos de duas universidades estaduais cearenses, a UECE e a Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, e duas universidades federais, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN e a Universidade Federal do Maranhão-UFMA, compõe-se de 13 artigos que sistematizam e aprofundam nosso conhecimento sobre o tema.

O primeiro capítulo, **O Cuidado na Estratégia Saúde da Família: uma experiência de gestação de vínculos**, foca o desafio de cuidar dos mais intensamente vulneráveis, o que exige maior resiliência dos profissionais, continuidade dos esforços terapêuticos e coordenação dos programas, projetos, serviços e equipes.

O segundo capítulo, *A Vida em Nove Luas: uma experiência educativa com gestantes na Estratégia Saúde da Família*, relata iniciativa de formação, multiprofissional e interdisciplinar, para que gestantes possam discutir e compreender os cuidados e autocuidados no ciclo gravídico-puerperal e fomentar autonomia para a escolha conscientes de método contraceptivo.

O terceiro capítulo, **O Uso do Fluxograma Analisador como Ferramenta de Gestão e Educação Permanente: relato de experiência em distrito sanitário de Natal/RN**, destaca a necessidade de incorporar técnicas de identificação de nós críticos, cada vez mais possíveis devido à complexidade do campo da saúde e à complexidade da realidade social, a fim de reorganização das práticas fundadas na lógica do planejamento e no respeito às singularidades locais.

O quarto capítulo, **Fluxograma de Acolhimento: a ampliação do olhar e de outros sentidos na prática cotidiana**, busca compreender a conflitualidade instalada no campo da saúde e demonstra que as pactuações coletivas, os mapas de conflitos e os fluxogramas de acolhimento constituem métodos, técnicas e instrumentos que possibilitam incremento da qualidade do cuidado e humanização das relações.

O quinto capítulo, **Arco de Maguerez: estratégia de ensino-aprendizagem com foco na problematização**, desenvolve o conhecimento de um método centrado na cadeia dialógica ação-reflexão-ação, que parte e retorna para a realidade social, e testa a riqueza das possibilidades de cooperação para o enfrentamento dos desafios do cotidiano dos serviços de saúde.

O sexto capítulo, **Caminhos das Práticas Integrativas na Saúde: relatos da articulação entre ocas comunitárias e a Estratégia Saúde da Família**, descreve a produção de uma pesquisa e de um vídeo sobre práticas integrativas e complementares, em oca comunitária de Fortaleza/CE, o que permitiu compreender o acesso a estes serviços, suas resolutividades e suas legitimidades perante profissionais e usuários, além da conexão existente entre educação popular e Estratégia Saúde da Família.

O sétimo capítulo, **Prevenção de Acidentes de Trânsito: a voz dos mototaxistas em Sobral/CE**, propõe a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, com ênfase nos mototaxistas, grupo de grande vulnerabilidade, por meio de exposições dialogadas, que resultou em substancial mapa de determinantes: insuficiência ou falta de sinalização,

insuficiência ou falta de educação, infraestrutura deficiente de vias e sinais, excessiva carga horária de trabalho, cultura de competição e não de paz.

O oitavo capítulo, **O Sofrimento Familiar Frente a Situação Neurológica Irreversível de Filho: o método de Charles Maguerez aplicado na metodologia da problematização**, com o objetivo de desenvolver atividades de preceptoria, identificou-se caso que visibiliza problema grave de saúde infantil, sofrimento familiar e precariedade do vínculo com a equipe, por meio da aplicação crítica de uma técnica de ensino-aprendizagem, resultando em melhor organização do processo de trabalho, além do aumento da capacidade de refletir sobre situações complexas e sensíveis.

O nono capítulo, **Tuberculose e Linhas de Cuidado: um estudo de caso com base em tecnologias analisadoras**, desenvolve os cuidados que a Saúde da Família precisa ter no enfrentamento de doenças infectocontagiosas crônicas e endêmicas como pode ser a tuberculose pulmonar, em cidade como Teresina/PI, visando fortalecer o vínculo família/equipe de saúde, identificar a rede social de superação das vulnerabilidades e elaborar fluxograma do processo de trabalho do cuidado, a partir de genograma e ecomapa, em visitas domiciliares.

O décimo capítulo, **Cultura de Paz pelo Reencantamento do Território: uma experiência de promoção de saúde em Alto da Brasília, Sobral/CE**, compara as propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde com uma aplicação concreta, identificando indicadores do processo saúde/doença e da qualidade de vida, como organização urbana, trabalho/remuneração, saneamento básico, habi-

tação, alimentação, escolaridade e violência, o indicador recentemente incluído na agenda, destacando o perfil degradado do território Alto da Brasília - aumento da violência como determinante de agravos, da estigmatização do bairro e da baixa autoestima coletiva na sua população – e prescrevendo atividades de mobilização comunitária para uma cultura de paz.

O décimo primeiro capítulo, **Uso de Fluxograma Analisador no Processo de Cuidado ao Idoso Vítima de Violência: uma prática na comunidade**, apresenta um projeto de organização da assistência à saúde por meio de práticas centradas nos usuários e reorganização do processo de trabalho das equipes, a partir do estudo de caso de três idosos em situação de vulnerabilidade em Cruz/CE – idade avançada, desnutrição, sem família, cuidador alcoólico - por meio de visita domiciliar, genograma e ecomapa, para avaliar o vínculo com a Equipe de Saúde da Família, vínculo este considerado forte, porém medicalizante, distante do cuidado integral.

O décimo segundo capítulo, **Estratégias de Promoção da Alimentação Saudável: plano de ação para uma comunidade do litoral do Ceará**, estuda a relação entre alimentação e saúde, em Barroquinha/CE, que possibilitou a criação do grupo *Comer Bem É o Melhor para Poder Crescer* e o desencadeamento de mudança de hábitos alimentares consensuados como favoráveis à saúde e à qualidade de vida.

O décimo terceiro capítulo, **Abordagem a uma Família com Criança Menor de Um Ano em Situação de Atraso Vacinal**, toma um contexto concreto de vivência da crian-

ça como objeto para investigação e intervenção em saúde, analisando a cultura da família e do território social, visando incluir a vacinação infantil no padrão sociocultural de Maracumé/MA, o que resultou na atualização vacinal das crianças, a partir do consentimento dos responsáveis, também reduzindo a resistência dos membros em partilhar informações, fortalecendo o vínculo de confiança entre a equipe de saúde e as famílias e proporcionando cuidado integral e humanizado.

O livro que o Mestrado Profissional em Saúde da Família nos oferece qualifica a discussão necessária sobre prevenção de doenças e transtornos, promoção de saúde, educação em saúde, assistência e atenção, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, integralidade e humanização, cuidado e vida saudável. Deste modo, faz crescer, nos estados diretamente envolvidos nos estudos - Ceará, Rio Grande do Norte e Piauí – na região Nordeste e no Brasil, o conhecimento sobre este campo tão complexo, desafiador e estratégico para a cidadania plena.

# Sumário

<b>PREFÁCIO .....</b>	<b>8</b>
-----------------------	----------

José Jackson Coelho Sampaio

## **NUCLEADORA UECE**

<b>AUTORES DA NUCLEADORA UECE.....</b>	<b>18</b>
--	-----------

## **FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO: A AMPLIAÇÃO DO OLHAR E OUTROS SENTIDOS NA PRÁTICA COTIDIANA...22**

Tereza Alves de Souza, Maria Aglair Braz Mota, André Luis Benevides Bomfim, José Maria Ximenes Guimarães, Annatália Meneses de Amorim Gomes, Maria Irismar de Almeida e Maria Rocineide Ferreira da Silva

## **ARCOS DE MAGUEREZ: ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM COM FOCO NA PROBLEMATIZAÇÃO.....38**

Ana Paula Ribeiro de Castro, Mailson Fontes de Carvalho, Márcia Lúcia de Oliveira Gomes, Roberta Alves Sousa, Talyta Alves Chaves Lima, Maria Irismar de Almeida, Annatália Meneses de Amorim Gomes, Ana Mattos Brito de Almeida, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, Ana Valeska Siebra e Silva, Marcelo Gurgel Carlos da Silva e Andrea Caprara

## **CAMINHOS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA SAÚDE: RELATOS DA ARTICULAÇÃO ENTRE OCAS COMUNITÁRIAS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....51**

Ana Cybele Peixoto de Andrade, Carlos Eduardo de Sousa Praxedes, Eliene de França Mascarenhas, Francisco Pereira Júnior Feitosa, Herta Maria Castelo Branco Ribeiro, Joyce Bezerra Portela de Deus, Lizaldo Andrade Maia, Ana Patrícia Pereira Morais, Raimundo Augusto Torres Martins, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Maria Irismar de Almeida, Zeni Carvalho Lamy, Annatália Meneses de Amorim Gomes e Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

## **NUCLEADORA UFMA**

**AUTORES DA NUCLEADORA UFMA ..... 77**

### **ABORDAGEM A UMA FAMÍLIA COM CRIANÇA MENOR DE UM ANO EM SITUAÇÃO DE ATRASO VACINAL.....79**

Luciana Albuquerque de Oliveira, Lia Cardoso de Aguiar, Maria dos Remédios da Silva Lira, Maria Gláucia Alves Albuquerque, Liberata Campos Coimbra, Zeni Carvalho Lamy, Ana Cristina Saldanha e Nair Portela Silva Coutinho

## **NUCLEADORA UFRN**

**AUTORES DA NUCLEADORA UFRN ..... 98**

### **O CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA EXPERIÊNCIA DE GESTAÇÃO DE VÍNCULOS..... 102**

Adriana Santos Lopes, Francijane Diniz de Oliveira, José Adailton da Silva, Robervam de Moura Pedroza, Ligiane Nascimento de Lucena, Ana Carolina de Souza Pieretti, Nayara Santos Martins Neiva de Melo, Ana Karenina Arraes Amorim, Maísa Paulino Rodrigues e Geórgia Sibebe Nogueira da Silva

### **A VIDA EM NOVE LUAS: UMA EXPERIÊNCIA EDUCATIVA COM GESTANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA... 135**

Ricardo Henrique Vieira de Melo, Magna Celi Pereira Felipe, Márcia Lélis Rocha Corrêa, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Geórgia Sibebe Nogueira da Silva, Maísa Paulino Rodrigues e Ana Karenina Arraes Amorim

### **O USO DO “FLUXOGRAMA ANALISADOR” COMO FERRAMENTA DE GESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM DISTRITO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN..... 160**

Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira, Francisco Glérison Vieira, Márcia Cunha da Silva Pellense, Marise Soares Almeida, Ricardo Henrique Vieira de Melo, Rosana Maria Ferreira de Moura Lima, Ana Karenina de Melo Arraes Amorim, Antônio Medeiros Junior, Elizabethe Cristina Fagundes de Souza, Maísa Paulino Rodrigues e Geórgia Sibebe Nogueira da Silva

## **NUCLEADORA UVA**

### **AUTORES DA NUCLEADORA UVA ..... 179**

#### **PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO: A VOZ DOS MOTOTAXISTAS NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE..... 184**

Keila Maria Carvalho Martins, Maria do Socorro Teixeira, João Sérgio Araújo Soares, Francisco Meykel Amâncio Gomes, João Henrique Vasconcelos Cavalcante, Maria Socorro de Araújo Dias, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Adelane Monteiro da Silva, Maria Socorro Carneiro Linhares, Eliany Nazaré Oliveira, Ana Cecília Lins Sucupira e Israel Rocha Brandão

#### **O SOFRIMENTO FAMILIAR FRENTE À SITUAÇÃO NEUROLÓGICA IRREVERSÍVEL DE UM FILHO: O MÉTODO DO ARCO DE CHARLES MAGUEREZ APLICADO NA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO ..... 198**

Maria do Socorro Teixeira, Keila Maria Carvalho Martins, João Sérgio Araújo Soares, Israel Rocha Brandão, José Reginaldo Feijão Parente, Maria Adelane Monteiro da Silva, Maria Socorro Carneiro Linhares e Maria Socorro de Araújo Dias

#### **TUBERCULOSE E LINHAS DE CUIDADO: UM ESTUDO DE CASO COM BASE EM TECNOLOGIAS ANALISADORAS.. 217**

Elayne Cristina Costa Damasceno, Janice Dávila Rodrigues Mendes, Svetlana Coelho Martins, José Jeová Mourão Netto, Gracyanne Maria Oliveira Machado, Francisco Rosemiro Guimarães Neto, Eliany Nazaré Oliveira, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Maria Socorro de Araújo Dias e Israel Rocha Brandão

#### **APÊNDICES - APRESENTAÇÃO GRÁFICA DO FLUXOGRAMA CONSTRUÍDO JUNTO A ESF ..... 232**

#### **GENOGRAMA E ECOMAPA - APRESENTAÇÃO GRÁFICA DO FLUXOGRAMA CONSTRUÍDO JUNTO A ESF ..... 236**



**GENOGRAMA E ECOMAPA ..... 239**

**CULTURA DE PAZ PELO REENCANTAMENTO DO TERRITÓ-  
RIO: UMA EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO  
TERRITÓRIO ALTO DA BRASÍLIA, SOBRAL-CE..... 240**

Noraney Alves Lima, Ingrid Freire Silva, Raila Souto Pinto Menezes, Irlanda Pontes Oliveira, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Socorro de Araújo Dias, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Maria Adelane Monteiro da Silva e Ana Cecília Lins Sucupira

**USO DE FLUXOGRAMA ANALISADOR NO PROCESSO DE  
CUIDADO AO IDOSO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA – UMA PRÁTI-  
CA NA COMUNIDADE..... 253**

Ediléia Marcela Dutra,

Evaldo Eufrásio Vasconcelos, João Kildery Silveira Teófilo, Leandro José Sousa Teófilo, Vanessa Matos Gomes dos Santos, Eliany Nazaré Oliveira, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Maristela Ines Osawa Vasconcelos, Maria de Fátima Antero Sousa Machado e Izabelle Mont´Álverne N. Albuquerque

**ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁ-  
VEL: PLANO DE AÇÃO PARA UMA COMUNIDADE DO LITO-  
RAL NOROESTE DO CEARÁ ..... 273**

João Henrique Vasconcelos Cavalcante, Gracyane Maria Oliveira Machado, Vanessa Matos Gomes dos Santos, Marlos Ribeiro Araújo, Gervânia Bezerra Gomes, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Socorro de Araújo Dias e Eliany Nazaré Oliveira

# **NUCLEADORA UECE**

**AUTORES DA NUCLEADORA UECE**

### **Ana Cybele Peixoto de Andrade**

Assistente Social e Psicóloga. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

### **Ana Mattos Brito de Almeida**

Psicóloga. Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

### **Ana Patrícia Pereira Moraes**

Enfermeira (UECE). Doutora em Saúde Pública. Coordenadora e docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

### **Ana Paula Ribeiro de Castro**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

### **Ana Valeska Siebra e Silva**

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

### **Marcelo Gurgel Carlos da Silva**

Médico. Pós-doutor em Economia da Saúde. Docente do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

### **André Luís Benevides Bomfim**

Médico. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UFC).

### **Andrea Caprara**

Médico. Doutor em Antropologia. Docente do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

### **Annatália Meneses de Amorim Gomes**

Psicóloga e Assistente Social. Doutora em Ciências da Saúde. Coordenadora Adjunta e docente do Curso de Mestrado Profissional Saúde da Família – RENASF-UECE.

**Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer**

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer. Odontóloga. Doutora em Odontologia. Coordenadora e Docente do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-Fiocruz-CE).

**Carlos Eduardo de Sousa Praxedes**

Odontólogo. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Eliene de França Mascarenhas**

Médica. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Francisco Pereira Júnior Feitosa**

Farmacêutico. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Herta Maria Castelo Branco Ribeiro**

Assistente Social. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**José Maria Ximenes Guimarães**

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Joyce Bezerra Portela de Deus**

Enfermeira. Discente do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Lizaldo Andrade Maia**

Odontólogo. Discente do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Mailson Fontes de Carvalho**

Enfermeiro. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Márcia Lúcia de Oliveira Gomes**

Odontóloga. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Maria Aglair Braz Mota**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF- UECE).

**Maria Irismar de Almeida**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Raimundo Augusto Torres Martins**

Enfermeiro. Doutor em Educação. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Roberta Alves Sousa**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Talyta Alves Chaves Lima**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UECE).

**Tereza Alves de Souza**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF- UECE).

**Zeni Carvalho Lamy**

Medica. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UFMA).

# FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO: A AMPLIAÇÃO DO OLHAR E OUTROS SENTIDOS NA PRÁTICA COTIDIANA

Tereza Alves de Souza  
Maria Aglair Braz Mota  
André Luis Benevides Bomfim  
José Maria Ximenes Guimarães  
Annatália Meneses de Amorim Gomes  
Maria Irismar de Almeida  
Maria Rocineide Ferreira da Silva

## RESUMO

A busca pelo atendimento às demandas e necessidades dos usuários nas unidades básicas de saúde é, em muitas situações cotidianas, geradora de conflitos, desgaste físico, mental e psicológico, exigindo da gestão, dos trabalhadores e da comunidade formas de equacionar os problemas. O presente estudo objetiva relatar a experiência da construção coletiva do fluxograma de acolhimento dos usuários em uma unidade de saúde, como atividade do módulo de Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica do Mestrado Profissional em Saúde da Família, UECE/FIOCRUZ. Trata-se de um relato de experiência que contou com a participação de trinta e nove (75%) dos trabalhadores da unidade e três representantes do Conselho Local de Saúde, em roda de gestão, com a utilização da técnica de oficina, após o tema ter sido discutido com todas as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do território. Como resultado, houve uma ampliação do olhar, possibilitando como produto final o flu-

xograma de acolhimento a ser implementado, que poderá possibilitar uma melhoria na qualidade e humanização da assistência. Constatamos que a construção conjunta do fluxograma, baseado em um problema identificado pelos trabalhadores, despertou a corresponsabilidade e o olhar dos envolvidos para eventualidades estressoras que vão além das dificuldades sentidas no acolhimento.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Fluxograma. Saúde da Família.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, desde a Reforma Sanitária, iniciada no contexto de redemocratização do país, ocorreram mudanças na estrutura e organização do sistema de saúde brasileiro. Na perspectiva de assegurar o direito à saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS foi implantado com a missão de garantir acesso às ações e serviços de saúde de forma universal, equânime e integral, com definição de competências e responsabilidades para as três esferas governamentais. Um sistema organizado em rede regionalizada e hierarquizada, de gestão compartilhada, onde as ações são pactuadas em instâncias colegiadas. Outro princípio importante no SUS é a participação da comunidade no âmbito da formulação de políticas e do controle social na execução da ação governamental.

Para conferir viabilidade ao novo sistema de saúde, com propósito de induzir a reorientação do modelo de atenção, em 1994 foi implantado o Programa Saúde da Família - PSF, posteriormente, Estratégia Saúde da Família- ESF, que se constituiu o modelo de atenção primária a saúde adotado no Brasil, mediante ações preventivas, de promoção da saúde, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos da

equipe de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e considerando o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Assim, o PSF surgiu com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”; “insatisfação da população”; “desqualificação profissional”; “iniquidades”. A assistência à saúde é marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizada nos atendimentos médicos com visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas (MERHY; FRANCO, 2003).

No percurso de construção do SUS, observam-se avanços positivos, mas também problemas e desafios que persistem exigindo reajustes contínuos com vista à resolução das adversidades que surgem no desenvolvimento dos processos de trabalho (NEVES; ROLLO, 2006). Dentre outros, observam-se diversas práticas assistenciais pouco acolhedoras, burocráticas, com normas e critérios rígidos, dificultando o acesso dos usuários à unidade de saúde, as quais contribuem para a baixa resolubilidade dos serviços. Observam-se, também, poucos espaços para a escuta, para a interação e o diálogo com os usuários.

Determinantes como o nível de cultura, educação, hábitos de vida, entendimento sobre cidadania, problemas estruturais das unidades básicas de saúde, falta de profissionais, despreparo para trabalhar com ações humanizadoras nos serviços de saúde, condições socioeconômica da população, precárias condições higiênicas e sanitárias, a valoriza-



ção pelas ações curativas em detrimentos das de promoção da saúde, poucos espaços coletivos para a reflexão, análise e troca de saberes entre os profissionais, abordagem dos diversos profissionais restrita aos aspectos biológicos e a prática profissional centrada em procedimentos contribuem para o agravamento da situação (CARVALHO; BUSS, 2009).

A situação acima descrita tem contribuído para uma busca excessiva pelos serviços de Atenção Primária à Saúde, o que tem gerado conflitos, desgaste físico, mental e psicológico, exigindo da gestão dos serviços e dos profissionais da saúde, em comum acordo com a comunidade, encontrar formas de equacionar os problemas, através de discussão e organização dos fluxos assistenciais nos serviços de saúde que atendam efetivamente às necessidades de saúde da população.

Por outro lado, como proposta para superação destas problemáticas, o Ministério da Saúde vem implementando a Política Nacional de Humanização – PNH, que visa à efetivação dos princípios do SUS e enfatiza a necessidade de assegurar o acesso e a atenção integral aos usuários.

Para Gomes *et al.* (2008), humanização é um conceito polissêmico, podendo suas interpretações variar desde o senso comum de ser bom com o outro que sofre, passando por leituras essencialistas até um humanismo revisitado, aberto ao singular de cada experiência humana, suas necessidades e ao mesmo tempo ancorado na ética.

Dentre outras estratégias, a PNH utiliza como diretriz o acolhimento dos usuários como mecanismo de garantir a humanização, a responsabilização pelo paciente a universalidade, e a equidade, tornando claro que não tem local nem hora certa para acontecer, nem profissional específico para

concretizá-lo. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta das demandas, necessidades e desejos de saúde da população, reconhecimento do seu protagonismo nos processos de saúde e adoecimento, e na responsabilidade pela resolução dos problemas da saúde de acordo com sua capacidade resolutiva ou referenciando-os se necessária a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos, incorporando e participando efetivamente das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

O acolhimento pressupõe a mudança da relação profissional/usuário, a partir de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e solidários, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

Desse modo, o acolhimento passa a ser considerado, fundamentalmente, como uma estratégia para promover mudanças no processo de trabalho, ampliando o acesso à atenção integral, de boa qualidade e resolutiva, com a criação de espaço privativo e protegido, oferecendo a todos os usuários que procuram os serviços de saúde uma escuta qualificada por um profissional de saúde, para tanto, lança mão de ferramentas que orientem este processo, dentre outras, destacando-se o fluxograma analisador.

De um modo muito simples, o fluxograma é um diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de “desenhar” certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma cadeia de produção (MERHY E.E, ONOCKO R., 1997). O fluxograma de acolhimento busca co-

nhecer os caminhos percorridos pelos usuários quando procura assistência e sua inserção no serviço. Permite um olhar sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, permitindo a detecção de seus problemas (FRANCO, 2003).

Assim, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência da construção do fluxograma de acolhimento dos usuários da Unidade de Atenção Primária à Saúde Edmar Fujita, com base na reflexão dos trabalhadores e representantes do Conselho Local de Saúde sobre os processos autoanalíticos, ocorridos na unidade de saúde, considerando-o uma tecnologia de autogestão do trabalho.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um relato de experiência, estudo de natureza qualitativo, descritivo, que consiste na construção coletiva do fluxograma de acolhimento da UAPS Edmar Fujita. O acolhimento aos usuários da unidade é um tema sempre em discussão dentro das rodas de cogestão e na rotina da unidade. Sua recorrência se deve ao fato que, por não ter um padrão, um protocolo a ser seguido possibilita a implantação de modelos diferenciados em cada equipe de saúde. Pensando em solucionar esta situação, pois é uma dificuldade experimentada pelos profissionais de saúde, e com base nos conteúdos teóricos do módulo de gestão do processo de trabalho na atenção básica do Mestrado Profissional em Saúde da Família, UECE/FIOCRUZ, os mestrandos em parceria com os profissionais e representantes do Conselho Local de Saúde da UAPS selecionaram como prioridade no momento, trabalhar com a construção coletiva de um fluxograma de acolhimen-

to, considerando que o mesmo contribuirá para a organização do processo de trabalho na referida unidade em estudo.

A idealização da elaboração deste fluxograma surgiu também a partir da percepção dos trabalhadores da UAPS de se organizar o fluxo dos usuários, que vinha acontecendo de maneira desordenada, não resolutiva, gerando conflitos e desgaste físico, emocional, transformando-se num momento estressante e conflituoso, sendo considerada uma atividade indesejada pelos trabalhadores de saúde.

Frente a essa problemática e durante as atividades da oficina desenvolvida com as equipes de ESF, surgiram os seguintes questionamentos: Como poderemos intervir nesta situação para eliminar ou atenuar a problemática identificada? Como elaborar um fluxograma de acolhimento dos usuários na unidade de maneira a organizar este serviço? Quais as percepções dos trabalhadores e representantes do Conselho Local de Saúde sobre esta construção?

O recurso metodológico para a apreensão do real a ser utilizado foi obtido através da análise dos profissionais de saúde e representantes do Conselho Local de Saúde sobre o processo de trabalho, identificando os problemas e os pontos positivos do mesmo, terminando por elaborar propostas para superação dos problemas e a construção do “fluxograma”, obtido por meio da dinâmica de oficina de grupo.

Para construção desta atividade, utilizamos a técnica de oficina. A oficina consiste numa atividade de grupo predominantemente realizada segundo componentes do saber fazer prático ou processual, orientada para delinear ou consolidar procedimentos de ação ou produzir materiais de intervenção, concretos e identificados, definidos pelo conjunto de participan-

tes como a resposta mais adequada ao aperfeiçoamento de suas intervenções. A técnica permite a participação de todos os presentes numa atmosfera informal, com livre apresentação de ideias, promovendo a troca de conhecimento entre os integrantes, onde os mesmos exercitam suas capacidades de comunicação em busca de um objetivo (ARAÚJO *et al.*, 2011).

## **CENÁRIO DA ATIVIDADE**

A atividade foi realizada em março de 2013, na UAPS Edmar Fujita, vinculada à Secretaria Executiva Regional – SER VI, localizada em Fortaleza-CE. Esta unidade de saúde é responsável por 17 microáreas e conta com três equipes da ESF, cada uma delas composta por 01 Enfermeiro, 01 Médico, 01 Odontólogo, 01 Técnico em Saúde Bucal – TSB, 01 Técnicos de Enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde – ACS. Conta-se ainda com uma ginecologista e com a estratégia NASF, composta por uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e um educador físico. Oferece-se serviço de farmácia polo, com presença nos dois turnos de farmacêutica. Todo este elenco de serviços prestados também favorece a uma presença maior de usuários na unidade, exigindo uma organização deste fluxo.

A unidade em estudo possui uma população estimada em 12.907 pessoas, segundo o atesto da unidade do mês de setembro de 2012 (FORTALEZA, 2012). Grande parte da população adscrita é de baixa renda, situada em área da periferia, mora em áreas de ocupação, com infraestruturas precárias e com risco de inundação em período de chuva pelo rio Cocó, além de diversos outros problemas marcantes que afetam os moradores da área, como o uso e a comercializa-

ção das drogas, abandono escolar, baixa escolaridade, falta de oportunidade de trabalho, poucas opções de lazer, dentre outras, gerando situações de vulnerabilidades.

No transcorrer do dia de trabalho, verificamos que a decisão sobre o acesso às consultas é realizada na maioria das vezes por técnicos (nível médio) que não possuem os conhecimentos e habilidades necessários para uma avaliação e escuta qualificada dos usuários, predominando o critério de ordem de chegada para a distribuição de fichas, sem uma priorização por risco e/ou gravidade nem por vulnerabilidades. As pessoas que buscam a unidade de saúde para um atendimento no dia são encaixadas nas vagas existentes até o preenchimento total das vagas, sendo as demais dispensadas ou encaminhadas para outros serviços de saúde, independentemente dos motivos que as levaram a buscar assistência.

Também é observada a existência de poucos espaços coletivos para a reflexão, análise e partilha de saberes entre os profissionais, levando-os, assim, a uma abordagem restrita aos aspectos biológicos e focados na realização de procedimentos.

Foram sujeitos da pesquisa: todos os participantes da oficina, que consistiu em 39 trabalhadores da saúde, correspondente a 75% dos trabalhadores de saúde e três representantes do Conselho Local de Saúde.

## **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

Para a elaboração desta atividade, inicialmente os três primeiros autores, mestrados em Saúde da Família, reuniram-se para planejar as estratégias a serem executadas e dividirem a responsabilidade de cada um durante a atividade.

Foi escolhida, como forma de trabalho em grupo, a realização de uma oficina. Providenciou-se material para dinâmica em grupo: cartolinas, canetas, máquina fotográfica, tesoura, régua e papel ofício.

A oficina aconteceu num período de quatro horas, no turno da manhã, conduzida pelos mestrandos, sendo dividida em três momentos: No primeiro momento, inicialmente foi explicado ao grupo constituído de todos os participantes o funcionamento da técnica, sua finalidade, o papel e as atitudes esperadas de cada membro e o tempo disponível para a discussão, também foi compartilhado sobre o processo de trabalho, os problemas referentes à Unidade de Saúde, como a busca desordenada pelos serviços, com foco no Acolhimento, com definição conceitual de fluxograma e como elaborá-lo (Figura 01).

Figura 1: Roda de Cogestão.



No segundo momento, o grupo foi dividido em três subgrupos, aproveitando para colocar juntos os membros que tinham menos convivência e evitar as conversas paralelas que não se relacionasse à temática trabalhada. Solicitamos aos membros dos pequenos grupos que se apresentassem, escolhessem um coordenador para os debates e um relator ou secretário para fazer as anotações. Neste momento, entregamos cartolinas e canetas para os participantes, para iniciarem a discussão da elaboração do fluxograma. Cada subgrupo construiu um fluxograma de acordo com suas visões de como deveria acontecer o processo do acolhimento na unidade de saúde. Neste momento, os mestrandos eram os facilitadores dos grupos e cada participante pode fazer sugestões de como deveria acontecer o acolhimento na unidade de saúde.

Transcorrido o tempo, formou-se novamente o grupo maior e cada subgrupo apresentou suas conclusões e considerações sobre a construção do fluxograma.

Após exposição dos grupos, os mestrandos recolheram as cartolinas com a sugestão do fluxograma sugerido por cada equipe, para posterior consolidação das opiniões e construção do fluxograma coletivo.

No final da apresentação, entregamos tarjetas para os participantes nelas escrevessem suas impressões sobre a atividade. Acordamos que iríamos compilar o que foi produzido e em uma próxima roda fecharíamos o fluxograma da Unidade de Saúde.

Na semana posterior à realização da oficina, os mestrandos se reuniram para consolidar as opiniões e confeccionar o fluxograma coletivo, procurando ser o mais fidedigno



possível às opiniões dos participantes. O fluxograma construído foi apresentado aos profissionais na roda de cogestão subsequente, o qual contou com aprovação de 100% dos trabalhadores presentes.

A condução da roda foi realizada pelos membros da equipe (a coordenadora inclusive estava de férias) e a atividade de construção do fluxograma, com duração de 4 horas, teve participação ativa dos trabalhadores, o que gerou um sentimento coletivo de satisfação, pois obtivemos um produto concreto que auxiliará o processo de trabalho na UAPS.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Constatamos que a construção conjunta do fluxograma baseado em um problema identificado pelos trabalhadores que vivem e convivem na Unidade de Saúde despertou a corresponsabilidade e o olhar dos envolvidos para situações adversas que vão além das dificuldades sentidas no acolhimento.

### **Impressões dos Trabalhadores**

Podemos observar em algumas falas dos trabalhadores:

“A construção em conjunto ajuda no andamento para melhoria e solução dos problemas vivenciados.”

“O fluxograma será instrumento de educação para os profissionais e usuários.”

“É um ganho de tempo para todos.”

“Seria bom construir o fluxograma com imagens.”

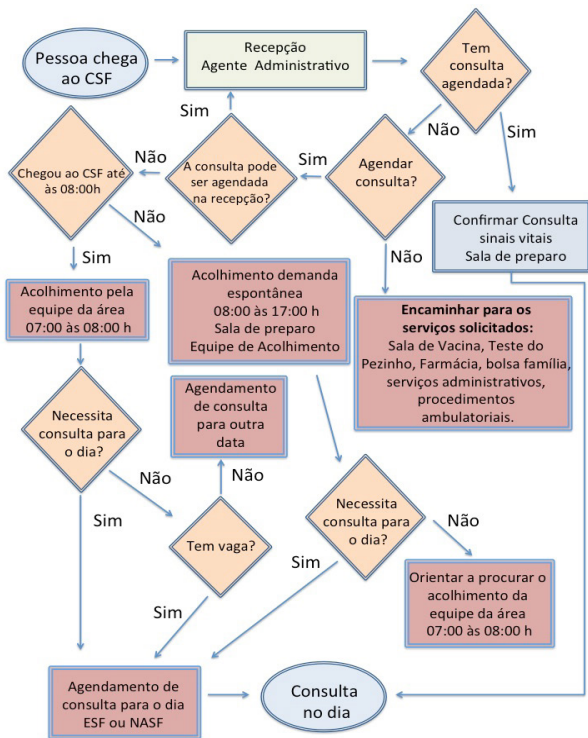
“Fluxograma pode contribuir na agilidade no atendimento dos serviços.”

“Vai contribuir para a organização do serviço se todos falarem a mesma língua.”

“Aumenta o grau de satisfação do usuário que se sentirá mais acolhido e menos estressado no acesso aos serviços.”  
 “Otimizar o trabalho das equipes.”

Verificamos que “melhorar a organização do atendimento” foi o que ficou mais em evidência nas falas dos participantes da prática. Durante as discussões, eles também relataram a falta de ética de determinados profissionais, a sobrecarga de atendimento e dos maus hábitos de alguns usuários na busca por atendimento.

Figura 2: Fluxograma elaborado.



Os relatos dos trabalhadores da UAPS, bem como o fluxograma construído, corroboram com o entendimento de que esta ferramenta de análise tem o potencial de desencadear processos de reflexão coletiva sobre a prática cotidiana nos serviços de saúde, ampliando a capacidade de análise e intervenção da equipe de saúde, com vistas à reorganização dos processos de trabalho em saúde. Além disso, podemos inferir que tal processo teve uma dimensão pedagógica, ao induzir a ampliação do olhar crítico dos trabalhadores sobre os problemas vivenciados e, ao mesmo tempo, a proposição de soluções compartilhadas, de modo consensual. Convém assinalar, ainda o desenvolvimento da percepção de que a equipe multiprofissional poderá otimizar o trabalho, o que implica em última instância em maior resolutividade e satisfação dos usuários.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através da atividade realizada, podemos constatar que o fluxograma é um instrumento que possibilitou aos trabalhadores, individualmente e em grupo, realizar uma reflexão sobre a sua prática, discutirem o trabalho que realizam e o trabalho que os outros membros da equipe fazem, identificando as possíveis falhas, ou seja, o “o quê” e o “como” do processo de trabalho, que precisam ser modificados para melhoria da atenção ao usuário.

Vale destacar que os processos de gestão e atenção à saúde necessitam de ferramentas de gestão que permitam a construção e/ou ampliação de espaços coletivos nos serviços, nos quais sejam possíveis a reflexão crítica sobre a própria atuação da equipe e a construção de alternativas

de enfrentamento dos diversos problemas, respeitando-se a autonomia de sujeitos e coletivos, o que contribui para a corresponsabilização nos processos de produção de saúde. Nesses termos, o fluxograma analisador se constituiu ferramenta potente para esta finalidade.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W. de S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p.783-836.

ARAÚJO, M. de F. M.; ALMEIDA, M. I. de; SILVA, A. C. do E. S.; ROCHA, G. de A. B.; ARAÚJO, R. M.; ARAÚJO, T. S. de; BRILHANTE, A. P. C. R.; SILVA, M. J. Método de oficinas. In: SOUZA, Â. M. A. (Org.). **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2011. p. 117-137.

BRASIL. **Acolhimento com avaliação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde**. M.S, Brasília; março/1996; p. 2.

CARVALHO, A.I de; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Cap. 4. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2009, p. 141.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS. **Atesto Municipal de funcionamento das equipes de saúde da família e de saúde bucal - SER VI**. Secretaria Executiva Regional VI, em 04 out. 2012.

FRANCO, T. B. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: O caso de Luz - MG. In: FRANCO, T.B. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

GOMES, A. M. de A.; MOURA, E. R. F.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. do S. C. F. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. In: **Rev Esc Enferm USP** 2008; 42(4):635-42.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B, ET al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MERHY E.E, ONOCKO R, ORGANIZADORES. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

NEVES, C.A.B.; ROLLO. A. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed.. M.S, Brasília, 2006.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os funcionários da UAPS Edmar Fujita, pelo entendimento da importância de realização da atividade e pelo envolvimento e participação na oficina, e em especial à dentista Ivana dos Santos Fonseca, que participou em todas as fases de desenvolvimento da prática.

# ARCOS DE MAGUEREZ: ESTRATÉGIA DE ENSINO- APRENDIZAGEM COM FOCO NA PROBLEMATIZAÇÃO

Ana Paula Ribeiro de Castro  
Mailson Fontes de Carvalho  
Márcia Lúcia de Oliveira Gomes  
Roberta Alves Sousa  
Talyta Alves Chaves Lima  
Maria Irismar de Almeida  
Annatália Meneses de Amorim Gomes  
Ana Mattos Brito de Almeida  
Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer  
Ana Valeska Siebra e Silva  
Marcelo Gurgel Carlos da Silva  
Andrea Caprara

## RESUMO

Considerado um caminho metodológico que orienta a prática pedagógica de forma crítica e reflexiva, o Arco de Charles Maguerез enfatiza a busca da autonomia intelectual do educando, oportunizando aos participantes o exercício da cadeia dialógica de ação-reflexão-ação, tendo como ponto de chegada e de partida a realidade social. Estudo qualitativo do tipo relato de experiência de uma aplicação prática do Arco de Maguerез como parte das atividades teóricas e práticas do módulo “Educação e Saúde II” do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família (UECE/FIOCRUZ). Participaram do estudo os quatro preceptores da disciplina Estágio Curricular na Rede Básica e Ambulatorial, a qual acontece nas Unidades de Saúde da ESF, de uma IES de Juazeiro do Norte, município este situado na Região do Cariri, ao sul do Ceará. Por meio de um convite informal, de forma verbal,

estes aceitaram responder a um questionário, enviado por meio eletrônico. O conhecimento da metodologia do “Arco de Magueréz” proporcionou ao grupo (preceptores e alunos do mestrado) a possibilidade de reflexão e utilização desse caminho para o trabalho de vários aspectos vivenciados no cotidiano prático. Apesar do período restrito para o aprofundamento da fase de “Teorização” e permitir a participação mais ativa das preceptoras, a atividade pode ser considerada satisfatória, na medida em que houve a participação das mesmas na fase da “Observação da Realidade” e “Pontos-chave”, etapas que foram fundamentais para que o grupo pudesse realizar o método de modo a sugerir uma “Aplicação da Realidade” possível de ser executada. Finalizando a atividade, teve-se como produto a construção do arco, que abriu possibilidades de transformação das metodologias empregadas para a formação dos profissionais que atuam na saúde.

**Palavras-chave:** Ensino. Educação. Aprendizagem.

## INTRODUÇÃO

O processo de avaliação de ensino-aprendizagem é uma das etapas fundamentais na formação de estudantes, sejam eles acadêmicos ou profissionais. Avaliar exige competências sem se restringir ao educando, pois o avaliador deve compreender “como”, “por que” e “o quê” está sendo avaliado.

Com a homologação em 2001, pelo Ministério da Educação, de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área de saúde, a qual orienta a formação de modo que contemple as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo extremamente necessário o desenvolvimento

de competências e habilidades profissionais, trouxe a necessidade de uma reflexão sobre a relação teoria-prática na graduação, lançando o desafio para as Instituições de Ensino a transformar seus currículos em processos de ensino-aprendizagem-avaliação (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

Neste sentido, PRADO *et al.* (2012) afirmam que o modelo tradicional vem sendo substituído gradativamente por novas linhas pedagógicas com intuito de formar um profissional crítico-reflexivo, capaz de transformar sua realidade social, minimizando injustiças e desigualdades.

Dentre as novas linhas pedagógicas, ressaltamos a metodologia da Problematização, que possui como referência o Arco de Charles Maguerez, apresentada por Bordenave e Pereira, em 1982, representando “um caminho metodológico capaz de orientar a prática pedagógica de um educador preocupado com o desenvolvimento de seus alunos e com sua autonomia intelectual, visando o pensamento crítico e criativo além da preparação para uma atuação política” (PRADO *et al.*, 2012).

A Metodologia da Problematização diferencia-se de outras metodologias de resolução de problemas, devido à peculiaridade processual que possui, ou seja, seus pontos de partida e de chegada, efetivando-se através da aplicação do estudo à realidade na qual se observou o problema. “Trata-se de uma concepção que acredita na educação como uma prática social e não individual ou individualizante” (BERBEL, 1998, p. 36).

A riqueza dessa metodologia está em suas características e etapas, despertando nos participantes diferentes habilidades intelectuais dos sujeitos, demandando, porém,



disposição e esforços pelos que a desenvolvem, buscando seguir sistematizadamente a sua orientação básica, como objetivo de alcançar os resultados pretendidos (COLOMBO; BERBEL, 2007).

A metodologia da problematização, representada pelo “Arco de Maguerez”, pode ser compreendida como um caminho metodológico de ensino, de estudo e de trabalho, que pode ser utilizado sempre que o tema, problema, situações estejam relacionados com a vida na sociedade, e estar dividido em cinco etapas: Observação da Realidade Social, Pontos-chave, Teorização, Hipótese de solução e Aplicação da Realidade (BERBEL, 1998; COLOMBO; BERBEL, 2007; MORAES; BERBEL, 2006; PRADO *et al.* 2012). Apresentado pela Figura 1:

Figura 1: Representação do “Arco de Maguerez”.



O “Arco de Maguerez” oportuniza aos participantes a exercitarem a cadeia dialógica de ação-reflexão-ação, tendo como ponto de chegada e de partida a realidade social.

Neste relato, buscaremos discutir as dificuldades do processo de avaliação teórico/prático na saúde, e estratégias de resolução de problemas que associem Academia e Serviços de Saúde, a partir da realidade de preceptores de uma Instituição de Nível Superior, simulando a construção de um “arco” a partir dessa realidade pelos mestrandos do Curso Profissionalizante em Saúde da Família (UECE/FIOCRUZ).

## **CAMINHO PERCORRIDO**

Estudo qualitativo do tipo relato de experiência de uma aplicação prática do Arco de Maguerez como parte das atividades teóricas e práticas do módulo “Educação e Saúde II” do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família (UECE/FIOCRUZ).

A implementação da proposta ocorreu na Região do Cariri do Ceará, em especial nas Unidades de Saúde da Família do município de Juazeiro do Norte. Participaram da atividade quatro preceptores da disciplina Estágio Curricular na Rede Básica e Ambulatorial, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) de Juazeiro do Norte de Juazeiro do Norte.

Os participantes foram convidados verbalmente a participarem da proposta, durante uma reunião na IES, ao qual trabalham. Logo após o aceite, estes receberam um questionário semiestruturado, enviado por meio eletrônico, com o objetivo de apreender as dificuldades em relação ao processo de avaliação teórico-prático durante a permanência

com discentes na ESF, com a pergunta norteadora: Qual a(s) principal (is) dificuldade (s), como preceptores, em relação ao processo de avaliação teórico-prático na disciplina de Estágio Supervisionado na Rede Básica e Ambulatorial? Esse questionamento foi respondido por todas as participantes nos dias 10 e 11 de dezembro do mesmo ano.

Após esta etapa, a proposta apresentada e a metodologia adotadas foram esclarecidas, sendo disponibilizados textos sobre os assuntos, para melhor compreensão, buscando facilitar a participação na discussão e “observação da realidade social”, sendo esta a primeira etapa do “Arco de Maguerz”.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir dos relatos, foram extraídos os “Pontos-chave”, segunda etapa da metodologia, onde se procurou refletir sobre as possíveis causas da problemática, sendo eles apontados a seguir: Desnívelamento dos acadêmicos em relação ao conhecimento teórico-prático (apontado por todas as participantes); avaliação quantitativa superando a qualitativa (sendo valorizada inclusive pelos acadêmicos); necessidade de discussão sobre o processo de avaliação entre professores supervisores, preceptores e discentes (consideraram importante a participação do acadêmico na discussão da construção dos instrumentos de avaliação da disciplina); Necessidade de adequação do instrumento de avaliação da disciplina (ponto colocado por todas as participantes); e existência de conteúdos teóricos em sala de aula alternados com as atividades práticas no campo de estágio.

Em seguida, realizou-se a “Teorização”, com o intuito de embasar teoricamente, através de textos técnico-científicos,

uma construção alicerçada para culminar na resolução satisfatória do problema apresentado. Prado *et al.* (2012, p.175) enfatizam que “[...] uma teorização bem desenvolvida leva o sujeito a compreender o problema, não somente em sua manifestação baseada na exposição ou situações, mas também em princípios teóricos que os explicam.”

Os conteúdos considerados necessários à compreensão foram:

- ✓ Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001);
- ✓ Textos relacionados à discussão sobre avaliação por competência (AGUIAR; RIBEIRO, 2009);
- ✓ Literatura abordando o “feedback” como estratégia para o processo de ensino e avaliação (ZEFERINO; DOMINGOS; AMARAL, 2007);
- ✓ Literatura abordando a avaliação, a partir das reflexões de Cipriano Carlos Luckesi, estudioso na área de avaliação da aprendizagem (CAVALCANTE NETO; AQUINO, 2009; LUCKESI, 2005).

O objeto das DCN de Cursos de Graduação de Saúde visa permitir que os currículos possibilitem a construção do perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos para formar profissionais capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS (BRASIL, 2001). Objetiva, ainda, que os estudantes dos cursos de graduação em saúde possam “aprender a aprender”, onde neste devem estar contido o “aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer”, capacitando-os com autonomia e discernimento para assegurar uma

atuação profissional aos indivíduos, família e/ou comunidade, pautada na integralidade da atenção, qualidade e humanização.

Em relação à formação do profissional enfermeiro, a mesma fonte coloca que este deve ter uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, além de estar pautado nos princípios éticos que regem o exercício da profissão. Especificando as competências gerais ao final da sua qualificação, como: Atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente, aponta, ainda, as habilidades específicas que devem ser trabalhadas e adquiridas durante o processo formativo.

Esse conjunto de competências e habilidades permite, ao futuro profissional, a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional de forma autônoma e permanente.

A partir dessas pontuações, a avaliação dos conteúdos teórico-práticos em disciplinas de estágio curricular deve contemplar aspectos relacionados à competência e habilidade, fazendo uma análise singular de cada sujeito envolvido no processo avaliativo, pois, problemas como o desnívelamento de conteúdos teóricos e práticos, apontados pelas participantes, podem ser considerados pontos desfavoráveis em avaliações com instrumentos fechados, sem dar margem a complementações e observações individuais de cada acadêmico. (Grifo nosso)

Cavalcante Neto e Aquino (2009) corroboram com os estudos de Cipriano Carlos Luckesi quando colocam que o papel da avaliação é diagnosticar a situação da aprendizagem, sendo esta processual, dinâmica e inclusiva, pois de-

vem procurar meios em que todos possam aprender o que é necessário para o seu próprio desenvolvimento.

Destacam, ainda, que o ato de avaliar implica na disposição pelo docente de acolher a realidade como ela é, seja satisfatória ou não, sendo compreendida como um “ato amoroso e acolhedor”, onde o avaliador (professor) observa atentamente a sua realidade (aprovando ou desaprovando), de forma a enxergar possibilidades de criação de estratégias de superação dos limites e ampliação das possibilidades.

O ato de avaliar, deste modo, não deve ser um impositivo, mas, sobretudo dialógico, amoroso e construtivo. Quando se realiza uma avaliação, proporciona-se uma melhor construção da realidade apresentada (LUCKESI, 2005)

A realização da aprendizagem realizada por uma simples verificação quantitativa, construída por meio de “provas, testes e exames”, presentes na grande maioria das escolas de ensino fundamental e médio, transporta-se às IES, onde ao professor resta a transmitir informações e corrigi-las. Este tipo de avaliação verifica apenas o resultado final (aprovado ou desaprovado), e não o processo, ocultando outros aspectos relevantes, como habilidades e competências que são também necessários à formação profissional (LUCKESI, 2005; CAVALCANTE NETO; AQUINO, 2009; AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

A necessidade de reorientar os instrumentos de avaliação de modo a proporcionar uma discussão entre o corpo docente e discente é intrigante e inovadora (grifo nosso), pois pode possibilitar, como coloca Luckesi (2005), tomar conhecimento do que se aprende ou não e reorientar para serem superadas as dificuldades.

A necessidade de adequação dos instrumentos de avaliação da disciplina sinaliza um reflexo da construção verticalizada do mesmo, realizada pelas docentes da IES, sem a participação dos atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem (preceptoras, e por que não, discentes). Remetendo a reflexões necessárias para a melhoria desse processo formativo, onde a responsabilidade de qualificação de profissionais que atendam teoricamente e eticamente às necessidades da população/comunidade, torna-se um compromisso de todos os envolvidos (professores, preceptores e demais profissionais da IES).

A construção da quarta etapa do “Arco de Magueréz” consiste na elaboração de possíveis soluções, hipóteses de solução, onde de forma crítica, criativa e embasada os participantes contribuem com soluções viáveis para a problemática. Pontuam-se as seguintes hipóteses de solução:

- ✓ necessidade de discussão sobre avaliação do ensino-aprendizagem com a participação de todos os atores envolvidos nesse processo (professores, preceptores e discentes);
- ✓ revisão conjunta dos instrumentos de avaliação da disciplina;
- ✓ necessidade de rever outras formas de avaliação, de modo continuado, sem se restringir a períodos de avaliações parciais;
- ✓ inclusão de metodologias ativas nas revisões teóricas, adequando as competências e habilidades a serem desenvolvidas no processo formativo pela disciplina.

A partir dessa fase, a aplicação da realidade, última etapa da metodologia, consiste em propor à Coordenação do Curso da IES o desenvolvimento de uma oficina para a discussão da temática “avaliação”, como parte das atividades da Semana Pedagógica, estendendo às demais disciplinas, utilizando a metodologia do “Arco de Magueréz”, possibilitando uma intervenção a partir da realidade concreta, com o objetivo de uma mudança para a melhoria do processo ensino-aprendizagem.

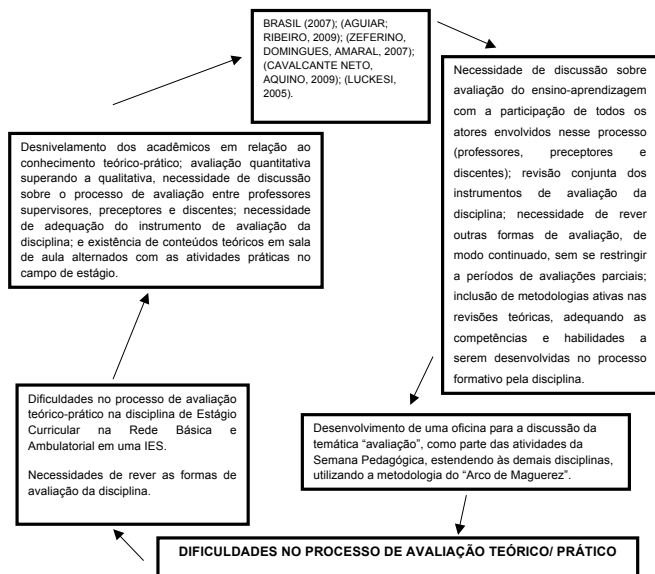
## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebemos a importância da Metodologia da Problematização e seu potencial pedagógico, a ser realizada por meio das cinco etapas do Arco de Magueréz. No transcorrer da atividade, na análise de cada etapa da Metodologia, foi possível verificar que existem vários saberes envolvidos nesse processo e que dão suporte aos participantes que dela se utilizam (COLOMBO; BERBEL, 2007).

O conhecimento da metodologia do “Arco de Magueréz” proporcionou ao grupo a possibilidade de reflexão e utilização desse caminho para o trabalho de vários aspectos vivenciados no cotidiano prático. Apesar do período restrito para o aprofundamento da fase de “Teorização” e permitir a participação mais ativa das preceptoras, a atividade pode ser considerada satisfatória, na medida em que houve a participação das mesmas na fase da “Observação da Realidade” e “Pontos-chave”, etapas que foram fundamentais para que o grupo pudesse realizar o método de modo a sugerir uma “Aplicação da Realidade” possível de ser executada.



Figura 2: Construção do “Arco de Magueréz”.



## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. de; RIBEIRO, E. C. de. O conceito e avaliação de habilidades e competências na educação médica: percepções atuais dos especialistas. **Rev. Bras. De Ed. Médica.** n. 34, v.3, p. 371-378, 2010.

BERBEL, N. A. A. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, fev., 1998.

BRASIL, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Parecer nº: CNE/CES 1. 133/2001**, 2001.

CAVACANTI NETO, A. L. G.; AQUINO, J. de L. F. A avaliação da aprendizagem como ato amoroso: o que o professor pratica? **Educação em Revista**, Belo Horizonte. V. 25, n. 2, p. 223-240, 2009.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes dos professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. Londrina. V. 28, n.2, p. 121-146, jul/dez, 2007.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem na escola**: Reelaborando Conceitos e Criando a Prática. 2.ed. Salvador: Malabares Comunicações e Eventos, 2005.

MARINHO, M. N. A. S. B.; BIONE, D. A. O P. MOTA, S. M. A.; MOTA, D. N.; FEITOSA, M. D. S.; MACHADO, M. F. A. S. **Arco de Charles Maguerez**: vivenciando a técnica na formação de estudantes de mestrado. [www.convibra.org/upload/paper/2013/59/2013\\_59\\_7710.pdf](http://www.convibra.org/upload/paper/2013/59/2013_59_7710.pdf).

MORAES, K. C. de; BERBEL, N. A. N. O uso da metodologia da problematização para a investigação sobre avaliação da aprendizagem. O que há de específico para o ensino superior? **Semina: Ciências Sociais e Humanas**. Londrina, v. 27, n. 2, p. 169-186, jul/dez, 2006.

PRADO, M. L. do *et al.* Arco de Charles Maguerez: Refletindo Estratégias de Metodologia Ativa na Formação de Profissionais de Saúde. **Rev. Esc. Anna Nery**, n. 16, v. 1, jan/mar, p. 172-177, 2012.

# **CAMINHOS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA SAÚDE: RELATOS DA ARTICULAÇÃO ENTRE OCAS COMUNITÁRIAS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ana Cybele Peixoto de Andrade  
Carlos Eduardo de Sousa Praxedes  
Eliene de França Mascarenhas  
Francisco Pereira Júnior Feitosa  
Herta Maria Castelo Branco Ribeiro  
Joyce Bezerra Portela de Deus  
Lizaldo Andrade Maia  
Ana Patrícia Pereira Morais  
Raimundo Augusto Torres Martins  
Maria Rocineide Ferreira da Silva  
Maria Irismar de Almeida  
Zeni Carvalho Lamy  
Annatália Meneses de Amorim Gomes  
Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

## **RESUMO**

Originado a partir de atividade prática desenvolvida no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), através das nucleadoras FIOCRUZ do Ceará e Universidade Estadual do Ceará (UECE), o presente artigo traz o relato de experiência realizada na Oca Comunitária de Saúde do bairro São Cristóvão, no município de Fortaleza – Ceará e as reflexões resultantes desta aproximação. Aborda as diretrizes que incentivam a Política Nacional de Práticas Integrativas e Com-

plementares (PNPIC) em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção primária, compreendendo estas práticas como importantes instrumentos para a atenção integral e o cuidado em saúde. A oca comunitária é espaço terapêutico que tem o papel de ampliar e articular as práticas integrativas e complementares de cuidado às redes de serviços de saúde. O caráter interventivo resultou na produção, além deste artigo, de um vídeo das práticas integrativas realizadas no local de intervenção. Na sua elaboração foram realizadas entrevistas semiestruturadas, filmadas, com usuário da comunidade assistida e com a profissional responsável pela oca, durante o mês de junho de 2012, resguardando-se os cuidados éticos necessários. O estudo permitiu a reflexão dos mestrandos sobre o acesso aos serviços que desenvolvem estas práticas e sua legitimidade perante profissionais e usuários, a conexão existente entre a educação popular e a Estratégia Saúde da Família e a contribuição destes espaços para a resolutividade dos agravos de saúde da população, através de uma prática de cuidado acolhedora e cidadã.

**Palavras-chave:** Práticas Integrativas. Estratégia Saúde da Família. Ocas Comunitárias. Atenção Integral.

## INTRODUÇÃO

A ideia deste artigo nasceu de uma atividade desenvolvida no módulo de Atenção Integral do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), através das nucleadoras Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ceará e Universidade Estadual do Ceará (UECE). O Mestrado Profissional em Saúde da Família entende os serviços de saúde como locais de produ-

ção de conhecimento e propõe o desenvolvimento do potencial analítico e a capacidade de reflexão crítica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), objetivando a mudança no modelo assistencial vigente para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho desenvolvido no módulo do mestrado nos possibilitou entrar em contato com a temática das Práticas Integrativas e Complementares, e *a priori* o objetivo foi verificar como se efetiva o cuidado integral a partir desta lógica de atendimento, além de reconhecer que práticas podem ser encontradas nos diversos territórios de produção da saúde na periferia de uma grande cidade. Neste sentido, este estudo tem ainda o intuito de compreender a correlação existente entre o processo de trabalho das equipes da ESF e a efetividade da PNPIC.

O município de Fortaleza - CE possui três ocas de saúde comunitária, localizadas nos bairros Granja Portugal, São Cristóvão e Pirambu. Tais equipamentos de saúde foram construídos na perspectiva de garantir a um segmento da população com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, uma ação complementar, capaz de ampliar e articular as práticas integrativas e complementares de cuidado às redes de serviços de saúde, oferecendo atenção integral. Tal configuração denota das diretrizes que incentivam a inserção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção primária. A Oca é um espaço terapêutico, que atende aos moradores da comunidade e adjacentes; conta com serviços de massoterapia, grupos de resgate de autoestima, terapias comunitárias, spa de massagem anti-estresse com argila, banho de ofurô e reza. Neste local também se potencializam práticas populares de cuidado, assumidas

cotidianamente, por cuidadores, agregando a discussão da necessidade do seu reconhecimento em uma sociedade na qual poder de compra é quem dita regras e as redes de solidariedade e apoio social estão em sua maioria invisibilizadas, afinal quem tem o interesse de torná-las visíveis? Que modelo de atenção daria conta de assumi-las como importante fonte de cuidado aos cidadãos?

Este trabalho resultou na criação de um vídeo das práticas integrativas realizadas na oca do bairro São Cristóvão, mas as reflexões originadas a partir desta experiência extrapolaram a esfera desta produção e estão expostas no corpo deste artigo.

A partir de entrevistas semiestruturadas, filmadas e depois transcritas, com usuários da comunidade assistida e com o profissional responsável pela oca durante o mês de junho de 2012, o estudo permitiu a reflexão sobre o acesso aos serviços e sobre a sua resolutividade nos agravos de saúde da população.

Alguns questionamentos permearam nossa reflexão sobre o processo de articulação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) com os profissionais da Oca Comunitária do seu território para efetivação da PNPIC. Dentre estes, destacamos os que encaminharam a construção deste trabalho: As equipes da ESF (EqSF), seja das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), conhecem as Práticas Integrativas e Complementares realizadas na Oca Comunitária? Integram esse conhecimento na compreensão do processo saúde-doença? Utilizam essas práticas no atendimento dos usuários do seu território? Existe parceria entre os Centros de Saúde da Família e as Ocas Comunitárias?

Estas inquietações direcionaram buscas teóricas que sustentaram nossa aproximação empírica, baseados nas quais a partir do contato com aquele espaço de promoção da saúde, atribuíam importância e significado na rede de atenção à saúde.

## **A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ALTERNATIVA PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

Ao longo da história, encontramos diversos modelos assistenciais de atenção à saúde. Paim define que “os modelos de atenção à saúde não representam algo exemplar e único”, portanto estes modelos não se desenvolvem de forma unidirecional e estática, podendo encontrar uma multiplicidade de modelos sendo praticados nas várias instâncias SUS (PAIM, 2008, p.549).

Os modelos são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o processo de trabalho. Paim (2008) distingue modelo assistencial - relacionado com os processos internos dos serviços de saúde e o modelo organizacional-gerencial dos serviços de saúde, relacionado à estrutura do sistema.

O Brasil tem uma situação epidemiológica singular em que encontramos uma tripla carga de doenças “porque envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções [...] o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco [...] e o forte crescimento das causas externas” (MENDES, 2012, p. 37). Assim, os cuidados das condições de saúde perpassam por modelos de atenção às condições crônicas e às condições agudas.

As condições agudas, em geral, apresentam curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário as condições crônicas têm um período mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente (MENDES, 2012, p.32).

O modelo das condições agudas responde pelas demandas espontâneas da população, por eventos agudos ou agudizações das condições crônicas, o trabalho é direcionado de forma reativa e episódica, estrutura-se em classificação de risco, com base em uma rede de atenção voltada para as urgências e as emergências. O modelo das condições crônicas está voltado para responder às necessidades de forma proativa e contínua, compreende que condições de saúde vão além da doença, foca nas pessoas, nas famílias por meio de cuidados, onde o plano terapêutico é elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias, impondo, assim, aos processos internos dos serviços de saúde e à estrutura do sistema uma reformulação profunda, visando dar conta de forma eficiente e eficaz desta nova forma de demanda.

A efetivação deste cuidado implica ações intersetoriais, gestão compartilhada e pactuada, que seja capaz de articular um conjunto de ações, tanto individuais como coletivas, de promoção e proteção da saúde, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação, nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde.



A pessoa passa a ser compreendida em sua totalidade, levando-se em conta aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais a partir de uma assistência multiprofissional integral que, mesmo considerando a dimensão individual,

apresenta um caráter completo, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores. A conversação sujeito-equipe possibilitaria a apreensão das necessidades que orientariam o estabelecimento do projeto terapêutico-assistencial (PAIM, 2010, p.6).

A comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde torna-se um fator fundamental para articulação do cuidado, na medida em que todos os níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, assim como os sistemas de apoio e sistemas logísticos devem comunicar-se entre si, em forma de rede poliárquicas de atenção à saúde. O sistema sai da concepção de hierarquia e passa para uma dimensão horizontal onde a Atenção Primária em Saúde (APS) coordena os diversos pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas com mesmo grau de importância entre eles (GIOVANELLA, 2008; MENDES, 2012).

## **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

As Redes de Atenção à Saúde denominam um conjunto de serviços de saúde, baseados no conceito de integração, unidos por objetivos comuns e ações intersetoriais de traba-

lho, com o propósito de garantir atenção contínua e integral à saúde de uma população em determinado território, assumindo responsabilidades sanitária e econômica por essa população (MENDES, 2012).

As Redes de Atenção podem melhorar o acesso, a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação do usuário e a eficiência, reduzindo os custos dos sistemas de atenção à saúde, e dentro de um quadro geral de melhoria da equidade (MENDES, 2008). O fluxo da rede de cuidado, segundo Franco (2006), é estabelecido pelos próprios trabalhadores, no âmbito do seu território, em busca de atender aos projetos terapêuticos. Assim o cuidado vai se constituindo na rede que se formou a partir da busca de resolutividade, permite a construção criativa de fluxos de conexão dos trabalhadores entre si e com outras unidades de saúde dos diversos níveis de atenção.

Nesse contexto, a APS deixa de ser apenas um nível de atenção responsável por encaminhar indivíduos para os demais níveis e adquire o importante papel de eixo ordenador do Sistema de Saúde integralizado. Sem uma Atenção Primária organizada e preparada para cumprir a sua tarefa de identificar as necessidades de saúde e planejar os demais níveis de atenção, não haverá Redes de Atenção à Saúde com resultados clínicos, sanitários e econômicos do sistema de atenção satisfatórios.

Dentre os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde destacamos:

- ✓ Uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica num determinado espaço territorial;

- ✓ A estrutura operacional ou os serviços de saúde (pontos da rede) devidamente caracterizados quanto às suas funções e objetivos;
- ✓ O modelo de atenção à saúde: sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde.

A lógica de atuação em Redes de Atenção à Saúde exige abranger a articulação das ações além do âmbito da saúde, envolvendo educação, previdência, assistência social, habitação, saneamento, meio ambiente, emprego e renda, justiça, segurança pública, entre outras, garantindo, assim, a integralidade da atenção à saúde da população.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), os eixos norteadores para a organização das Redes de Atenção à Saúde são:

- ✓ Centralidade nas necessidades do usuário-cidadão definidas por sua inserção socioeconômica e cultural em seu território;
- ✓ Longitudinalidade e vínculo dando continuidade aos processos e aos fluxos de produção;
- ✓ Intersetorialidade;
- ✓ Construção de objetivos comuns e racionalidade sistêmica;
- ✓ Complementaridade e interdependência;
- ✓ Pluralidade, democratização e transparência;
- ✓ Territorialização;

- ✓ Modelos de atenção fundamentados na organização do cuidado pela APS com garantia da continuidade da atenção, formação de vínculo terapêutico e a corresponsabilização clínica durante todo o processo de permanência do cidadão no sistema de saúde, em seus diversos espaços de atenção;
- ✓ Participação e Controle Social.

As Redes de Atenção à Saúde englobam os Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) que contemplam articulações da ESF com: vigilância em saúde (ambiental, sanitária e epidemiológica); garantia de acesso aos medicamentos; cobertura de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência** (SAMU) e Hospital (geral e maternidade); saúde bucal; saúde mental; saúde do trabalhador; unidades especializadas com adensamento tecnológico; ações intersetoriais com as demais políticas sociais; instância de gestão regional de acordo o Pacto pela Saúde.

As Ocas Comunitárias do município de Fortaleza constituem-se um dos pontos da RAS, na medida em que efetivam as práticas integrativas e complementares, elemento de discussão em seguida.

## **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

Na busca da garantia da integralidade na atenção à saúde, atuando no campo da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, em 2006. Esta políti-

ca atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam: Medicina Tradicional Chinesa - Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica, Termalismo-Crenoterapia.

Esta política visa promover a racionalização das ações de saúde, estimulando ações inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades e estimular atos referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e permanente dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde. A publicação desta portaria foi uma conquista para a saúde pública brasileira, pois promoveu a inclusão de práticas de cuidado que se sobrepõem ao modelo centrado na doença, possibilitando o foco na pessoa e em suas relações, envolve a promoção da saúde no aspecto de cuidado integral e humanizado do sujeito, enfim outra racionalidade no processo de produção da saúde.

Esta reorganização da assistência permite que seja desconstruído o modelo do especialismo e dos encaminhamentos, onde cada profissional realiza individualmente seu atendimento, sem a responsabilização continuada pelo sujeito do seu território.

Assim entende-se que saúde é um fenômeno integral que só pode ser acessado através da interação entre as partes (cuidador e paciente) e do diálogo. Portanto, é cada vez mais crescente a necessidade de despertar a humanidade de cada trabalhador e garantir abordagens humanizadas por parte destes.

## **METODOLOGIA**

### **Natureza do estudo**

A presente pesquisa utilizou a abordagem qualitativa que busca compreender a lógica interna dos grupos, instituições e atores sociais, no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes; assim como das relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, contextualizando no processo histórico, social, cultural, político em que estão sendo produzidos (MINAYO, 2010).

### **Referencial teórico-metodológico**

A proposta de tratar as percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre as práticas integrativas realizadas nas Ocas Comunitárias implica em adotar um referencial teórico-metodológico que privilegie o enfoque compreensivo. A opção por este enfoque deu-se em virtude necessidade de um referencial capaz de captar o sentido da ação social entre os indivíduos.

Segundo Minayo (2010, p. 100), as pesquisas compreensivas possuem elementos comuns:

- (a) Seu foco é uma experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas;
- (b) o contato com as pessoas se realiza nos seus próprios contextos sociais
- (c) A relação entre o investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo[...]
- (d) Os textos provenientes de

análises compreensivas apresentam a realidade de forma dinâmica e evidenciam o ponto de vista dos vários atores ante a um projeto social sempre em construção e projeção para o futuro [...].

Adotar este enfoque teórico-metodológico possibilita a reflexão a partir das interpretações das próprias experiências subjetivas dos participantes. Objetiva-se verificar como se efetiva o cuidado integral a partir desta lógica de atendimento, além de reconhecer que práticas podem ser encontradas nos diversos territórios de produção da saúde na periferia de uma grande cidade e compreender a correlação existente entre o processo de trabalho das equipes da ESF e a efetividade da PNPIC.

## **O Campo Empírico do Estudo**

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, no Estado do Ceará. Este município encontra-se dividido administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER); possui três ocas de saúde comunitária, localizadas nos bairros Granja Portugal, São Cristóvão e Pirambu; tendo sido delimitado como campo de estudo a Oca Comunitária do São Cristóvão localizada na SER VI.

Esta Regional é composta por 29 bairros, possui 42% do território do município de Fortaleza, sendo uma das mais populosas e também mais pobres da capital, apresenta o maior índice de analfabetismo; sua população é composta por 600 mil habitantes. Deste modo, a escolha por este campo deveu-se ao perfil da Regional, pois a maioria desta po-

pulação necessita do SUS como sua única forma de acesso a serviços de saúde (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2007).

## **Participantes da Pesquisa**

Constituíram-se como participantes da pesquisa: a coordenadora da Oca Comunitária do São Cristóvão e uma usuária deste serviço. Importante destacar que a pesquisa não objetivou buscar dados em quantidade ou por saturação, mas trata-se de uma abordagem qualitativa, resultante de uma experiência no campo das PNPIC, na qual foram privilegiadas as falas dos sujeitos que vivenciam este espaço cotidianamente, especificamente a coordenadora e uma usuária que frequenta assiduamente a oca desde sua implantação no bairro.

## **Técnicas e Instrumentos de Coleta dos Dados**

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada com os participantes. Segundo Minayo (2010), a entrevista semiestruturada obedece a um roteiro, segue uma sequência de questões, que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, facilitando a abordagem e garantindo ao pesquisador, que os pressupostos serão abordados. As entrevistas foram gravadas e transcritas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **Método de Análise e Interpretação dos Dados**

Para a etapa de organização e análise dos dados, escolheu-se a análise temática, pois para Minayo (2010, p.309), este tipo de modalidade é “considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde”.



Minayo (2010, p. 316) afirma que:

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa com o objetivo analítico visado [...] qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso.

A análise temática nesta pesquisa buscou transformar os dados brutos coletados nas entrevistas, em informações elaboradas, visando compreender a realidade.

### **Aspectos Éticos**

Esta pesquisa seguiu os cuidados éticos necessários e utilizou termo de consentimento livre e esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **Ocas comunitárias: espaço de articulação do cuidado nas palavras de quem as vivencia**

A PNPIC, nas suas diversas práticas, dá ênfase à escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico, a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade; compartilha uma visão ampliada do processo saúde-doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Um dos objetivos propostos é o aumento da resolutividade; garantindo qualidade, eficácia,

eficiência e segurança no uso. Envolve também uma relação estreita com diversos saberes e aspectos culturais.

Embasadas numa interação com múltiplos saberes, as práticas integrativas e complementares desenvolvidas na Oca São Cristóvão reforçam a compreensão da sua dimensão de estabelecimento de vínculo, respeito à cultura popular e instrumento de promoção da saúde, destacamos a percepção da coordenadora da oca comunitária acerca da relação que este serviço de saúde estabeleceu com os profissionais do Centro de Saúde da Família, que legitimam os trabalhos e ainda tornam-se usuários desta intervenção:

Então assim, a relação da gente eu considero que é boa, de vez em quando vem um médico tomar uma massagem, de vez em quando vem a enfermeira, de vez em quando vem um atendente da ginecologia, de vez em quando eles vem aqui a procura do atendimento, então eles mandam e eles mesmos vem. Eles vem aqui vê ah tem um chazinho? Então, essa parceria eu considero boa, né? (Entrevista 2).

Todavia, segundo a coordenadora entrevistada, há, na mesma equipe, profissionais que ainda não compreendem a diversidade das práticas propostas pela oca comunitária:

Então, tem alguns agentes de saúde né, que são agentes de saúde que talvez por não conhecer as 'prática' popular de saúde, agentes de saúde nascido na cidade e sem ter esse co-

nhecimento do que é os valores que a gente tem pelo vento, pela terra, pelas plantas e aí a gente não vai obrigar que eles realmente valorize [...]. (Entrevista 2)

Thiago e Tesser (2011) em pesquisa aplicada na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina, em médicos e enfermeiros da ESF constataram que 59,9% dos profissionais consideravam as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) como uma forma de ampliação do conceito do processo saúde-doença no cuidado dos usuários. Para 8,5% dos entrevistados só deveriam ser utilizadas PIC comprovadas cientificamente, 5,13% acreditavam em efeito placebo destas práticas, mas algo de relevante para ser evidenciado nesta pesquisa é que 88,7% desconheciam as diretrizes nacionais da PNIPIC, muito embora 81,4% fossem favoráveis à mesma.

Esta concomitância de diferentes posturas frente ao que temos de saber acerca da educação popular no âmbito da saúde, remete-nos à aproximação com a própria história do movimento da educação popular na saúde e na luta empreendida contra a utilização apenas de práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde (VASCONCELOS, 2007).

Neste sentido, a construção desta identidade necessita do envolvimento de toda a equipe de saúde, pois esta é a “liga” que possibilita o vínculo com a comunidade, que favorece e constrói continuamente a eficácia das ações de saúde. A esse respeito, esclarece-nos Floriano (2011, p. 29):

A eficácia das ações de saúde depende do vínculo que a equipe tem com o usuário, sendo importante

que a equipe estimule a participação dos sujeitos para a construção de autonomia, onde o sujeito fala, julga e deseja. As práticas baseadas nas diferenças e semelhanças entre culturas em relação à saúde, cuidado de saúde e doença, com consideração de valores, crenças e práticas do paciente, apresentam-se como uma nova forma de trabalho que permite a diversidade das ações e resolutividade dos problemas com o envolvimento e colaboração da comunidade, família e indivíduo.

Esse profissional de saúde é, por excelência, agente político de transformação. Seu comprometimento com as práticas integrativas pode, e deve, validar o trabalho realizado. Nessa categoria, destacamos o papel da coordenadora da Oca São Cristóvão.

### **Legitimação das práticas integrativas e complementares na articulação com a ESF**

Uma das prioridades da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares é a inserção e o fortalecimento destas práticas no nível primário de atenção, com a explicitação dos instrumentos, técnicas e práticas terapêuticas a serem desenvolvidas no SUS. O Ministério da Saúde recomenda o seu uso para promoção, manutenção e recuperação da saúde. Várias são as discussões no âmbito da prática assistencial sobre a busca da interdisciplinaridade no processo saúde-doença, o que pode ser atingido a partir do uso de terapias complementares, perfazendo mais uma forma para promoção da integralidade do cuidado.

A adoção das práticas integrativas no âmbito da atenção primária exige da equipe de saúde formação para o conhecimento dessas práticas e preparo para compreender, apoiar e respeitar a singularidade de cada indivíduo, proporcionando uma relação humanizada, baseada na visão holística de atendimento ao ser humano. De acordo com a fala da entrevistada, os profissionais da Estratégia Saúde da Família, de modo geral, consideram as práticas integrativas realizadas na Oca Comunitária relevantes, pois:

[...] eles encaminham, eles dizem: olha, você precisa ir lá na Oca [...], porque o que você tá sentindo aqui você não tá precisando de tomar medicamento, você não tá precisando bater um RX, então vá lá e converse com ela e depois você vem aqui novamente. (Entrevista 2)

Ressalta-se que os profissionais não somente encaminham, mas também participam das atividades de práticas integrativas realizadas na Oca Comunitária, o que pode ser um fator que confere credibilidade a população sobre estas atividades:

(...) de vez em quando vem um médico tomar uma massagem, de vez em quando vem a enfermeira, de vez em quando vem um atendente da ginecologia, de vez em quando eles vem aqui a procura do atendimento, então eles mandam e eles mesmo vem. (Entrevista 2)

Além dos profissionais de saúde, a parceria acontece também com a coordenadora da unidade de saúde e com a comunidade:

Com a coordenadora a gente se dá muito bem né, sempre quando tem evento a gente convida, sempre a gente tá compartilhando (...) de vez em quando né na maior da necessidade ela tá sempre contribuindo, até porque a gente não aperreia muito eles porque de vez em quando a comunidade sempre tá nessa parceria de ajudar nas coisas. (Entrevista 2)

O profissional de saúde, incluindo o que usa as práticas integrativas e complementares, pode tornar-se um agente político de transformação e mudança da cultura política tradicional, contribuindo para a legitimação destas. Para Sader (2008), usando o conceito de poder em Gramsci, o homem despolitizado tende a compreender mal o mundo em que vive e é facilmente manobrado por aqueles que detêm o poder. Neste contexto, a informante acumulou em sua trajetória de vida o potencial de agente político transformador da realidade, pois dispõe de instrumentos como poder e força, os quais devem utilizar com vistas ao benefício da coletividade em sua prática profissional cotidiana.

A usuária entrevistada no espaço de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) da Oca do São Cristóvão ressalta que depois de se consultar com psicólogo e psiquiatra, recebeu orientação de um clínico geral para procurar atendimento neste espaço. Afirma que na Oca

a gente encontra alegria, encontra acolhimento, a gente encontra, tem a terapia da autoestima que justamente é pra isso, pra você falar dos seus problemas, ouvir o outro, porque hoje nós sabemos que nessa era da comunicação um dos problemas maiores é a comunicação, porque ninguém quer ouvir o outro, porque ninguém tem tempo de escutar e eu já tava tendo problemas familiares de relacionamento por conta da minha irritabilidade, eu tava tomando medicamentos pra depressão, medicamento pra pressão alta e depois que eu cheguei aqui eu já não tou mais tomando o medicamento da pressão alta e nem da depressão. (Entrevista 1)

Esta narrativa revela que a maior interação e compreensão das situações de crise e o reconhecimento do seu poder de mudanças, vivenciados a partir do aprendizado advindo das experiências do adoecimento, contribuem para a desmedicalização, harmonização e reequilíbrio do seu ser, tendo sempre como foco central a promoção da saúde. É nesta perspectiva que reside o papel das ocas comunitárias, tais como “oásis no deserto”, que não impedem a viagem do peregrino, mas aliviam a sede e promovem o repouso deste esforço.

## **CONCLUSÃO**

A proposta de discussão sobre a articulação entre as Ocas Comunitárias e a Estratégia Saúde da Família possibilita reflexões para além do contexto da política de saúde que

ancora as práticas desenvolvidas no âmbito destes espaços de atenção à saúde. Envolve a compreensão da teia que organiza um Sistema Único de Saúde que tem a Atenção Primária em Saúde como elemento combativo das práticas assistenciais que enfatizam a fragmentação do saber e o uso abusivo das tecnologias médicas.

Neste sentido, operacionalizar a Atenção Primária em Saúde requer que a gestão dos serviços de saúde leve em consideração as necessidades da população e os resultados possíveis de serem alcançados; manejando potencialidades existentes e estabelecendo o melhor custo-efetividade. A adoção de Práticas Integrativas e Complementares no território da Estratégia Saúde da Família pode contribuir para a garantia da integralidade do cuidado à saúde, atuando no campo da prevenção e da promoção, manutenção e recuperação da saúde.

A Oca Comunitária, como ponto da rede de cuidado, constitui-se como um espaço que desenvolve experiências de terapia em comunidade, objetivando a valorização das histórias de vidas dos participantes, o resgate da identidade e a restauração da autoestima, na qual as pessoas são sujeitos ativos, responsáveis pela busca da superação dos desafios.

Assim, ressalta-se a importância dos profissionais da saúde conhecerem as potencialidades das práticas integrativas e complementares, como forma de ampliação do processo de cuidado dos usuários, onde coabitam vários saberes, tendo sempre como fundamento o respeito à singularidade da pessoa e de sua comunidade, buscando proporcionar uma relação terapêutica humanizada.



## REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. vol.18 supl.2 São Paulo, jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. **Documento Base. Redes regionalizadas de atenção à Saúde: Contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda Tripartite para discussão e proposta de Metodologia para apoio à implementação**. Versão para Debate. Novembro – 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento\\_redes\\_versao\\_nov2008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento_redes_versao_nov2008.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2012.

\_\_\_\_\_. 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, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, CONASS, 2011.

CARVALHO, Sérgio Rezende e CUNHA, Gustavo Tenório. A Gestão da Atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009. p. 873-864.

FLORIANO, Cinthya Oliveira. A cultura popular no processo de trabalho da equipe saúde da família. In: **ÁGORA**: revista de divulgação científica, v. 16, n.2, 2011. Disponível em <http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/view/89/170>. Acesso em 20/07/2013.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in PINHEIRO e MATTOS (orgs.), **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, cap.15, pp 547-573. Rio de Janeiro: Fiocruz,2008.

GOMES, Márcia Constância Pinto Ademe; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a Desumanização da Medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, Vozes, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão bibliográfica sobre Redes de atenção à saúde**. Maio de 2007. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/revisao\\_bibliografica\\_sobre\\_as\\_redes\\_de\\_atencao\\_a\\_saude.pdf](http://www.saude.es.gov.br/download/revisao_bibliografica_sobre_as_redes_de_atencao_a_saude.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Eugênio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. Rev. Med. 18(4 Supl 4): S3-S11. Minas Gerais, 2008.

\_\_\_\_\_. Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2012.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: \_\_\_\_\_. Emerson, Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassis-

tencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e olegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, Luís Carlos Oliveira; MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CECILIO, Luis Carlos de Oliveira. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 2010.

SADER, E. **Gramsci: poder, política e partido**. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2008.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 26 maio 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, cap.15, pp 547-573. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA; Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.) v.12 n.2 São Paulo, ago. 2010.

PINHEIRO, Roseni. Práticas de saúde e integralidade: As experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências Inovadoras no SUS**: relatos de experiências. Brasília, 2002.

Relatório de gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: **saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**/ Secretaria Municipal de Saúde Fortaleza: SMS, 2007.

THIAGO, S.C.S. ; TESSE, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev Saúde Pública** 2011; 45(2): 249-57.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Surgimento, crise e redefinição da educação popular**. ABRASCO, online, 2007. Disponível em: [www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20070516222646.doc](http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20070516222646.doc). Acesso em 15/07/2013.

# **NUCLEADORA UFMA**

**AUTORES DA NUCLEADORA UFMA**

**Ana Cristina Saldanha**

Médica. Doutora em Biologia Parasitária. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UFMA).

**Lia Cardoso de Aguiar**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UFMA).

**Liberata Campos Coimbra**

Enfermeira. Doutora em Políticas Públicas. Coordenadora e docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UFMA).

**Luciana Albuquerque de Oliveira**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UFMA).

**Maria dos Remédios da Silva Lira**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UFMA).

**Maria Gláucia Alves Albuquerque**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UFMA).

**Nair Portela Silva Coutinho**

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFMA e Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UFMA.

**Zeni Carvalho Lamy**

Médica. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UFMA).

# **ABORDAGEM A UMA FAMÍLIA COM CRIANÇA MENOR DE UM ANO EM SITUAÇÃO DE ATRASO VACINAL**

Luciana Albuquerque de Oliveira  
Lia Cardoso de Aguiar  
Maria dos Remédios da Silva Lira  
Maria Gláucia Alves Albuquerque  
Liberata Campos Coimbra  
Zeni Carvalho Lamy  
Ana Cristina Saldanha  
Nair Portela Silva Coutinho

## **RESUMO**

A eficácia da cobertura vacinal de crianças representa um dos muitos desafios a serem superados, sobretudo pela atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade adscrita. Equipes de ESF devem tomar o contexto em que a criança vive como objeto para a investigação e intervenção em saúde, analisando a família como um todo com seus modos de organização e funcionamento, pois não se compreende as reações das pessoas frente ao processo saúde-doença sem se considerar a cultura e a organização social com a qual convivem. Quanto mais a vacinação estiver integrada ao cuidado da criança, mais sucesso a imunização terá, contribuindo também para ampliar o entendimento das famílias sobre essa ação de saúde. O presente artigo traz o relato de experiência de atividade prática do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFMA/FIOCRUZ).

Teve como objetivo aplicar intervenção em uma família com criança menor de um ano em atraso vacinal que apresenta em seu contexto familiar fragilidade no cuidado de sua saúde. A família encontrava-se cadastrada em Unidade de Saúde do município de Maracaçumé. Foram aplicados os instrumentos genograma e ecomapa para se conhecer a estrutura da família, sua composição, os problemas de saúde, as situações de risco e os padrões de vulnerabilidade. Os instrumentos foram construídos durante as visitas domiciliares em conjunto com a família e posteriormente, a partir do reconhecimento da vulnerabilidade, estabeleceu-se o planejamento de intervenções para ajudar a família na superação do déficit de cuidados. Como resultados da prática de intervenção familiar efetivou-se a atualização vacinal da criança, a partir do consentimento dos responsáveis. A aplicação deste projeto propiciou uma visibilidade ampla das relações familiares reduzindo a resistência dos membros em partilhar informações, assim como fortaleceu o vínculo e a confiança entre a equipe de saúde e os familiares o que viabilizou a adesão às medidas de proteção e promoção, assim como o cuidado à saúde integral e mais humanizado centrado na família. Possibilitado ainda aos mestrandos a ampliação de conhecimentos das ferramentas e tecnologias de abordagem familiar.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Assistência integral à saúde. Família.

## **INTRODUÇÃO**

A saúde da criança é prioridade no conjunto de ações programáticas de saúde, tendo a imunização o objetivo de impactar favoravelmente a saúde desse grupo etário.



Vacinar crianças a partir dos primeiros meses de idade é uma ação de proteção específica contra doenças graves, causadoras de danos definitivos ou letais, portanto, a vacinação de crianças resulta na melhoria do nível de saúde de uma comunidade, pelo seu reflexo nos indicadores de saúde, especialmente na taxa de mortalidade infantil (GATTI; OLIVEIRA, 2005).

A imunização é o conjunto de métodos terapêuticos destinados a conferir ao organismo um estado de resistência, ou seja, de imunidade, contra determinadas enfermidades infecciosas (BRASIL, 2001). É uma das intervenções obrigatórias dos programas de saúde possuindo custos-benefícios e segurança excelentes. Sua efetividade está relacionada a elevadas coberturas e à equidade do acesso às vacinas, fatores que propiciam tanto a proteção individual como a imunidade coletiva (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

A imunização em crianças tem, historicamente, alcançado êxito em diversos países, por meio de altas coberturas vacinais e consideráveis avanços no controle e erradicação de doenças. Adotar a vacinação como ação rotineira nos serviços de atenção primária à saúde demonstra a grande influência nas condições gerais de saúde da criança, representando, então, expressivo avanço tecnológico em saúde nas últimas décadas, sendo considerada como procedimento de boa relação custo/eficácia no setor saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2011).

No entanto, ainda é elevado o número de crianças em situação de atraso no calendário vacinal. Entre os fatores que predispõem ao atraso vacinal destacam-se: baixa renda, residência em área rural, extremo de idade materna, maior número de filhos, baixa escolaridade materna, residência há

menos de um ano na área, falta de conhecimento acerca das doenças que se podem prevenir por imunização, dificuldades de transporte e presença de doença na criança (RAMOS *et al.*, 2010; FEITOZA; PEREIRA; LEITE, 2011).

Negligenciar ou desvalorizar o seguimento do calendário básico de vacinação de crianças pode causar diversos agravos, podendo gerar graves problemas de saúde pública. Aumenta o risco, tanto das crianças quanto de seus familiares, de adquirir doenças imunopreveníveis, tornando real o risco de surgirem epidemias na comunidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um importante meio de atuação no que se refere à atenção básica à saúde, que visa contribuir para o controle ou erradicação de doenças infecto-contagiosas e imunopreveníveis (RAMOS *et al.*, 2010).

É importante ressaltar que quanto mais a vacinação estiver integrada ao cuidado da criança, no processo de crescimento e desenvolvimento mais sucesso a imunização terá, resultando em indicador de cobertura vacinal satisfatório, contribuindo também para ampliar o entendimento das famílias sobre essa ação de saúde (FIGUEIREDO *et al.*, 2011).

O enfoque na família é considerado de fundamental importância se constituindo em um novo paradigma para o Sistema Único de Saúde, apoiados nos serviços e nas ações da Estratégia Saúde da Família (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Dessa forma, conhecer a estrutura da família, sua composição, como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente, os problemas de saúde, as situações de risco, os padrões de vulnerabilidade, é vital para o planejamento do cuidado à saúde da família. Essas informações são obtidas mediante vários instrumentos de levantamento

de dados para a estruturação e organização da assistência à saúde da população (MELLO *et al.*, 2005).

O genograma e ecomapa fazem parte do conjunto de instrumentos de avaliação familiar, podendo os dois aparecer de forma complementar dentro de um prontuário familiar, mostrando o desenvolvimento e formato da estrutura da família, assim como fornecendo informações sobre seu contexto de vida. O genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, enquanto o ecomapa identifica as relações e ligações da família e de seus membros com o meio social onde habitam e convivem (AGOSTINHO, 2007).

Entretanto, com base em Guimaraes, Alves e Tavares (2009), não se deve ter a expectativa errônea de esperar que a Atenção Básica elimine os efeitos dos determinantes sociais e ambientais na saúde, mas sim, com base nos conhecimentos do contexto familiar que reduza a probabilidade do impacto adverso dos fatores externos. Tertuliano e Stein (2011) ainda chamam atenção com relação à cobertura vacinal, da necessidade de que os profissionais da área percebam os determinantes das condições sociais e mentais na saúde, do binômio mãe-criança, para que ajam de forma integral e humana.

Ainda nesse sentido, para Campos (2005), a possibilidade de se construir vínculos duradouros com os pacientes é condição para o aumento de eficácia das intervenções em saúde, sejam essas de promoção, prevenção ou de tratamento.

A vacinação, entendida como importante cuidado protetor para a saúde da criança implica na articulação entre família, serviço de saúde e comunidade. O envolvimento e responsabilização de todos dificultariam perder oportuni-

dades de imunização. Portanto, o vínculo entre profissionais de saúde e as famílias precisa ser reforçado, para aumentar a adesão às medidas de proteção e promoção da saúde infantil (FIGUEIREDO *et al.*, 2011).

Nesse sentido, fez-se de extrema importância implementar esta prática na comunidade junto a uma família que possuía em seu meio uma criança menor de um ano com esquema vacinal incompleto e fragilidade no cuidado de sua saúde com o objetivo de promover uma articulação entre o serviço de saúde, a família e a comunidade no sentido de melhorar a oportunidade de adesão ao esquema vacinal da criança, utilizando para tanto dois instrumentos de abordagem familiar, o genograma e o ecomapa.

## **PROCESSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de experiência resultado de uma atividade prática desenvolvida no Módulo Atenção Integral à Saúde da Família do Mestrado Profissional em Saúde da Família, nucleadora Universidade Federal do Maranhão.

A aplicação da proposta ocorreu na área adscrita à equipe de Estratégia Saúde da Família do bairro Mangueira no Centro de Saúde Maracaçumé I no município de Maracaçumé – MA.

A seleção da família ocorreu em reunião com a equipe de Saúde da Família, onde se destacou a família selecionada por evidenciar em contatos prévios riscos à saúde devido ao não cumprimento do calendário vacinal da criança entre outros fatores.

A prática se deu por meio de entrevista direta com os responsáveis pela criança que aceitaram participar da prática.

## **DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA**

Entre esses casos de atraso vacinal no município, tínhamos o da criança I.C. com 11 meses de idade, indivíduo foco desta prática na comunidade. A família residia em casa alugada, de tijolo não revestido, com dois cômodos, chão de cimento, energia elétrica e precárias condições de estrutura e higiene; o lixo produzido era queimado e os dejetos depositados a céu aberto. A família usava como meio de comunicação a televisão e afirmava procurar principalmente farmácias e a Unidade de Saúde em caso de doença. A renda familiar era composta apenas pelo trabalho de pedreiro do companheiro ficando em torno de menos de um salário mínimo.

A família em questão constituía-se por um casal em relação consensual há pouco mais de oito meses, a adolescente F.C. de 15 anos, P.A. com 33 anos, e a filha de F.C. na fase da infância com 11 meses.

Podendo então ser classificada de acordo com tipologia proposta por Souza e Mendes (2007) como família reconstituída que se caracteriza por ser composta por membros de uma família que, em algum momento, teve outra configuração, sofreu uma ruptura e passou a ter um novo formato.

Constatou-se que o estágio do ciclo vital que a família ocupava era referente ao da chegada dos filhos ou com filhos pequenos, que de acordo com Ribeiro (2004), nesta etapa, são incorporados aos papéis de marido e mulher os de pai e mãe. Surge a co-parentalidade, que implica na negociação dos papéis e no cuidado dos filhos. A dinâmica da

família é alterada em prol do novo membro familiar – um filho – seja ele planejado ou não.

Neste sentido, ficou notória a existência de barreiras na negociação e cumprimento dos papéis dentro da estrutura e dinâmica dessa família, uma vez que a adolescente e mãe de I.C. demonstrava dificuldade de aceitação e certa recusa em desempenhar o cuidado satisfatório à criança e ao seu lar, possivelmente decorrente da sua falta de maturidade e avanço precoce no seu ciclo vital uma vez que F.C. teve uma gravidez ainda na adolescência.

A família demonstrava relacionamento vulnerável, que de acordo com Wendt e Crepaldi (2007) é caracterizado por relacionamentos nos quais não há conflito explícito, mas que, entretanto, apresentam risco de haver conflitos em condições adversas ou fases de transição. Isto foi evidenciado pela dificuldade de comunicação entre o casal ao propor-se diálogo entre os mesmos para se estabelecer o papel de cada um e não terem conseguido expressar seus desejos e anseios um com relação ao outro. Ficando, portanto, explícita uma precária participação e contribuição nos cuidados com a saúde de toda a família.

O suporte social da família era limitado, a própria adolescente F.C. manifestou desinteresse na participação em grupos de convivência e atividades comunitárias, sendo evidente também como fator a baixa condição socioeconômica da família. Estabeleciam relacionamento apenas com família ampliada que residiam alguns na mesma rua outros no mesmo bairro e com alguns poucos vizinhos, ficando o lazer da família mais restrito ao lar. Informaram gosto por assistir televisão e ouvir música. Negaram participação em igrejas e outros grupos sociais. E indicaram relação distante com a

Unidade Básica de Saúde e ausência de relações com outros serviços oferecidos na comunidade. P.A. referia relação fraca com trabalho. Fatos estes demonstrados nas Figuras 1 e 2.

O membro índice da prática na comunidade era a menor I.C. de 11 meses. No momento da primeira visita a criança encontrava-se em precária condição de higiene, apresentando quadro de tosse produtiva e coriza. Na avaliação da situação vacinal foram identificadas cinco vacinas em atraso, entre elas: meningocócica (2ª dose), tetravalente (3ª dose), pneumocócica (3ª dose), febre amarela (dose inicial) e a vacina oral poliomielite (campanha). Mãe informava ainda que alimentação da menor era restrita a carboidratos (arroz, pão e farinha) e proteína (peixe, carne bovina e leite de vaca) e que no momento a criança tem aceitado mais facilmente apenas farinha e peixe frito.

Ao longo dos 11 meses da criança esta esteve na UBS apenas em duas ocasiões, mesmo a mãe sendo informada da importância do acompanhamento da puericultura da criança, em um desses momentos na consulta de enfermagem em decorrência de uma diarreia aos dois meses de idade e no segundo momento em consulta médica estando registrado no prontuário apenas febre. Nunca havia feito uso de suplemento de sulfato ferroso como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em segunda visita realizada à família a criança encontrava-se inquieta e chorosa, segundo informações da mãe, a mesma havia a pouco mais de três horas engolido peça plástica em formato de cone com comprimento aproximado de 04 cm, não sendo tomada nenhuma providência pela mãe no sentido de levá-la até o Serviço de Pronto Atendimento do município.

A mãe da criança foco da prática era a adolescente F.C., 15 anos, do lar, escolaridade até a quarta série, apresentava sinais e sintomas característicos de gravidez. Residia no município de Maracaçumé há pouco mais de 15 meses. Na primeira visita, demonstrou desinteresse em participar ativamente da entrevista e do diálogo, atitude que lhe era peculiar, uma vez que a mesma sempre apresentou comportamento hostil às orientações oferecidas, mesmo durante o pré-natal de sua filha.

Ao ser questionada sobre os motivos que a levavam a não seguir corretamente o calendário vacinal de sua filha, relatou ser unicamente por desinteresse, embora já tivesse sido informada sobre a importância da imunização para a criança.

O indivíduo integrante da família gerador de renda era P.A., 33 anos, pedreiro, escolaridade até a 2ª série, padrasto de I.C., negou problemas de saúde, demonstrava relativo interesse na saúde da criança membro da família, porém apresentava déficit na oferta de assistência à mesma, bem como expressava insatisfação com cuidados prestados por sua companheira à família e à criança, evidenciando a existência de conflitos familiares. Informava não ter interesse em registrar a criança como pai por temer que seu relacionamento com a mãe não durasse bastante e acabasse sendo levado à justiça.

Com relação à possível nova gravidez de sua companheira, informava se preocupar com a geração do filho, mas demonstrava indisposição para acompanhar o seguimento do pré-natal.

Com isso constatou-se como determinante do problema o déficit de interesse e participação da família no cuidado e no cumprimento efetivo do calendário vacinal de criança.



Figura 1: Genograma da família de I.C.

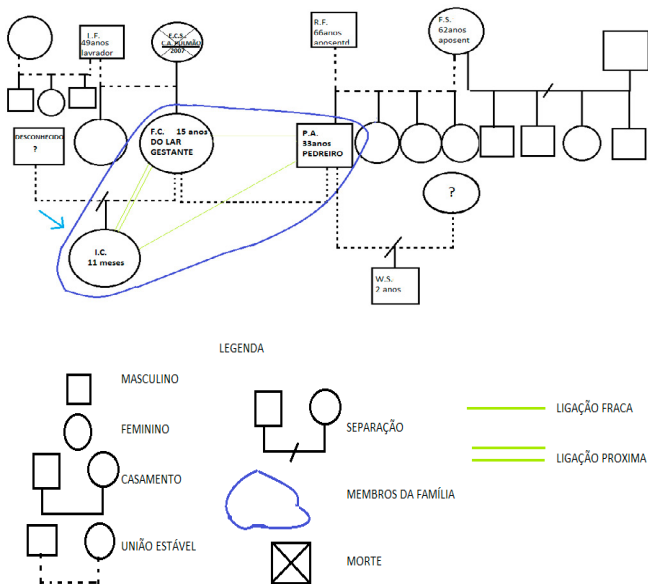
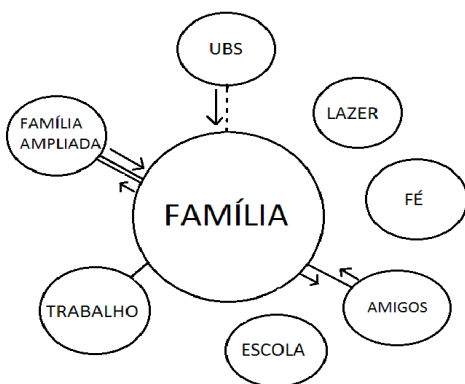


Figura 2: Ecomapa da família de I.C.



## **ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Na primeira e segunda visita domiciliar realizadas à família pela equipe de SF da área durante a prática na comunidade contou apenas com a presença de F.C. havendo também a presença da menor I.C. e de outra menor parente da família residente na mesma rua. Foram necessárias insistentes solicitações da presença de P.A. nas atividades com a família, estando presente apenas na terceira visita à família, justificando sua ausência por restrição de tempo por motivos de trabalho.

Durante visitas domiciliares à família selecionada foi estabelecido escuta ativa de todos os problemas e situações elencadas pela família, bem como observação das condições de moradia e de saúde para a identificação das formas de cuidados à saúde, sendo então posteriormente produzido o genograma e ecomapa (Figura 1 e 2). Foram realizadas explicações, através de diálogo com a família, à cerca da importância da imunização e os riscos implicados no não seguimento adequado do calendário vacinal, propondo-se no momento da primeira visita a atualização vacinal no próprio domicílio.

Ressalta-se que o processo de coleta de informações deve ser contínuo e em vários contatos com as famílias, ou seja, não pode haver apenas um ponto isolado de coleta de dados inicial, uma vez que o sistema familiar é considerado dinâmico, critério esse contemplado durante a aplicação desta prática.

A partir do reconhecimento da vulnerabilidade da família estabeleceu-se o planejamento de intervenções para ajudar a família na superação do déficit de cuidados, com o favorecimento de mudanças consideradas fundamentais para o alcance do seu fortalecimento, incentivando os mem-

broz familiares por meio de elogios às forças da família no intuito de fortalecê-las e o encorajamento de busca por recursos de apoio na comunidade e na família ampliada.

Promoveu-se reunião familiar contando com a presença não apenas dos membros da família nuclear, mas também da família ampliada, como a mãe de P.A. e irmã de F.C. negociando os papéis de cada indivíduo dentro do contexto familiar e as responsabilidades de cada um para com o outro.

Na definição do plano terapêutico familiar se buscou atingir tanto as necessidades expostas pelos membros da família como aquelas identificadas pelos profissionais. Tendo o plano tais ações:

- Semonstrar a importância do cuidado qualificado dos familiares para com criança, bem como evidenciar seus deveres como responsáveis legais pela criança;
- Promover encontro com a assistência social no sentido de sensibilizar a adolescente e o companheiro da responsabilidade dos papéis familiares;
- Realizar acompanhamento sistemático da puericultura da menor I.C.;
- Realizar busca ativa em caso de novo atraso vacinal;
- Confirmar gravidez e realizar acompanhamento sistemático do pré-natal de F.C.;
- Informar a família quanto aos grupos sociais, serviços comunitários e formas de lazer em família para que os membros da família possam estabelecer relação harmoniosa com a comunidade e estreitar os laços entre si;

- Agendar visita domiciliar periódica para avaliação do grau de assimilação das orientações oferecidas.

## **RESULTADOS**

Como primeiro resultado da prática de intervenção familiar efetivou-se a atualização vacinal da criança, a partir do consentimento da mãe, onde se realizou vacinação de três das cinco vacinas atrasadas: pólio campanha, meningocócica e pneumocócica e agendado para outra data as restantes.

O processo de construção conjunta dos instrumentos de abordagem familiar, o genograma e ecomapa, propiciou uma visibilidade ampla das relações familiares permitindo uma comunicação livre de barreiras e ruídos reduzindo a resistência dos membros em partilhar informações, assim como fortaleceu o vínculo e a confiança entre a equipe de saúde e os familiares o que viabilizou o cuidado à saúde integral e mais humanizado centrado na família.

Com a aplicação desta prática foi possível desenvolver na família conhecimentos, através do diálogo e da escuta ativa, a cerca dos cuidados à criança e importância do seguimento da imunização.

A mãe passou a apresentar interesse nos cuidados à saúde da criança e no seu autocuidado, evidenciado pelo comparecimento da adolescente, quando solicitada, na UBS apresentando-se de forma mais receptiva ao diálogo e consideravelmente mais cuidadosa com sua aparência (vestis e visual), assim como com a higiene e aparência de sua filha. Observou-se também ao realizar a terceira visita maior zelo e cuidado da adolescente com sua casa, que se encontra-

va limpa e decorada. No entanto, a família permanece com importante resistência ao envolvimento em grupos sociais e atividades de lazer.

Na realização da reunião familiar de princípio não foi possível a participação da família ampliada por resistência da adolescente F.C. que demonstrou timidez em compartilhar informações com a sogra e a irmã, tendo a presença apenas de F.C., P.A. e a criança I.C. chegando-se ao acordo que F.C. se comprometeria mais com os cuidados à sua filha, bem como tentaria seguir o pré-natal de forma adequada, devendo seu cônjuge lhe ajudar em alguns afazeres domésticos e prestar mais apoio nos cuidados à criança e ao pré-natal de sua companheira. E em reunião com a família ampliada realizou-se acordo em que prestariam apoio às dinâmicas dessa família que estava em desenvolvimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Além de ser um instrumento de coleta de dados, o genograma e o ecomapa podem ser adotados pela equipe de saúde da família como uma forma de abordagem inicial à família, de modo que esta se sinta participante do processo de coleta de informações e facilitando a aproximação entre profissionais de saúde e família.

Com a construção do ecomapa e genograma, priorizou-se o estabelecimento de um espaço para propiciar uma relação harmoniosa entre os membros da família e que esses se sentissem valorizados ao estar contribuindo com a atividade, sendo assim, a utilização de tais instrumentos facilita a comunicação e interação com a família e entre seus membros.

Para se ter êxito na assistência à grupos prioritários como crianças, é necessário que haja partilha de compromissos, envolvendo o serviço de saúde, indivíduos e família, através da criação de compromissos que contemplem as necessidades de todas as partes. Para isso é necessário que os serviços de saúde e seus profissionais valorizem o enfoque na família percebendo não apenas o problema apresentado pelo indivíduo, mas também todas as vulnerabilidades que contemplam a família garantindo assim a integralidade do cuidado.

Com a intervenção familiar constatou-se grande déficit de cuidados prestados à criança, o que caracterizou elevado risco à saúde ao qual a criança estava exposta, sendo necessário, portanto de atenção prioritária da equipe de Saúde da Família.

Acreditamos ter cumprido o objetivo proposto uma vez conhecido as estruturas e dinâmicas da família, assim como as formas de cuidados prestados à saúde da criança efetivou-se o cumprimento do calendário vacinal da criança gerando consequentemente maiores cuidados para com a mesma. Sendo necessário para isso realizar a tarefa de efetivar a visão ampliada, exigida dos profissionais de saúde da família, compreendendo que o processo de trabalho não se restringe a atuação sobre doenças e agravos, mas dar condições a pessoa, família e comunidade para alcançarem saúde biopsicossocial, conhecendo assim quem são, suas condições de saúde-doença, suas dificuldades e fortalezas, seus valores e ambiente sociocultural contemplando os apoios e suportes externos.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. Ecomapa. **Dossier Família**, 2007. Disponível em: <<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001155345624718.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. 4 ed. Brasília: Brasil, 2001. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu\\_proced\\_vac.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_proced_vac.pdf)>. Acesso em: 16 de junho de 2012.

CAMPOS, G.W.deS. DIRETRIZES PARA O ENSINO MÉDICO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA – **ABEM**. 2005. Disponível em: <[http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim\\_virtual/volume\\_2/documento\\_gas-tao.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/boletim_virtual/volume_2/documento_gas-tao.pdf)>. Acesso em: 17 de junho de 2012.

FEITOZA, E.T.M.; PEREIRA, T.C.E.J.; LEITE, G.L. Condutas do enfermeiro nas situações de atraso vacinal em conformidade com o Programa Nacional de Imunização. **Revista Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84216927004.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2012.

FIGUEIREDO, et al. Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. maio-jun 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_20.pdf)>. Acesso em: 15 de junho de 2012.

GATTI, M.A.N.; OLIVEIRA, L.R. Crianças faltosas à vacinação, condições de vida da família e concepção sobre vacina: um inquérito domiciliar. **Salusvita, Bauru**, 2005. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/lilacs/salusvita/2005v24n3/salusvita2005v-24n3p427-436pt437-445en.pdf>>. Acesso em: 15 de junho de 2012.

GUIMARAES, T.M.R.; ALVES, J.G.B.; TAVARES, M.M.F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Apr. 2009. Dispo-

nível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 junho 2012.

LUHM, K.R.; CARDOSO, M.R.A.; WALDMAN, E.A. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.1, Feb. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 de junho de 2012.

MELLO, D.F. de *et al.* Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo, v. 15, n. 1, abr. 2005 . Disponível em <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822005000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 15 de junho de 2012.

OLIVEIRA, S.A.da C. et al. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_13.pdf)>. Acesso em: 16 de junho de 2012.

RAMOS, C.F. *et al.* Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. **Rev Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua, v. 1, n. 2, jun. 2010. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232010000200006&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 de junho de 2012.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, Aug. 2004.

SOUZA A.S.R.de; MENDES, A.L. Grupo de Estudos em Saúde da Família Abordagem Familiar. **Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade**, 2007. Disponível em: < [96](http://www.smm-</a></p></div><div data-bbox=)



fc.org.br/gesf2007/gesfabordagemmarco.pdf>. Acesso em: 10 jun 2012.

TERTULIANO, G.C.; STEIN, A.T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n2/v16n2a15.pdf>>. Acesso em: 15 de junho de 2012.

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2007. Disponível em: < [www.scielo.br/prc](http://www.scielo.br/prc)>. Acesso em: 13 de junho de 2012.

**NUCLEADORA UFRN**

**AUTORES DA NUCLEADORA UFRN**

**Adriana Santos Lopes**

Enfermeiro (a). Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF- UFRN).

**Ana Carolina de Souza Pieretti**

Médica. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF- UFRN).

**Ana Karenina de Melo Arraes Amorim**

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

**Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira**

Enfermeiro (a). Discente do Mestrado Curso de Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF – UFRN).

**Antônio Medeiros Junior**

Cirurgião-Dentista. Doutor em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

**Elizabete Cristina Fagundes de Souza**

Cirurgiã-Dentista. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFRN).

**Francijane Diniz de Oliveira**

Enfermeiro (a). Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF- UFRN).

**Francisco Glérison Vieira**

Enfermeiro (a). Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF – UFRN).

**Geórgia Sibebe Nogueira da Silva**

Psicóloga. Doutora em Medicina Preventiva. Coordenadora e Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF – UFRN).

**José Adailton da Silva**

Enfermeiro (a). Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF- UFRN).

**Ligiane Nascimento de Lucena**

Enfermeiro (a). Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF- UFRN).

**Magna Celi Pereira Felipe**

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal (RN).  
Preceptora do PET-Saúde (UFRN).

**Maisa Paulino Rodrigues**

Cirurgiã-Dentista. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF – UFRN).

**Márcia Cunha da Silva Pellense**

Enfermeiro (a). Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF – UFRN).

**Márcia Lélis Rocha Corrêa**

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal (RN).  
Preceptora do PET-Saúde (UFRN).

**Marise Soares Almeida**

Enfermeiro (a). Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF – UFRN).

**Nayara Santos Martins Neiva de Melo**

Cirurgiã-Dentista. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF- UFRN).

**Ricardo Henrique Vieira de Melo**

Cirurgião-Dentista. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF – UFRN).

**Robervam de Moura Pedroza**

Enfermeiro (a). Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF- UFRN).

**Rosana Lúcia Alves de Vilar**

Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais. Docente do do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF – UFRN).

**Rosana Maria Ferreira de Moura Lima**

Nutricionista. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (RENASF – UFRN).

# O CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA EXPERIÊNCIA DE GESTAÇÃO DE VÍNCULOS

Adriana Santos Lopes  
Francijane Diniz de Oliveira  
José Adailton da Silva  
Robervam de Moura Pedroza  
Ligiane Nascimento de Lucena  
Ana Carolina de Souza Pieretti  
Nayara Santos Martins Neiva de Melo  
Ana Karenina Arraes Amorim  
Maísa Paulino Rodrigues  
Geórgia Sibebe Nogueira da Silva

## RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reporta à atenção primária a ordenação, coordenação e gestão dos cuidados de saúde da população, trazendo-a para o eixo central do sistema de saúde. A coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção em saúde de forma a ordenar uma rede integrada com diferentes pontos e níveis de complexidade tecnológica do sistema, que garanta a integralidade e continuidade dos cuidados centrada no usuário. Tal tarefa de gestão do cuidado, destinada à atenção básica e operada pelas equipes da estratégia Saúde da Família (ESF), não se constitui em tarefa fácil, visto que envolve inúmeras dificuldades e desafios, dentre eles, a desarticulação e fragmentação dos saberes e práticas, e a hegemonia do modelo biomédico com procedimentos médico-centrado de atenção à saúde. Neste contexto, a atenção integral às famílias em situação de intensa vulnerabilidade se constitui como um desafio ainda maior, uma vez que estas requerem mais

investimento e continuidade da atenção à saúde, exigindo um trabalho efetivo de coordenação de cuidados. Nessa direção, o objetivo deste trabalho foi relatar uma experiência de construção de vínculo e coordenação do cuidado efetivada por uma equipe da ESF no tocante ao cuidado integral junto a uma família em situação de vulnerabilidade. O trabalho foi produzido a partir das reflexões e estudos de um grupo de pós-graduandos acerca da experiência desta equipe (da qual um dos integrantes do grupo compõe a equipe), no contexto do Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (MPSF/ RENASF/UFRN). A atividade teve início no módulo de atenção integral à saúde e se desdobrou em diferentes experiências teóricas e práticas de aprendizagem durante o mestrado. Acreditamos que a situação vivenciada coloca em evidência como a articulação ensino-serviço, no âmbito deste Mestrado profissional, potencializa a experiência profissional, qualificando a atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da ESF.

**Palavras-Chave:** Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Gestão do Cuidado. Saúde Mental.

## INTRODUÇÃO

A atenção básica em saúde, como é referida a atenção primária à saúde (APS) no Brasil, se ocupa desde sua concepção em ser, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a reorganizadora da atenção à saúde. Concedida de início para sociedades menos favorecidas, é hoje pensada como principal estratégia de reorganização dos sistemas de saúde no mundo (CECILIO *et al.*, 2012).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi eleita como a principal estratégia de reorganização, constituição e articulação das redes de saúde do país, e tem sido pensada como porta de entrada no sistema de saúde e primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo da família e da comunidade (CECILIO *et al.*, 2012).

A OMS em seu documento *Primary Health Care. Now more than ever*, lançado em 2008, traz a APS realçando seu papel relevante nas mudanças dos sistemas de saúde, frente às novas perspectivas de saúde e adoecimento. Nessa direção, atribui à atenção primária a ordenação, coordenação e gestão dos cuidados de saúde da população, trazendo-a para o eixo central do sistema de saúde.

Considerando essa assertiva, a coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Nesse sentido, pressupõe uma rede de serviços integrada e articulada, que vai desde a Atenção Primária à Saúde, com toda a sua complexidade, até a oferta de níveis de densidade tecnológica maiores, de modo que distintas ações de cuidado sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua, articulada e adequada às suas necessidades de saúde e compatível com as suas expectativas pessoais. Logo, a coordenação assistencial seria um atributo organizacional dos serviços de saúde que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (ALMEIDA *et al.* 2010).



A estratégia Saúde da Família é concebida como principal instrumento de coordenação do cuidado e, consequentemente, de integração entre níveis assistenciais que, segundo Hartz & Contandriopoulos (2004), consiste

em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis. Assim, para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas, cuja construção reconhece necessariamente a interdependência e, muitas vezes, conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, visto que nenhuma destas instâncias dispõe da totalidade dos recursos (Hartz & Contandriopoulos, p. 332).

No entanto, tal tarefa de gestão do cuidado destinada à atenção básica e que deve ser operada pelas equipes da ESF não constitui tarefa fácil e envolve inúmeras dificuldades e desafios. Dentre as dificuldades, indicamos o cenário de precarização do vínculo empregatício do trabalhador da saúde, a baixa cobertura da ESF em alguns contextos, a descontinuidade das ações programáticas por problemas de gestão e planejamento nos diferentes níveis de governo, a falta de ações de qualificação profissional e de uma política contínua

de educação permanente que atinja parte significativa dos profissionais da ESF, a desarticulação e fragmentação dos saberes e práticas junto à predominância do modelo biomédico e procedimento-centrado de atenção, dentre outras. Neste contexto, a atenção integral a famílias em situação de intensa vulnerabilidade é um desafio ainda maior para a atenção básica em saúde, uma vez que tais famílias requerem mais investimento e continuidade da atenção à saúde, exigindo um trabalho efetivo de coordenação de cuidados.

Diante desses desafios, este texto procura relatar uma experiência de construção de vínculo e coordenação do cuidado efetivada por uma equipe da ESF no tocante ao cuidado integral junto a uma família em situação de vulnerabilidade. O trabalho foi produzido a partir das reflexões e estudos de um grupo de pós-graduandos acerca da experiência desta equipe (da qual um dos integrantes do grupo compõe a equipe), no contexto do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF/RENASF/UFRN). A atividade teve início no módulo de atenção integral à saúde e se desdobrou em diferentes experiências teóricas e práticas de aprendizagem durante o mestrado. Acreditamos que a situação vivenciada coloca em evidência como a articulação ensino-serviço, no âmbito deste Mestrado Profissional, potencializa a experiência profissional, qualificando a atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da ESF.

## **METODOLOGIA**

O desenvolvimento disciplinar da ciência não só trouxe vantagens, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber, não só produziu o conhecimento, mas também a ignorância e a cegueira, uma vez que desde a escola primária nos ensinam a isolar os objetos de seu meio ambiente, a separar as disciplinas em vez de reconhecer suas correlações, a dissociar os problemas, em vez de integrá-los. Obrigam-nos a reduzir o complexo ao simples, a separar o que está ligado, a decompor, e não a recompor, e a eliminar tudo que causa contradições em nosso entendimento (MORIN, 2004).

Ao longo da última década ocorreram mudanças que apontaram o surgimento de outro modelo de conhecimento, um conhecimento que tem como princípio norteador a aplicação que lhe pode ser dada, um conhecimento contextual. Nesse novo cenário, os profissionais de saúde precisam desenvolver habilidades que os compoñam como sujeitos comprometidos com a busca de equidade do cuidado, do acesso e da cidadania, para fazer frente aos desafios impostos pela sociedade, e é justamente da contextualização agregando teoria e prática, que partem a reflexão e teorização que permitem o desenvolvimento de capacidades profissionais diferenciadas em relação àquelas adquiridas apenas por meio dos conteúdos e disciplinas presentes em diversos currículos (CHIESA *et al.*, 2007).

Surge, então, outro modelo de aprendizagem, mais alinhado com essa nova demanda e que visa ao desenvolvimento de atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que somados proporcionam diferentes modos de realizar com

qualidade um trabalho, uma vez que os conteúdos trabalhados devem emergir da prática, sendo explorados com consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações complexas e reais, que sejam frutos de uma construção social (CHIESA *et al.*, 2007).

Nesse contexto, insere-se o mestrado profissional em Saúde da Família - MPSF da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, que além de adotar no seu currículo o aprendizado por competências faz parte dessa modalidade inovadora de pós-graduação, o mestrado profissional, que tem como proposta dar protagonismo à experiência profissional através da instrumentalização dos profissionais, lhes permitindo a aquisição de conhecimentos para uma prática consistente e reflexiva, sintonizada com a realidade social.

Segundo Santos (2010), o mestrado profissional almeja formar um profissional que possa dar continuidade as suas ações no cotidiano dos serviços de saúde. É prioridade qualificar esse profissional, incentivando-o ao uso de evidências para a tomada de decisões e para a gestão do processo de trabalho e do cuidado, fortalecendo também a produção de conhecimento nos serviços de saúde.

O mestrado profissional apesar de ser uma modalidade recente de pós-graduação no sistema de ensino brasileiro, entre 2004 e 2009 acumulou um aumento de 104,2 % na sua oferta de cursos e entre 2011 e 2013 a perspectiva de crescimento é de 35% (SANTOS; HORTALE; AROUCA, 2012).

O MPSF/RENASF possui formato profissional e é pautado pela utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e apresenta a particularidade de ser concebido em

rede, oferecido de forma descentralizada. Nesse contexto, a utilização de metodologias ativas e inovadoras significa apostar em uma educação que desenvolva processos críticos de ensino-aprendizagem e demonstre criatividade na resolução dos problemas. Dessa forma, aposta numa formação que estreite laços com a vida real.

A RENASF (acordo de cooperação técnica nº 000010/2010) foi criada em julho de 2009, com a participação de instituições de ensino superior dos estados do Ceará, Maranhão, Piauí, Pernambuco e Rio Grande do Norte e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Tem por missão promover ações de ensino e pesquisa com análises crítico-reflexivas e proposições na área da Saúde da Família, visando responder às demandas do SUS no campo da educação dos profissionais de saúde e na cooperação técnica para a realização de estudos e pesquisas orientadas de forma a apoiar e qualificar a atenção básica, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), influenciando no fortalecimento do SUS, por meio da articulação entre essas instituições públicas (MESTRADO, 2011).

No MPSF/RENASF é adotada uma concepção de currículo entendido como construção social, devendo este desconstruir concepções de saúde, doença e cuidado arraigadas ao modelo biomédico e com perspectiva restrita de identidade profissional. O MPSF é baseado em competências, entendidas nesse contexto como a capacidade de articulação, mobilização e prática de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores fundamentais no exercício do trabalho na Estratégia Saúde da Família, no qual o cuidado ao indivíduo é intimamente relacionado à compreensão das dinâmicas coletivas.

O MPSF/RENASF tem entre seus objetivos a formação de lideranças para a Estratégia Saúde da Família, aptas a exercer atividades de investigação e ensino em serviço, sem afastarem-se de suas atividades na atenção ou gestão; fomentar o trabalho em equipe através do diálogo entre profissionais da equipe básica da ESF e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e articular elementos da educação, atenção, gestão e investigação visando ao aprimoramento da ESF e do SUS. Está destinado a profissionais que exerçam atividades de gestão, atenção ou ensino em serviço na ESF (MESTRADO, 2011).

Vislumbra-se que ao final desse curso de mestrado o egresso possa ter competências para realizar ações de promoção da saúde, desenvolver a preceptoria nos serviços de saúde, realizar ações de planejamento e avaliação na atenção primária em saúde, realizar a gestão do processo de trabalho, realizar a atenção e a gestão do cuidado do indivíduo, família e comunidade, produzir e utilizar informações em saúde na atenção primária, desenvolver atividades de educação em saúde no contexto da atenção primária, utilizar métodos científicos para elaboração de projeto de investigação ou intervenção, atuar na ESF na perspectiva da integralidade e humanização da atenção básica e desenvolver projetos de investigação ou de intervenção (MESTRADO, 2011).

Seguindo esse caminho e de posse de novos conhecimentos apreendidos por ocasião do MPSF, a mestranda e membros da equipe da ESF colocaram em prática um projeto de clínica ampliada e gestão do cuidado a partir de um caso familiar complexo, mediante planejamento e discussões realizadas entre o grupo de mestrandos. Dessa maneira,

lançaram mão de estratégias para garantir o cuidado a uma família que passava por um momento crítico – mulher em fase de gestação e apresentando quadro de desorganização mental - viabilizando a integração e articulação da rede de saúde, com construção de vínculo entre família e equipe de saúde da família.

## **CONTANDO A HISTÓRIA DE UMA FAMÍLIA E A GESTÃO DO CUIDADO DESENVOLVIDA PELA ESF**

A família é composta por Rosa<sup>1</sup>, mulher de 35 anos e João, homem de 34 anos. Eles residem em uma casa situada em um bairro na periferia da zona Norte de Recife/PE. A casa do casal é composta por apenas um cômodo, onde se encontra uma cama, um fogão e uma televisão. Rosa apresenta quadro de transtorno mental grave, atualmente diagnosticada como transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo, porém demonstra sintomas da doença desde aproximadamente 18 anos de idade. Seu companheiro João é alcoolista e se encontrava desempregado no momento do contato com o serviço. O primeiro contato com a unidade de Saúde da Família foi através da enfermeira da equipe, quando Rosa foi até a unidade referindo gravidez. No momento do contato, ela estava com aparência descuidada, fala desorganizada e pouco conectada com sua realidade e dificuldade de expressar suas necessidades de saúde.

Após a consulta foi agendada coleta de exame Beta H C G para a semana seguinte. Porém, Rosa não compareceu à realização do exame. Diante disso, a enfermeira da unidade pediu para a Agente Comunitária de Saúde averiguar o

---

1 Nome fictício, assim como todos os demais utilizados para os envolvidos, como formar de preservar o sigilo quanto à identidade dos mesmos.

motivo da falta ao exame, onde se constatou que Rosa estava fora de casa há três dias. Os vizinhos informaram que ela encontrava-se dormindo nas ruas e praticando furtos. Concomitante a essa problemática, a enfermeira, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, participava da disciplina de atenção integral à saúde, onde teve oportunidade de entrar em contato com teorias de clínica ampliada e técnicas de abordagem familiar. Percebendo a complexidade do caso de Rosa, sentiu a necessidade de aprofundar seus conhecimentos, orientada pela clínica ampliada, para a abordagem da família em questão, de modo a não se restringir apenas aos cuidados de pré-natal.

O transtorno mental grave se constituía em riscos de vida para Rosa e para criança que a mesma estava gestando. João era distante e não se comprometia com o cuidado de sua companheira, mantendo-se distante desde o primeiro contato com o serviço. A enfermeira da equipe realizou uma visita domiciliar para perceber a realidade social do casal e constatou o aspecto citado anteriormente. Alguns minutos depois de bater a porta, Rosa atendeu e só após muita conversa permitiu a entrada do profissional, que realizou o atendimento pré-natal e fez o primeiro contato com João. Nesse primeiro contato averiguou o histórico do pré-natal, constatando que nenhum tipo de cuidados pré-natal havia sido realizado até aquele momento. Após os procedimentos técnicos, estimou-se a idade gestacional para aproximadamente 28 semanas de gravidez, constando-se batimento cardíaco fetal aumentado. Rosa também referia cólicas desde a noite anterior. A enfermeira encaminhou o casal para urgência obstétrica de referência e conversou com a ACS da micro-área para acompanhar o casal, que recebeu atendi-



mento no mesmo dia. Após essa fase inicial foram agenda-  
das consultas para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)  
do território, com vistas a uma avaliação psiquiátrica e para  
a Maternidade de referência para realização do pré-natal de  
alto risco. Rosa compareceu a consulta acompanhada pela  
ACS responsável, porém desacompanhada de familiares.  
Tentou-se, através dela, elaborar seu genograma e um eco-  
mapa com vistas a facilitar o entendimento da dinâmica fa-  
miliar, porém Rosa se mostrava confusa, não sendo possível  
a construção destes instrumentos. Após a consulta, a equipe  
conseguiu identificar a mãe e a irmã de Rosa, que residiam  
em um bairro próximo. Após esse contato, podem-se aces-  
sar mais informações e elaborar o genograma e o ecomapa,  
revelando a problemática familiar.

O pré-natal é o conjunto de ações realizadas durante  
o período gestacional visando promover um atendimento  
integral à saúde materna e fetal. A assistência pré-natal de  
qualidade é uma estratégia importante para a redução da  
mortalidade materna e perinatal, visto que muitas patolo-  
gias no período gravídico-puerperal podem ser diagnosti-  
cadas precocemente, bem como tratadas e/ou controladas  
a fim de prevenir complicações no que diz respeito ao bi-  
nômio mãe e filho (PITOMBEIRA, 2010). Por esses motivos, o  
pré-natal é tido como uma ação programática que deve ser  
realizada na estratégia Saúde da Família, devendo conside-  
rar a integralidade, o vínculo, o contexto social e a coorde-  
nação do cuidado.

A enfermeira da USF passou a acompanhar a usuária,  
semanalmente, fortalecendo os laços afetivos e o vínculo.  
Em uma das consultas de Rosa, o seu companheiro foi con-  
vidado para participar. Ele se sentindo também acolhido, a

partir daquele dia, começou a comparecer a todas as outras consultas agendadas na USF, desenvolvendo interação com a equipe e qualificando as ações de cuidado junto a sua companheira. Ele passou também a acompanhar Rosa à maternidade e ao CAPS, colaborando com a equipe e trazendo novas perspectivas para a situação em foco, isto é, se instalando um novo desenho familiar.

Rosa foi acolhida no CAPS, medicada e orientada a retornar após a gestação. Por sua vez, a assistente social da maternidade intercedeu para facilitar o acesso ao pré-natal que transcorreu sem intercorrências até o nascimento de Eveline, que nasceu de parto normal, com 3,200 kg, estado geral considerado bom, recebendo alta após 24 horas.

Durante a visita puerperal, verificamos a presença de vizinhos ajudando nos cuidados ao recém-nascido, aumentando e melhorando a rede de apoio da família. As consultas de puericultura da criança transcorriam dentro da normalidade até que Rosa interrompeu o uso das medicações, fazendo com que a equipe acionasse o NASF, buscando novamente o reestabelecer o equilíbrio da usuária.

A compreensão dessa problemática e seu caminho de resolutividade só foram possíveis a partir da assunção do quadro teórico acerca da vulnerabilidade, ao buscar compreender como indivíduos e grupos se expõem a dado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas: aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais, afetivos), que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobredeterminam

aqueles aspectos e, particularizado a partir destes últimos, o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas, programas, serviços, ações) interferem sobre a situação – chamadas, respectivamente, de dimensão individual, social e programática (MANN e COL, 1993; MANN e TARANTOLA, 1996; AYRES e COL, 2006; AYRES, 2009).

Soma-se ao quadro a aplicação de técnicas de abordagens familiar, capazes de permitir que a equipe pudesse visualizar de uma forma ampliada as questões que dificultavam a gestão do cuidado. Diante da complexidade do caso, eram necessárias mais do que as ações de assistência à saúde. A clínica ampliada, por sua vez, foi fundamental para definir o projeto terapêutico, utilizando-se algumas tecnologias que citamos a seguir, a fim de garantir que fosse realizado um cuidado não meramente instrumental, e sim um cuidado guiado também pelo acolhimento das dimensões existenciais, simbólicas, sociais e espirituais atuantes no processo de cuidados, que implica necessariamente no compartilhar entre todos os envolvidos com a questão: familiares e profissionais de saúde.

## **AS FERRAMENTAS UTILIZADAS**

### **a) O ciclo de vida**

A vida segue uma trajetória, e a família, concebida como um organismo vivo, desenvolve mecanismos para enfrentar desafios nesse percurso. Essa trajetória pode ser dividida em ciclos de vida, onde os membros da família desempenham seus papéis. A cada ciclo de vida vão ocorrendo mudanças, e, por conseguinte, os indivíduos passam a assumir novos papéis dentro dessa dinâmica familiar (CHAPADEIRO, ANDRADE, ARAÚJO, 2001).

Isso pode ser observado na família em tela, ou seja, a chegada de mais um membro para compor a família, porém dentro de um contexto social em desequilíbrio.

Chapadeiro, Andrade e Araújo (2001) definem os estágios dos ciclos da vida como:

- 1 - Jovens adultos solteiros saindo de casa
- 2 - A união no casamento: a nova família
- 3 - Família com filhos pequenos
- 4 - Famílias com filhos adolescentes
- 5 - Lançando os filhos e seguindo em frente
- 6 - Famílias no estágio tardio da vida

De acordo com a definição dos autores, o casal em questão encontra-se no ciclo de vida 3. Estes autores enfatizam que o nascimento de um filho pode fortalecer ou enfraquecer os vínculos do casal. Com o nascimento de um filho, a atenção do casal é redistribuída com a criança. Cabe à Equipe de Saúde identificar as dificuldades geradas e auxiliar para que essas transformações não interfiram de forma negativa no arranjo familiar. O nascimento de uma criança transforma os papéis dentro da família, mas avós, tios, entre outros membros, podem auxiliar durante esse processo. Esse não é o caso da família em estudo.

O processo de adoecimento mental da usuária, mesmo sob acompanhamento profissional especializado, não impede a ocorrência de surtos episódicos de descontrole emocional e confusão de pensamentos, o que pode suscitar sentimentos diversos: medo de cuidar da criança, evocação de afetos positivos e negativos, agressividade com a criança, etc. Nesse contexto de instabilidade, o pai expressa preocupação com a criança à medida que sua companheira não ins-

pira confiança para prover os cuidados necessários a ela. Em face da circunstância de confusão mental da companheira, o pai assume para si a tarefa de levar Eveline às consultas de puericultura. Há uma redefinição nos papéis tradicionais de cuidado quando o pai exerce sua paternidade e passa a ser o provedor de cuidados para com o filho e a mãe, sua esposa.

## **b) O Genograma Familiar e Ecomapa**

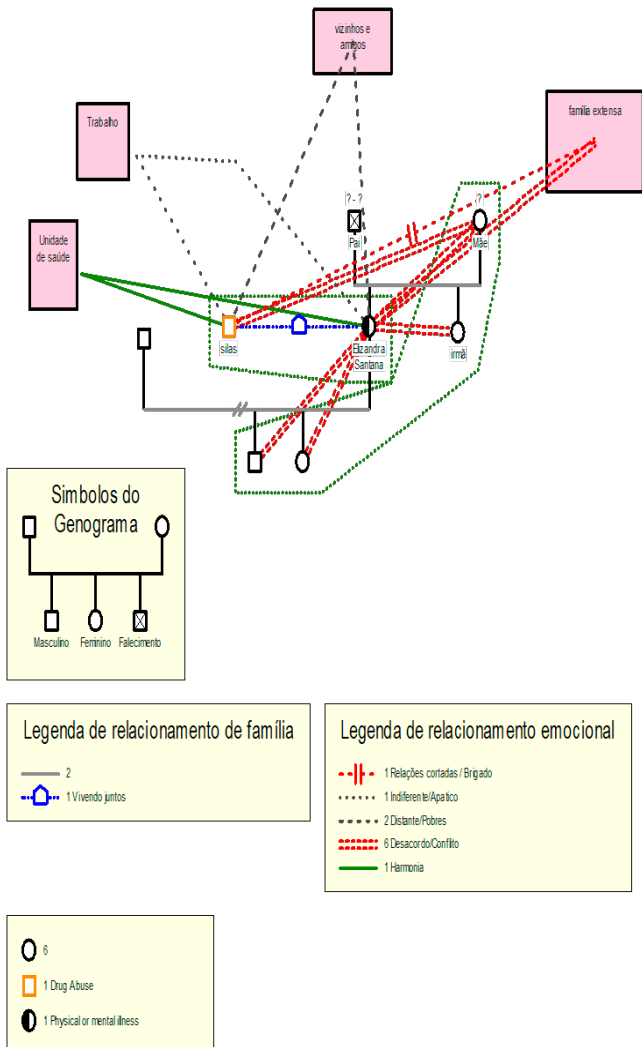
O genograma familiar é um dos mais importantes métodos de estudo de uma família. Constitui-se em uma ferramenta muito útil para o trabalho clínico diário.

Dentre os diversos modos de se representar um caso clínico, o instrumento genograma, por sua sutileza e praticidade, permite uma visão objetiva e lógica dos padrões de repetição de patologias e relações intrafamiliares, sendo muito útil em situações de doenças com traço familiar ou hereditário. Esse instrumento possibilita à equipe e à família uma visão mais nítida dos padrões de relação que se repetem de geração em geração (WAGNER; TALBOT; PAPALETTO; OLIVEIRA, 1999).

O Ecomapa é uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e a estruturas sociais do meio em que habita, elaborado por meio de um desenho, pode-se dizer: o seu "sistema ecológico". Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família (AGOSTINHO, 2007).

Segue a demonstração gráfica da investigação realizada na família com a utilização dessas ferramentas de abordagem familiar:

Figura 1: Investigação realizada na família.



Com o Ecomapa foi possível constatar que a família em estudo não apresentava uma relação de proximidade com os vizinhos, ou seja, com a comunidade onde estava inserida, visto o isolamento do casal da rede social em seu entorno. A unidade de saúde passou a ser a única referência para a família. Os outros membros da família do casal se eximiam de qualquer responsabilidade sobre o cuidado com o casal. Foi visto que o seu companheiro, inicialmente, exercia um papel dominante, dificultando o intercâmbio com sua família nuclear, mas aos poucos foi possível fazer com que ele assumisse a responsabilidade de cuidar de Rosa.

João estava desempregado e o casal sobrevivia com um salário mínimo referente ao benefício de Rosa. Porém, devido a dois empréstimos realizados, a renda do casal era de apenas R\$ 410,00, o que era considerado pouco para suas necessidades básicas, mas, uma dívida de R\$ 600,00 adquirida junto a agiotas, por vezes fazia Rosa dormir na rua com medo das ameaças sofridas com a cobrança da dívida.

Diante desse cenário foi preciso recorrer a outros setores sociais, além do setor saúde, para efetivar a promoção da saúde da família, exigindo um grande esforço por parte da equipe da USF para efetivar as demandas necessárias ao caso. Assim, efetivaram-se as devidas articulações com a Secretaria de Bem-Estar Social para realizar um cadastro da família, visando contemplá-la com os recursos disponibilizados por esta instituição.

### **c) A Clínica ampliada e a efetivação de vínculos**

Além da implantação do Programa de Saúde da Família, observam-se inúmeros avanços no campo da saúde públi-

ca brasileira. Entretanto, se por um lado, podemos apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, ampliando a universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários, fragilizando o trabalho em equipe e a capacidade dos profissionais para lidarem com as dimensões sociais e subjetivas presentes na prática do cuidado (BRASIL, 2004).

No intuito de garantir o direito constitucional à saúde digna para todos, com comprometimento e ética na saúde e em defesa da vida, o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (PNH), fundamentada em diretrizes específicas para a atenção básica que enfatizam o incentivo às práticas de promoção da saúde, de acolhimento e da inclusão do usuário no sistema na perspectiva de garantir o acesso e a resolubilidade, além da ampliação da clínica por meio do trabalho em equipe, visando gerar uma maior corresponsabilidade na atenção (BRASIL, 2004).

Na PNH, a clínica ampliada se constitui em ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. Propõe que o trabalho em saúde se ancore em três enfoques para “produzir saúde”: o biomédico, o social e o psicológico (BRASIL, 2009).

Desta forma, ampliar e compartilhar a clínica pressupõe construir processos de saúde nas relações entre serviços e comunidade de forma partilhada, participativa e negociada (BRASIL, 2009). Significa, ainda, considerar a responsabili-



de e autonomia de cada serviço e de cada profissional nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde no ato do cuidar, considerando a necessidade de compartilhamento com os usuários, dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente do seu plano terapêutico.

Dentro da proposta de cuidado integral, a clínica ampliada propõe alguns eixos fundamentais: a compreensão ampliada do processo saúde-doença de forma a considerar que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estas estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas, essa é a principal ampliação sugerida: a clínica do sujeito (CAMPOS & AMARAL, 2007). É preciso assumir o desafio de lidar com pessoas, com sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica, isto é, considerando as diversas dimensões encarnadas em sujeitos concretos.

Essa ampliação do “objeto de trabalho” com alteração do “objeto” e do “objetivo” do trabalho clínico exigirá mudanças, também, nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos, muitas vezes sugeridos através de metodologias de padronização de protocolos, fluxogramas, cadeias de cuidado e acreditação, com construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas onde o trabalho em equipe, o apoio matricial e uma rede social e de assistência à saúde de referência, estejam unidas para construção de um projeto terapêutico de qualidade (BRASIL, 2009).

Nesta direção, a clínica ampliada convida para a “atenção gerenciada” com ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas. A proposta de equipe de referência e apoio matricial contribui de maneira significativa para a mudança dessa cultura. Poder pensar seu

objeto de trabalho de maneira integral, em interação com seu meio, é uma das propostas e desafios aqui colocados (BRASIL, 2009).

No entanto, as metodologias de padronização de protocolos, fluxograma, cadeias de cuidado e acreditação tentam transportar para os serviços e sistemas de saúde a lógica da linha de produção. Reconhecem como inevitáveis a fragmentação do trabalho clínico decorrente da multiplicação de especialidades e de profissões de saúde, bem como da existência de inúmeros serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos, e sugerem sua integração mediante a constituição de documentos que descreveriam o percurso devido a cada doença ou problema de saúde e com um profissional responsável para cada etapa do processo. A transição de uma etapa a outra ocorreria mediante sistemas de regulação ou de referência e contra referência definidos em protocolos, cabendo ao paciente ou aos seus familiares providenciar o deslocamento e procedimentos administrativos necessários para alcançar a etapa ou estação de cuidado seguinte (CAMPOS & AMARAL, 2007).

Colocar em discussão a fragmentação dos processos de trabalho dentro dos diferentes serviços de saúde traz a tona o paradoxo que atualmente a Estratégia Saúde da Família enfrenta enquanto coordenadora do cuidado. A fragmentação dos processos de trabalho dentro da própria estratégia e fora dela produzem uma progressiva redução do objeto de trabalho por meio da excessiva especialização profissional. Diversos tipos de serviços encontram-se “soltos” na rede de assistência à saúde e não trabalham de forma coordenada, referenciada, contra referenciada, responsabilizadora e consequentemente não resolutiva.

A Clínica ampliada reconhece que, em um dado momento e em uma situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009).

Diante dessa perspectiva dos fatos, não há como propor humanização da gestão e da atenção sem um equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores e na relação destes com os usuários, faz-se necessário que os serviços de saúde, a organização dos processos de trabalho, bem como a formação dos profissionais de saúde estejam guiados para a singularização dos casos, no sentido de vislumbrar um cuidado cada vez menos fragmentado e mais integral, independente de políticas, propostas, estratégias e protocolos.

Para tal, entendemos que é preciso acatarmos a definição de Cuidado como nos ensina Ayres (2004, p.22): “Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde”.

#### **d) A Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado**

A coordenação entre níveis assistenciais nada mais é que a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção. Independentemente do local onde a ação de saúde for prestada, deve haver uma sincronização entre os serviços e ações à medida que estas devem ser voltadas para alcançar objetivos comuns (NUÑEZ; LOREZO; NAVERRETE, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada pelo vínculo com a comunidade local e a capacidade de articular-se, no contexto familiar e social da clientela adstrita. Deve favorecer para que as equipes de saúde da família possam coordenar o cuidado, ou seja, responsabilizar-se pelos sujeitos em sua integralidade, garantindo fluxos seguros na rede de atenção à saúde.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. São estratégias adotadas, recentemente, pelo Ministério da Saúde após várias tentativas de regionalização mediadas por Normas Operacionais e Pactos, para alcançar o princípio constitucional de garantir a integralidade na atenção no SUS. Tais redes são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações, sejam elas tecnológicas ou assistenciais. Elas devem ter base territorial definida, devendo estar disponíveis o mais próximo possível da comunidade que dela necessita.

As RAS surgem como aporte necessário para concretizar a clínica ampliada visto que, para que ela se concretize, faz-se necessário suprir algumas mazelas do Sistema Único de Saúde, ainda fragmentado, no que diz respeito à articulação das ações e serviços de saúde. Para Mendes (2011, p. 50),

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e in-

comunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adstrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RAS's, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida.

A coordenação dos cuidados diz respeito à capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (STARFIELD, 2002).

Na concepção de RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar de uma função coordenadora dessas redes se não ocorrer nesse nível, micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias (MENDES, 2011).

É sabido que a inclusão da rede afetiva e social dos usuários durante o seu trajeto nos estabelecimentos de saúde, além de direito de cidadania, garantido por lei, é uma forte estratégia para ampliação da corresponsabilização destes, no processo do cuidado. É imprescindível a defesa dos interesses dos usuários nas organizações de saúde, cuja dinâmica de funcionamento, quando não acompanhada crítica e coletivamente, tende a dar vazão a processos e atitudes perversas que atentam contra a dignidade humana.

“A integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um” (AYRES, 2009, p. 14). Para esse autor, temos no plano do saber, por meio do quadro conceitual da vulnerabilidade, um guia para que ações em saúde não caiam na lógica estatística e impessoal. No universo da técnica, o cuidado enquanto uma categoria que poderá reconstruir práticas possibilita que relações outrora fragmentadas e pobres possam se recompor em um patamar que potencializa encontros reais, com escuta qualificada, e união entre técnica e sabedoria prática. Por sua vez, a humanização seria o caminho para produzir um saber-fazer ético e de fato comprometido, onde as escolhas diante da saúde e da doença possam ser compartilhadas e amparadas.

## **ALGUNS RESULTADOS A SEREM CONSIDERADOS NO CUIDADO À FAMÍLIA**

Com base nestas referências relativas ao cuidado integral e o lugar da Atenção Primária em Saúde na gestão deste cuidado, entende-se que na experiência relatada foi possível obter os seguintes resultados que merecem atenção, a saber:

1. Adesão da família ao pré-natal;
2. Efetivação de vínculos da família com a equipe da ESF;
3. Otimização do manejo do tratamento do transtorno mental de Rosa;
4. Desenvolvimento da Puericultura com a criança;
5. Envolvimento do pai no cuidado da criança;
6. Envolvimento do companheiro no cuidado com a companheira;
7. Identificação da família de Rosa e responsabilização no cuidado;
8. Cadastramento da família em Programa Social;
9. Responsabilização da equipe pela família em foco.

Apesar dos avanços concretos obtidos no decorrer dessa experiência de gestão do cuidado, não se pode deixar de mencionar algumas dificuldades encontradas: resistência ao novo modelo de atenção e gestão do cuidado, por parte de alguns trabalhadores e gerentes; existência de conflitos interpessoais em alguns momentos; fragilidade no compromisso e responsabilização por vezes, além da pouca participação social no cotidiano da ESF. Essa é uma demanda que exige muito esforço e apoio por parte de profissionais, gerentes e gestores para que se obtenham resultados satisfatórios. Superar as barreiras para que seja garantida a participação de todos é uma tarefa complexa e que necessita de apoio daqueles que constroem e apoiam tais iniciativas.

Pode-se dizer que um desdobramento mais relevante do caso em questão foi o envolvimento do pai no desenvolvimento do cuidado com a filha. Hirata (2010) aponta que o

trabalho doméstico não remunerado e de cuidados é tido por muitos como aquele realizado por mulheres para expressar o seu amor pelo marido e filhos. No entanto, não é a forma que homens, naturalmente, se utilizam para expressar a seu amor pelos familiares. A divisão sexual do trabalho coloca as mulheres como responsáveis pelo trabalho reprodutivo em sua maior proporção. Diante disto, é interessante perceber que João vai ao longo do período em que é acompanhado pela equipe de saúde da família, responsabilizando-se pelo cuidado com a filha de uma forma, infelizmente, incomum na localidade. Pela dificuldade de estabilidade emocional apresentada pela mãe, ele assume a tarefa de levar a filha às consultas de puericultura com a enfermagem.

A adesão da mãe ao pré-natal e assunção do pai dos cuidados com a filha, e também com a mãe, foram potencializadas pela qualidade do vínculo que foi possível acontecer entre os profissionais e a família. Nessa situação em questão, o pai foi convidado e seduzido a participar junto com a equipe de soluções para eles. Era necessário chegar-se ao êxito técnico da eficácia no pré-natal e nos cuidados de mãe e filha, mas foi preciso sabedoria prática para aproximar o pai, ouvi-lo em suas questões para que o acolhimento de fato acontecesse e pudessem ser compartilhadas as dores e possibilidades de soluções para essa família, sem julgamentos a priori. O pai não facilitava o convívio com a família de origem, mas ao não ser julgado e sim convidado a participar dos projetos de cuidado de sua família, sendo ouvido e respeitado em suas necessidades, ele o fez com presteza.



Ayres (2009, p. 20) nos ensina que:

É preciso, se queremos nos responsabilizar mutuamente pelo cuidado, substituir o mito da competência técnica absoluta, pela ideia mais concreta e situada da sabedoria. A sabedoria no cuidar não prescinde da competência técnica, ao contrário, beneficia-se profundamente dela. Mas a competência técnica não garante, por si só, a sabedoria. A sabedoria não está em posse de ninguém em particular, por mais competência que detenha. Ela está guardada em encontros sábios, em encontros que propiciam o diálogo mais autêntico entre dois sujeitos e, portanto, as escolhas mais adequadas sobre o que saber e o que fazer em cada situação de cuidado.

O referido autor nos convoca a pensarmos o vínculo como a construção de oportunidades de encontros menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamentos. Condição imprescindível para a atenção e gestão de um cuidado humanizado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da experiência em foco, não há dúvidas de que processos de trabalho que têm como via a produção do cuidado humanizado em saúde concorrem para a oferta de projetos terapêuticos singulares em que o trabalho vivo

emerge, dando suporte para um planejamento que considera as singularidades e necessidades dos sujeitos sociais, e considera o ser humano como centro das ações e dos serviços de saúde.

Produzir mudanças no processo de trabalho em saúde significa dialogar com práticas e concepções vigentes, problematizá-las, confrontar saberes estabelecidos com a realidade, desestabilizar convicções – através de rupturas epistemológicas –, construir uma nova forma de aproximação e de formulação de saberes e de comunicação com os saberes produzidos, visando construir novos pactos de organização do sistema, de convivência, de rearranjos e de práticas que aproximem a ESF/SUS da atenção integral, da qualidade e da produção do cuidado.

Transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e corresponsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde. Por isso, falamos da “humanização” do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas (BARROS; BARROS, 2007).

Deflagrar e dar suporte para garantir a “gestão do cuidado em saúde” não é uma tarefa fácil, uma vez que tendências contrárias às ideias de integralidade, de corresponsabi-

lização e de interdisciplinaridade persistem como pontos de resistência frente às inovações em saúde. Nesse sentido, um dos desafios é criar estratégias que fomentem o compromisso e a corresponsabilização dos profissionais ainda não envolvidos no processo de produção do cuidado. O incremento da Educação Permanente em Saúde dentro da ESF apresenta-se como uma estratégia essencial, se constituindo também como estratégia indispensável para a construção do SUS que queremos. Nessa direção, o MPSF apresenta-se como uma estratégia eficaz para a instrumentalização dos profissionais, sendo capaz de deflagrar reflexões e mudanças a partir das práticas cotidianas no contexto da estratégia Saúde da Família.

*“Dar a mão a alguém sempre foi o que esperei da alegria.”*

Clarice Lispector

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. **Ecomapa**. Dossier Família. 2007. Disponível em: <<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001155345624718.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2013.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ESCOREL, S. Desafios à coordenação do cuidado em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010.

AYRES, J. R. C. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-91, fev. 2004.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (orgs.). **Trata-**

**do de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 375-418.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.) **Trabalhador da saúde, muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. São Paulo: Catavento, 2007, p. 63-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.64 p. (série B. textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde: 2004. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04\\_0923\\_FL.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_0923_FL.pdf)

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007.

CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: Como Não fazermos “mais fazer MESMO”. **Soc Saúde**, São Paulo, v.21, n. 2, junho de 2012.

CHIESA, A., NASCIMENTO, D., BRACCIALLI, L., OLIVEIRA, M. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, América do Norte, 2007.

HARTZ ZM; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção

e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saúde Pública**, 2004; 20 Supp I2:S331-6.

HIRATA, H. S. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. **Revista Tecnologia e Sociedade** – 2.ed., 2010. Disponível em: [http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/revistatecnologiaesociedade/rev11/R11\\_A1\\_novas.pdf](http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/revistatecnologiaesociedade/rev11/R11_A1_novas.pdf). Acesso em: 30 set 2013.

MANN, J.; TARANTOLA, D. (eds.). **AIDS in the world II**. Nova York: Oxford University Press, 1996.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. (orgs.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/IMS/UERJ, 1993.

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

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (RENASF). Projeto Político Pedagógico do Curso. Ceará, Maranhão, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro, 2011.

MORAIS, A. *et. al.* Mestrado Profissional em Saúde da Família. **Caderno do Aluno**. Ceará, Maranhão, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro, 2012

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Editora Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2004.

NÚÑEZ RT, LORENZO IV, VÁZQUES NAVARRETE ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit**. 2006; 20(6): 485-95.

PITOMBEIRA, HS, TELES L, PAIVA JP, ROLIM M, FREITAS L, DAMASCENO A.C. Prenatal care in the family health strategy. **J Nurs UFPE** online. 2010 Set 27;4(2):615.

SANTOS, J. **Educação profissional e práticas de avaliação**. São Paulo: Editora Senae, 2010.

SANTOS, G, HORTALE, VA, AROUCA, R. **Mestrado Profissional em Saúde Pública**: caminhos e identidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609)>. Acesso em: 23 de agosto de 2013.

WAGNER, H. L.; TALBOT, Y.; PAPAEO, A. B. P.; OLIVEIRA, E.; Ferramenta de descrição da família e dos seus padrões de relacionamento: genograma, uso em saúde da família. **Rev. méd. Paraná**; 57(1/2):28-33, jan.-dez. 1999.

# **A VIDA EM NOVE LUAS: UMA EXPERIÊNCIA EDUCATIVA COM GESTANTES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ricardo Henrique Vieira de Melo  
Magna Celi Pereira Felipe  
Márcia Lélis Rocha Corrêa  
Rosana Lúcia Alves de Vilar  
Geórgia Sibebe Nogueira da Silva  
Maisa Paulino Rodrigues  
Ana Karenina Arraes Amorim

## **RESUMO**

Este relato descreve e discute uma experiência de integração entre ensino, serviço e comunidade, denominada *A Vida em Nove Luas*, desenvolvida durante as atividades pedagógicas do Módulo de Promoção da Saúde, do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste (PPGMPSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Trata-se de um curso multiprofissional e interdisciplinar realizado durante nove encontros (luas) temáticos, direcionado às gestantes adstritas a uma Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Natal (RN). O objetivo geral da prática foi promover reflexões acerca do cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal, de forma democrática e participativa. Seus objetivos específicos foram: constituir grupos de gestantes na perspectiva de interação entre as usuárias, integrar equipes de saúde e discentes; realizar ações de educação de modo participativo

através de rodas de conversa; possibilitar o compartilhando de saberes; fomentar a autonomia para a escolha consciente do método contraceptivo; formar multiplicadores de saúde para troca de experiências e suporte terapêutico; fortalecer os laços de solidariedade locais. Os critérios de inclusão das usuárias foram: ser mulher, estar grávida, residir na área de abrangência do campo da prática e desejar participar, espontaneamente, dos eventos. Nos encontros foram debatidos temas diversos relacionados à saúde feminina antes, durante e após o ciclo gestacional. Ao final das nove luas (encontros) foram programadas visitas em grupo às maternidades da região, para fortalecer a vinculação com o provável local do parto. As interações produziram um diálogo de saberes entre pessoas e instituições, reflexões sobre as práticas, criação de vínculos e de ações em busca de uma atenção integral capaz de valorizar as sabedorias práticas no cotidiano de cada participante. A sinergia entre a escuta e a construção coletiva contribuiu para o compartilhamento de responsabilidades sobre o cuidado nesta fase da vida.

**Palavras-Chave:** Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde da Mulher. Atenção Básica.

## INTRODUÇÃO

As ações de atenção à população feminina do Brasil até os anos setenta eram desenvolvidas através do pré-natal e puericultura, que consideravam o papel da mulher como mãe responsável pela geração e criação de filhos e norteavam a ampla agenda de saúde da mulher sob a égide higienista.

O primeiro programa de atenção materno-infantil e o programa de prevenção de gravidez de alto risco, do Ministério da Saúde, surgidos respectivamente em 1974 e 1978,



foram fortemente criticados nos anos oitenta pelo movimento feminista devido à verticalização, falta de integração com outros programas vigentes e abordagem reducionista acerca da saúde da feminina.

O debate da reforma sanitária neste período já ganhava corpo, e discussões sobre o direito da escolha autônoma a respeito do número de filhos desejados sem vinculação às metas demográficas e temas relacionados às desigualdades sociais, a jornada de trabalho e aos direitos sexuais entravam na pauta em defesa da mulher como cidadã.

A conseqüente articulação entre o movimento feminista e o movimento sanitarista no começo dos anos oitenta, pactuada no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde em 1984, fez deste um marco referencial ao incluir as necessidades gerais de saúde da mulher. As discussões vindouras ampliavam o horizonte pela contemplação de uma abordagem que fortalecia a identidade da mulher como sujeito, considerando suas dimensões psíquicas, sociais e biológicas.

No ano de 2004, em novo momento da gestão institucional, a área técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Proposta que, conforme Monteiro (2005), buscou retomar o PAISM, adequando-o às necessidades que se tornaram visíveis na ocasião contextual do Sistema Único de Saúde.

Além da simples especificidade reprodutiva, os serviços de saúde passaram a incorporar reflexões sobre a opressão, a ausência de direitos, a negação da palavra vivida pelas mulheres em decorrência das desigualdades existentes nas suas relações sociais.

O processo de municipalização e a Estratégia Saúde da Família trouxeram um grande impacto na organização das ações e serviços de saúde da mulher. Garantiram um maior acesso às ações básicas de atenção no pré-natal, puerpério, planejamento familiar e prevenção de câncer de colo uterino e de mama. Reavaliaram processos de trabalho em saúde que resultaram em uma melhor organização dos territórios distritais e locais para um sistema de saúde mais funcional e resolutivo.

Como muito bem ressalta Goulart (2007), em estudo sobre a recente história da atenção básica no Brasil, a Estratégia Saúde da Família representou um verdadeiro amálgama das ações de saúde coletiva no país, de caráter inédito historicamente, rompendo com velhas barreiras técnicas, ideológicas e institucionais, criando espaços para práticas potencialmente mal unificadas.

Entretanto, alguns problemas históricos ainda persistiram decorrentes da fragmentação do modelo de atenção, da cristalização de algumas práticas que priorizavam o âmbito curativo e a tênue humanescência da atenção, tais como: a medicalização do corpo feminino; a alta incidência de parto cirúrgico; o isolamento da gestante de seus familiares; a falta de privacidade e respeito a sua autonomia; a baixa participação dos homens no planejamento familiar; a predominância da laqueadura tubária e da pílula frente a pouca expressividade dos outros métodos anticoncepcionais, entre outros.

A partir desta problemática, as duas equipes integrantes da Unidade de Saúde da Família de Cidade Praia, situada na periferia do município de Natal, têm desenvolvido esta experiência com êxito na perspectiva de incorporar uma

concepção mais ampla do processo saúde e doença e de seus determinantes na produção do cuidado, contemplando ações de promoção da saúde que, de acordo com Gutierrez (1997) são atividades, processos e recursos orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos facilitadores do cuidado da saúde.

Esta experiência foi potencializada por estudantes do Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, durante atividade acadêmica desenvolvida no referido Curso (RENASF, 2013).

Buss (2003), analisando o conceito de promoção da saúde, destaca que este vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos anos, traduzindo um sentido ampliado relacionado às condições de vida e ao enfrentamento dos macro-determinantes do processo saúde e doença na perspectiva de transformá-lo favoravelmente na direção da saúde.

A experiência aqui relatada incorporou um enfoque educativo e vem sendo desenvolvida com grupos de gestantes cadastradas e acompanhadas pela unidade de saúde, no formato de vários cursos denominados *A Vida em Nove Luas*, estimulando uma mediação cultural capaz de promover formas distintas e mais humanizadas de atenção à saúde e aprimorando o protagonismo e autonomia dos participantes no processo de produção de sua própria saúde.

A escolha do nome do curso foi pertinente, por se tratar de uma vida que estava sendo gerada e desenvolvida dentro de outra em nove meses de gestação, em referência às mulheres indígenas de comunidades primitivas que contavam a gravidez pelo número de luas cheias.

O presente relato tem por objetivo divulgar a vivência desta prática educativa de forma a contribuir e cooperar, através da reprodução social, com a tessitura de uma melhor atenção à saúde da mulher no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando a formação do grupo de gestantes na perspectiva de integração entre as usuárias, umas com as outras e com a equipe de saúde; facilitando o acesso ao cuidado; buscando a integralidade de forma multidisciplinar ao potencializar as ações oferecidas; promovendo atividades de educação participativa através de rodas de conversa; compartilhando saberes ao estimular a capacidade de reflexão acerca das questões gerais da vida cotidiana da gestante; contribuindo para o exercício da autonomia na escolha consciente, livre e informada de um método contraceptivo; formando multiplicadores de saúde, para troca de experiências, apoio e suporte em novos cursos.

## **AS LUAS GIRANDO AS RODAS**

As informações contidas neste relato foram coletadas através da observação participante e registro de um diário de campo que captaram os fatos, os comportamentos e os contextos das discussões, durante o desenvolvimento da prática na comunidade, pertencente a uma das atividades acadêmicas do MPSF/RENASF, conforme sinalizado anteriormente. Intervenção e pesquisa andaram juntas nessa experiência.

Minayo (1999) afirma que a técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. A importância dessa técnica reside no fato de ser possível captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo da vida real.

O diário de campo era elaborado após cada encontro, para não prejudicar as discussões que ocorriam durante a intervenção e não haver prejuízos de registros relativos a esquecimento dos responsáveis. As luas foram mediadas por dois profissionais, num total de nove eventos quinzenais para cada curso, totalizando quarenta e cinco encontros em cinco cursos ocorridos entre janeiro de 2005 a dezembro de 2007.

Além dos membros da equipe da própria unidade de saúde, que são: médicos, enfermeiras, dentistas, auxiliares de consultório dentário, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, também participaram, em alguns eventos, profissionais convidados, tais como: nutricionistas, psicólogos, gerências distritais e representantes de entidades locais parceiras, entre elas a pastoral da criança do Conjunto Cidade Praia, Igrejas Católicas, Evangélicas e dos Mórmons, Conselho Tutelar da Criança, Conselho Comunitário do bairro, para fins de contribuição com suas experiências em temas específicos, enriquecendo os debates.

Cada grupo era composto por cerca de trinta gestantes nas mais variadas fases de gestação, o que contribuiu positivamente para a troca de vivências devido à diversidade de

situações presentes. A condição para entrar no grupo era ser mulher, estar grávida, morar na área de abrangência da unidade de saúde e desejar espontaneamente participar do curso.

A captação foi feita através de cadastro do acompanhamento pré-natal e busca feita pelos agentes comunitários de saúde nos casos onde a atenção pré-natal era feita fora da unidade através de planos de saúde, particular. Também ocorreu a divulgação boca a boca a partir das próprias gestantes.

Os assuntos abordados nos encontros se referiram a temas relacionados à mulher antes, durante e após o ciclo gestacional, os quais foram inicialmente sugeridos pelos organizadores e, posteriormente, modificados de acordo com as necessidades demandadas pelos participantes. O método pedagógico predominante dos encontros foi a Roda de Conversa.

Nas rodas, segundo Felipe *et al.* (2006), através da conversação se problematizava a realidade para que a conscientização ocorresse. Uma aprendizagem significativa, o que exigiu que fosse vista como a compreensão de significados, relacionando-se às experiências anteriores e vivências pessoais dos aprendizes, permitindo a formulação de problemas desafiantes que incentivaram o aprender mais, o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos, objetos, acontecimentos, noções e conceitos, desencadeando modificações de comportamentos e contribuindo para a utilização do que é aprendido em diferentes situações.

Para Barreira (2007), é preciso levar em conta que uma aprendizagem significativa não se relaciona apenas a aspectos cognitivos dos sujeitos envolvidos no processo, mas está também intimamente relacionada com suas referências pessoais, sociais e afetivas. Assim, afeto e cognição, razão e emo-

ção se compõem em uma perfeita interação para atualizar e reforçar, romper e ajustar, desejar ou repelir novas relações, novos significados na rede de conceitos de quem aprende.

Por esse motivo, a aprendizagem não ocorreu da mesma forma e no mesmo momento para todos; interferiram nesse processo as diferenças individuais, o perfil de cada um, as diversas maneiras que as pessoas têm para aprender. Neste sentido, a roda de conversa foi um método que muito se adequou aos objetivos propostos pela ação educativa.

Campos (2003) destaca que a gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o sujeito e os padrões dominantes de subjetividade e têm potencial pedagógico e terapêutico, seja para criar dependência e impotência, seja para coproduzir autonomia.

Vale salientar que também foram utilizados como apoio didático exposições de vídeos, exposições dialogadas, dinâmicas de grupo, gincanas e visitas às maternidades da rede municipal de saúde para acompanhamento de um parto humanizado, bem como o aprazamento de uma visita da gestante à maternidade onde seria realizado o seu parto gerando uma vinculação hospitalar.

Os passos desenvolvidos (as luas) seguiram uma lógica sequencial e articulada. Na primeira lua foi discutido o contrato de convivência e os mediadores estimularam um debate acerca do papel da mulher na sociedade, facilitando a percepção das questões de gênero e temas diversos que afluíam na discussão.

Na segunda lua, as participantes desenharam o corpo de um homem e de uma mulher, detalhando os órgãos reprodutores. Em sequência foram detalhadas as diferenças e

semelhanças entre os sexos opostos. Foram utilizados como apoio didático os manequins denominados “Gerson” e “Gertrudes”, que representavam respectivamente os corpos de um homem e de uma mulher, desmontados, e que despertaram para um aprendizado alegre e lúdico sobre o interior do corpo humano.

Na terceira lua, o grupo tentava descobrir quais as transformações que ocorriam no corpo da mulher durante cada trimestre da gravidez. Foram apreendidas as representações do grupo acerca das alterações fisiológicas do corpo da futura mãe. Por sua vez, foi feita uma exposição dialogada sobre as diversas fases da gravidez, para fechamento da discussão.

A quarta lua conduziu o grupo, com base nas discussões anteriores, a discutir a importância do acompanhamento pré-natal e do aleitamento materno, com ênfase na importância da realização dos exames necessários, vacinas adequadas e amamentação correta.

Na quinta e na sexta lua, o grupo teve a oportunidade de refletir acerca das necessidades nutricionais durante a gestação e sobre o papel do acompanhamento pré-natal odontológico como alicerce para a manutenção da saúde bucal no núcleo familiar, afastando mitos e compreendendo melhor as mudanças da cavidade oral neste ciclo de vida.

Na sétima lua, a abordagem foi dirigida às emoções que afloram na gestação enquanto que na oitava lua estavam relacionados na pauta os tipos de parto, os sinais e sintomas que o antecedem e os cuidados necessários com os recém-nascidos.

Finalmente, na nona lua foi feita uma discussão acerca dos cuidados com o resguardo da mulher parida e apresen-



tação dos principais métodos de planejamento familiar.

## **RESULTADOS**

Os resultados alcançados não podem ser quantificados, pois sua dimensão se remete a um teor qualitativo expressado através de uma pluralidade de pequenas mudanças em situações reais que comprovam os efeitos positivos da experiência.

O contato frequente entre os profissionais das duas equipes de saúde e os usuários participantes da experiência abriu espaço para a construção de intersubjetividades, em uma relação mediada pela sabedoria prática, buscando um sentido cotidiano e concreto para todos os sujeitos que vivenciaram os eventos através de um diálogo predominantemente simétrico em espaços de escuta, reflexão e construção interdisciplinar adequando à gerência do cuidado e o vínculo em uma perspectiva mais longitudinal.

A sabedoria prática é um tipo de sabedoria diferente daquela produzida pelas ciências. Trata-se de uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais (AYRES, JRCM, 2004), mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo (GADAMER, 2002).

O processo educativo, por sua vez, funcionou como a extensão de um acompanhamento pré-natal de qualidade, ampliando a clínica na atenção básica, destacando-se a empatia e a socialização entre os participantes, despertando o desejo para o repasse de sua experiência positiva ou negativa, jamais neutra, para outras pessoas da comunidade, portanto, constituindo sujeitos.

Para Cunha (2005), a clínica ampliada é justamente a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do sujeito e não apenas o biológico possam ser compreendidos e considerados pelos profissionais de saúde.

A metodologia da problematização, adotada nas rodas de conversa e dinâmicas de grupo, representou uma maneira compartilhada e interessante para abordagem dos conteúdos de uma forma centrada na vivência de cada um, respeitando e valorizando seus costumes e crenças. A gestante usava a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se preparava para transformá-la.

Todas as participantes valorizaram a oportunidade de aprendizagem significativa vivenciada em conjunto com os profissionais da unidade, de maneira humanizada, contribuindo para o reforço do vínculo e responsabilização entre todos.

Esta experiência foi importante e decisiva para o reconhecimento de agentes externos no que se refere ao êxito da atuação das equipes em algumas áreas específicas. As equipes receberam um certificado de acreditação no planejamento familiar, segundo os parâmetros internacionais de qualidade da atenção da Federação Internacional de Planejamento Familiar.

Para concorrer a este selo de qualidade, a unidade de saúde foi classificada e avaliada segundo critérios internacionais, entre os quais a defesa dos direitos dos usuários, as necessidades dos profissionais, uma estrutura física aceitável, a organização do processo de trabalho para o planejamento familiar, a distribuição regular de métodos contra-

ceptivos inclusive os emergenciais e a aplicação de projetos educacionais fundamentados no diálogo horizontal entre os profissionais e a comunidade. Neste item, a experiência em relato teve um peso importante juntamente com outra prática de sucesso desenvolvida na unidade, a roda de conversa.

Além de complementar a atenção ao pré-natal, a experiência reforçou e se integrou na dinâmica do dia a dia a outras ações e atividades desenvolvidas na unidade de saúde. Pela vinculação mais forte, tornou a visita puerperal mais necessária e indispensável, inclusive de forma integrada entre a enfermagem, a medicina e a odontologia; funcionou bem como arena de treinamento em serviço para agentes comunitários e demais profissionais de saúde, calibrando condutas e abordagens quanto à vacinação, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, etc. Incrementou a atenção ao pré-natal odontológico também numa triangulação entre medicina, enfermagem e odontologia, contribuindo para a construção de um alicerce para a manutenção da saúde bucal no núcleo familiar, encorajando o autocuidado e a responsabilização dos pais ou cuidadores pela saúde bucal de seus filhos.

Os cursos desenvolvidos ao longo dos últimos três anos contribuíram para a inserção gradual, algumas vezes com base em habilidades de persuasão, dos maridos e companheiros e das mães das gestantes. Além disso, a programação do curso teve uma composição adequada para a formação de agentes multiplicadores em saúde e aplicabilidade de “exportação” para outras arenas além desta unidade, principalmente outras equipes de saúde da família, serviços de referência e contra-referência, casas de parto, maternidades.

Os hospitais e maternidades comumente visitados foram aqueles que receberam o prêmio Galba de Araújo, outorgado pelo Ministério da Saúde em virtude do incentivo à promoção do parto humanizado. O contato prévio com a maternidade na qual seria realizado o parto contribuiu para evitar a desagradável experiência de peregrinação porta a porta nos eventos finais da gravidez até a parturição.

Algumas gestantes tiveram a oportunidade de acompanhar o nascimento de bebês, inclusive interagindo com a parturiente e com a equipe de referência, enriquecendo o aprendizado. Uma consequência natural foi a estimulação da participação de mulheres voluntárias na comunidade, articuladas em um grupo denominado Amigas do Peito que, semelhante às Doulas, que são mulheres da comunidade que servem e apoiam outras mulheres da própria comunidade, davam suporte às gestantes e puérperas, quando da presença de dificuldades como o medo do porvir, anseios e pequenas intercorrências, acolhendo principalmente nos finais de semana e durante o período noturno, quando a unidade de saúde estava fechada.

Foi ainda constatado que a experiência contribuiu para estimular direta ou indiretamente as diversas atividades que permeavam a atenção básica, entre as quais: maior reforço à promoção do aleitamento materno; prevenção e diminuição da ocorrência de gravidez não desejada; diminuição do número de abortos provocados; reforço na importância da consulta puerperal precoce; captação mais precoce para o planejamento familiar e atenção odontológica ao bebê; maior controle sobre as patologias mais prevalentes no ciclo do parto e puerpério; maior demanda para prevenção do

câncer de colo de útero e de mama; cobertura de 100% para o teste de triagem neonatal etc.

Ficou evidente que esta prática, ao promover encontros coletivos, contribuiu para a tentativa de superação da racionalidade subordinada ao modelo biomédico, figurando uma forma inovadora de transferência do eixo da cura para o cuidado, percebendo melhor as demandas de sofrimento das participantes e desenvolvendo melhor a sensibilidade e a intuição própria e do outro.

Segundo Lacerda e Valla (2006):

É preciso levar em consideração que existe um processo de adoecimento e sofrimento que não se restringe à dimensão física dos sujeitos, e que não pode destruir seus projetos de vida e sua relação com o mundo. Nessa compreensão ampliada e por meio de um trabalho integrado em rede, os profissionais de saúde atuam como cuidadores e podem ajudar os sujeitos a re-elaborar e re-significar as experiências que causaram dor ou sofrimento, a ter maior controle das situações e a encontrar um sentido e coerência de vida. (LACERDA; VALLA, 2006, p.100).

O desenvolvimento da experiência também estimulou a formação de laços de solidariedade e de sociabilidade locais, pela valorização das relações mútuas de confiança para além da metragem limitada do consultório, aproveitando oportunamente a transversalidade da dimensão pedagógi-

ca que os serviços de saúde possuem para melhorar a qualidade de vida e fortalecer a cidadania ao incentivar a autonomia e responsabilização dos participantes pelo seu próprio estado de saúde.

Fontes (2004) afirma que experiências com natureza semelhante a esta podem ser consideradas como espaços de redes sociais, de convivibilidade e do aprendizado do viver em sociedade. Recorta e introduz novos conhecimentos, entrecruza espaços institucionais, desenhando trajetórias de sociabilidade particulares.

Temos a ilustração forte da construção de vínculos. No dizer de Ayres:

A ideia de vínculo remete a algumas práticas e atitudes fundamentais para a realização do cuidar: abrir mais espaço para os usuários como verdadeiros sujeitos, e não como objetos de intervenção; mais contidência e continuidade no serviço às diferentes demandas de indivíduos e comunidades; promover um efetivo envolvimento de profissionais e usuários ou comunidades com os processos de cuidado (AYRES, 2009, p.19).

O respeito à identidade cultural de cada um foi fundamental para despertar e aprimorar potencialidades pessoais para uma melhor capacidade de visibilidade e enfrentamento de situações adversas da vida, ricamente relatadas e confienciadas pelas gestantes.

Os resultados alcançados visualizados, tanto pela satisfação da equipe em vivenciar o processo, como pela forma interativa das gestantes expressada no prazer em participar da experiência e no reconhecimento da importância da aprendizagem para seu cotidiano, fortaleceram a certeza de que caminhos trilhados com participação dos sujeitos envolvidos têm de fato um potencial de transformação.

## **LIÇÕES APRENDIDAS**

Foram muitas as lições aprendidas, tanto com os resultados positivos como com as dificuldades surgidas no percurso referentes na sua maioria a problemas de ordem da infraestrutura do serviço de saúde.

Muitas participantes desejaram e avaliaram que uma adesão mais efetiva dos companheiros nas discussões seria de importância fundamental para melhor compreensão desta fase na vida familiar, com ressonância positiva na vida do casal. Não foi possível contar com a presença de muitos companheiros nas reuniões.

Ao incorporar a perspectiva de gênero em saúde foi possível constatar as limitações das ações parciais decorrentes da visão fragmentada do ser humano. Por consequência, ocorreu muitas vezes o afastamento do olhar restrito ao risco epidemiológico, todavia procurou-se enxergar os fenômenos e as condições de vulnerabilidade, conferindo um maior alcance, integralidade e contextualização.

A integralidade que incorpora vários sentidos relacionados às práticas dos profissionais e a organização do serviço, conforme discute Mattos (2001), foi vista como resultado de

uma atitude ética e técnica dos profissionais de saúde e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde em seu todo, onde a hierarquização das prioridades passou a ser feita considerando a mulher grávida e seu patrimônio cultural, seus espaços sociais na casa, na família e no trabalho, procurando adequar o vínculo e a gerência do cuidado a uma perspectiva mais longitudinal de atenção e vigilância à saúde.

O ambiente micro-político do encontro em espaços coletivos através de grupos de acompanhamento permitiu a interação dialética, facilitando a promoção da saúde individual e coletiva, onde a dinâmica contínua do acolhimento e da convivência integrou conhecimentos, saberes, energias, criações, construções, desconstruções, sentimentos e sentidos capazes de trabalhar as questões sociais limitantes para transformá-las em possibilidades e coproduções.

Campos (2000) esclarece que o significado e a coprodução se reportam ao constituir-se e ao desconstituir-se das coisas, ou seja, a constituição de sujeitos, de necessidades sociais e de valores ocorrem por meio de processos de interprodução.

No grupo, o momento educativo em saúde se constituiu na própria mediação das interações humanas, fundamentado pelas crenças, valores e práticas, inclusive as participações políticas, aprendidas e ensinadas de várias maneiras através das histórias de vida que trazidas à baila nas discussões, guiavam as ações no cotidiano do processo de viver.

As práticas educativas em saúde foram utilizadas como forma de fortalecer o conhecimento do usuário, através da oferta de espaços de escuta e reflexão, fazendo com que fosse estimulada a consciência crítica de si e de sua autenticidade, para que ocorresse a problematização e enfrentamento



das adversidades do cotidiano, fazendo fluir alternativas de solução a partir da própria vicissitude usual.

A reflexão crítica sobre as coisas e sobre a práxis envolveu o movimento dinâmico entre o fazer e o pensar. Pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem, é possível melhorar práticas futuras sem perder de vista a perspectiva transformadora da realidade na qual se vive ou se quer viver. Isso somente poderá ser feito se o agente da mudança assumir-se como ser social e histórico, como ser crítico, pensante, comunicante, idealizador e realizador de sonhos.

O autor Boaventura dos Santos (2007) discute várias teses entre as quais a sociologia das emergências, que credita ao presente as potencialidades futuras de mudanças, a partir da valorização de experiências que possam contribuir de alguma maneira para emancipação social.

Mesmo entendendo que a referida experiência tem limites, podemos observar que a participação da gestante no grupo fomentou a possibilidade dela ser multiplicadora de saúde em seu coletivo. As interações geradas entre as próprias participantes e com os profissionais de saúde formaram uma tessitura de condutas conscientes com repercussões no processo individual e coletivo da promoção de saúde potencializando qualidade de vida.

Constituiu-se um espaço para compartilhar experiências, socialização de saberes técnico-científicos e populares, ocasionando um melhor entendimento de si mesmo, do mundo e do modo de viver de cada sujeito.

Para Mello (2004), problematizar a atividade em grupo é colocar em questão a alternância entre os diferentes momentos que incluem a solidão, individualidade, coletividade

de, poder, conhecimento, trocas e aprendizagem, pensados na busca de constituir espaços de cidadania, participação e felicidade. Propõe-se discutir, ouvir, escutar, dar voz, considerar e repensar a prática, articulando-a com a teoria ou reconsiderar a teoria a partir da prática. Ser útil, protagonizar opiniões e atitudes em vez da passividade da ilusão de querer encontrar em qual espelho ficou perdido a sua face, o seu corpo, a sua rosa juvenil.

A captação precoce de gestantes para o início do acompanhamento pré-natal, situação amplamente desejada, prejudicou em parte o andamento dos cursos, pois muitas gestantes não puderam faltar a seus empregos e participar dos debates. Algumas mulheres grávidas perderam as últimas discussões porque entraram em trabalho de parto antecipado ou estavam com sete ou oito meses de gestação quando do início de um novo curso.

Uma das dificuldades existentes foi o fato de não ter sido possível a participação de todos os profissionais de saúde da equipe. Mesmo através de um revezamento em escalas, alguns não puderam acompanhar as discussões pela impossibilidade de afastamento de suas atividades diárias, notadamente as auxiliares de enfermagem, já que os cursos ocorriam concomitantemente com outras ações e serviços da unidade de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atenção humanizada representa o alicerce para que a estratégia saúde da família possa se tornar uma forma hegemônica de cuidar da saúde das pessoas, reafirmando e sustentando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Compreendendo as relações cotidianas, podemos entender que as práticas de saúde remetem a mediações que transcendem a visão unidimensional do processo saúde-doença, incorporando o território como um espaço individual, cultural e social, em uma dimensão subjetiva baseada em crenças, costumes, valores e regras.

Foi fundamental o envolvimento das dimensões comunicativa, participativa, dialogada e educativa para induzir o trabalho interdisciplinar e intersetorial de modo que o modelo de atenção da vigilância à saúde possa impactar de modo positivo na saúde da população, potencializando todos os atores envolvidos em tal processo para promover as mudanças político-administrativas, técnicas, sociais, culturais e subjetivas que implicarão na melhoria da situação de saúde e vida das populações.

A dinâmica alterou os lugares tradicionalmente reservados para os usuários e profissionais, mobilizando reações diferentes em cada um, em uma arena onde se disputam e negociam desejos, ansiedades e necessidades, de forma que a abordagem multidisciplinar é por si mesma enriquecedora da experiência, facilitando o aprendizado mútuo, tornando o próprio processo educativo participante uma grande lição de sabedorias práticas.

O sentido de uma situação foi fabricado pelo conjunto de saberes presentes, onde todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo. A arte da conversa não deve tentar homogeneizar os sentidos, fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido do ponto de convergência das diversidades. Os mediadores das conversações devem estar sensibilizados para captar do grupo as construções coletivas.

Constatou-se que a experiência possui viabilidade de reprodução em outras unidades de saúde, como também a sua utilidade para formação de agentes multiplicadores. Torna-se imperioso o apoio institucional dos níveis distrital e central das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, assim como de entidades parceiras, na cessão de profissionais da rede de atenção e de materiais didáticos diversos: kit de contraceptivos, álbuns seriados, folders, cartazes, etc. A parceria com universidades e escolas técnicas de saúde foi bastante enriquecedora para todos os interessados, possibilitando a vivência no processo formativo de uma experiência rica para o aprendizado.

O ambiente dialógico, democrático, centrado no respeito e na valorização da individualidade de cada participante, compartilhando e construindo coletivamente saberes e práticas, representou uma estratégia adequada para o fortalecimento de um modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade e da humanização, vinculando responsabilidades mútuas e exaltando maior controle das gestantes sobre suas vidas.

Sobre estas questões, Silva e Magalhães Júnior (2008) reforçam:

O estabelecimento de vínculos nos sistemas de saúde pressupõe relações de longa duração entre usuários e os profissionais de saúde, condição indispensável para criar relações de confiança que permitam humanizar estes contatos, transformando os usuários em sujeitos com singularidades e subjetividades, e

não apenas consumidores eventuais de serviços (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2008, p.77).

Contudo, convém advertir que nem toda conversação foi necessariamente positiva, produtiva, socialmente simétrica e isenta de controles ou favorecedora de autonomia. Os processos sociais são como a sociedade os faz. Experiências semelhantes contribuem para a valorização das atividades coletivas por parte dos profissionais, integrando equipe e usuários de maneira salutar para o fortalecimento do vínculo, valorização de circuitos locais de sociabilidade, de pertencimento e do trabalho em equipe. Ampliam a percepção da atenção prestada através da melhor apreensão e compreensão dos determinantes de saúde pela diversidade cultural e situações distintas vivenciadas por cada participante, respeitando o senso comum e valorizando a sabedoria popular sem perder de vista a promoção de hábitos e condutas saudáveis.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface** (Botucatu). 2004, vol.8, n.14, p. 73-92.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde soc.** [online]. 2009, vol.18, suppl.2, p. 11-23.

BARREIRA, C. **Aprendizagem significativa: o lugar do conhecimento e da inteligência.** Mimeo, 2007.

BOAVENTURA, S. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social.** Tradução: Mouzar Benedito. São Paulo. Bom tempo, 2007.126p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programas de Saúde Materno-Infantil**. Rio de Janeiro: Secretaria de Assistência Médica, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco**. Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivo, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípio e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Mostra nacional de produção em saúde da família: trabalhos premiados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 193-202.

BUSS, Paulo M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção à saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2003.p.15-38.

CAMPOS, G.W.de S. **Saúde Paidéia**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.185p.

CAMPOS, G.W.de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000. 236p.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 211 p.

FELIPE, M.C.P.; MELO, R.H.V. e VILAR, R.L.A. **Roda de conversa: diálogo que (re)orienta a práxis na unidade de saúde da família cidade praia-Natal/RN**. IN Brasil.

FONTES, Breno. Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitárias. In: MARTINS, P.H.; FONTES, B. **Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 121-142.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método II**. Complementos e índice. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOULART, F. **Saúde da Família**: boas práticas e círculos virtuosos. Uberlândia: EDUFU, 2007. 238p.

GUTTIERREZ, M.L. et al. La promoción de la salud. In: ARROYO, H.V.; CERQUEIRA, M.T. (orgs) **La promoción de la salud y la educación para la salud em America Latina**. San Juan: Editora de la Universidad di Puerto Rico, 1997.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas do cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.(orgs). **Cuidado e fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 91-102.

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

MELLO, V. R.C. Grupo como dispositivo de promoção de saúde. IN BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prêmio de incentivo em ciência e tecnologia para o SUS 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.p. 91-94.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 269p.

MONTEIRO S.; VILLELLA W. Atenção à saúde das mulheres: historiando conceitos e práticas. IN: MONTEIRO S.; VILLELLA W. **Gênero e Saúde**: o PSF em questão. Rio de janeiro: ABRASCO. Brasília: UNFPA, 2005. p.15-31.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção: importância e conceitos. IN: SILVA, S. F. (org) **Redes de Atenção a Saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008. p.69-99.

# **O USO DO “FLUXOGRAMA ANALISADOR” COMO FERRAMENTA DE GESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM DISTRITO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN**

Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira  
Francisco Glérison Vieira  
Márcia Cunha da Silva Pellense  
Marise Soares Almeida  
Ricardo Henrique Vieira de Melo  
Rosana Maria Ferreira de Moura Lima  
Ana Karenina de Melo Arraes Amorim  
Antônio Medeiros Junior  
Elizabethe Cristina Fagundes de Souza  
Maísa Paulino Rodrigues  
Geórgia Sibebe Nogueira da Silva

## **RESUMO**

A complexidade do trabalho em saúde e os atuais problemas vivenciados por profissionais, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS confirmam a necessidade de se ter trabalhadores qualificados para imprimir as mudanças necessárias nos processos de trabalho e práticas de saúde. O presente artigo relata experiência desenvolvida por alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, junto às Unidades Básicas de Saúde que compõem o Distrito Sanitário Sul do município de Natal-RN, em que se produziram reflexões sobre as práticas locais, norteadas pelo uso do fluxograma analisador. A aplicação desta ferramenta possibilitou visua-



lizar os fluxos de atendimento dos usuários nas unidades, identificando os nós críticos que dificultam o acesso aos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, colocar o trabalho em análise, buscando a reorganização das práticas. Na oportunidade, profissionais e gestores analisaram a problemática evidenciada, dando início a um processo de cogestão nos serviços de saúde, por meio da elaboração de estratégias coletivas, visando solucionar os problemas identificados e incentivando o planejamento com base nas singularidades e necessidades de saúde locais. Tal processo vem contribuindo para implantação de mudanças efetivas nos processos de trabalho, instigando uma análise crítica, por parte dos sujeitos, na perspectiva do cuidado integral em saúde.

**Palavras-chave:** Atenção básica. Gestão em saúde. Fluxograma analisador. Educação permanente.

## INTRODUÇÃO

A organização do sistema de saúde no Brasil, ao longo dos anos, tem se caracterizado por uma forte ligação, em cada época, às forças sociais hegemônicas. Em geral, os serviços de saúde operam de acordo com o modelo hegemônico, centrado nos interesses das grandes corporações em sintonia com os objetivos institucionais do estabelecimento. Estes são determinados, por um lado, pelas questões relacionadas à macro estrutura sociais, da divisão técnica e social do trabalho, de ordem mercadológica e das políticas de saúde. Por outro lado, é determinante do modelo de atenção à saúde, a forma como os trabalhadores operam os serviços, o modo de fazer a assistência, as relações que estabelecem e os processos decisórios implícitos no processo de trabalho cotidiano (FRANCO; MERHY, 2004).

A partir da instituição do Sistema Único de Saúde-SUS, tem-se buscado mudanças nas formas de atenção à saúde, apontando-se para a necessidade de transformações nos processos de trabalho, na perspectiva do cuidado integral (REIS; DAVID, 2010). Assim, apesar das forças associadas macro politicamente aos modelos hegemônicos na produção de saúde, micro politicamente tem-se apostado na produção de novas formas de produção do cuidado em saúde.

Neste sentido, Mehry (1988) destaca que um modelo “produtor do cuidado”, centrado no usuário e suas necessidades, deve operar centralmente a partir das tecnologias leves (aqueles inscritas nas relações, no momento em que são realizados os atos produtores de saúde) e das tecnologias leve-duras (as inscritas no conhecimento técnico estruturado), o que exige uma transformação cotidiana nas práticas em saúde no sentido contra-hegemônico do modelo bio-médico e procedimento-centrado.

A organização do modelo de atenção centrado nas necessidades do usuário não é tarefa fácil. Implica na adoção de mecanismos gerenciais e ações que possibilitem, além da ampliação do acesso aos serviços, o enfrentamento dos problemas de saúde não apenas na lógica do adoecimento e da atenção fragmentada, especializada, mas, articulado ao conceito ampliado de saúde, o que pressupõe a reorganização dos serviços e do processo de trabalho em saúde.

No município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, esta tarefa reveste-se de grande desafio, considerando o processo de sucateamento dos serviços públicos de saúde que configuram o SUS no âmbito municipal, ao longo dos anos, evidenciando-se uma distância entre as deman-

das da população e as formas de produção do cuidado. O cenário macropolítico que envolve a precarização das relações e condições de trabalho, aliadas à insuficiência de recursos destinados a saúde pública em gestões sucessivas, produziram graves problemas de gestão e produção do cuidado integral à saúde da população.

A dificuldade de organização ágil e eficiente de diferentes elementos, que devem compor uma rede articulada de cuidados de modo a contribuir com a produção de saúde e de sujeitos, tem sido evidenciada através de inúmeros entraves para a efetivação da atenção integral, ressaltando-se o sucateamento do SUS no referido município, as fragilidades referentes à predominância de modelos de gestão altamente burocratizados, com baixa capacidade de respostas, regidos por uma legislação arcaica incapaz de atender às demandas locais.

A implementação de um modelo de atenção primária em saúde voltado para responder às necessidades dos diferentes sujeitos sociais tem se constituído em importante desafio para a gestão local, destacando-se entre os principais entraves a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família-ESF, que oscila de 28,33% para 48%, no ano de 2012.

Em 2013, com a adesão do município a algumas iniciativas do governo federal como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Projeto Mais Médicos, houve um aumento significativo nessa cobertura para 52% da população. Entretanto, no Distrito Sanitário Sul, esta cobertura alcança apenas 3,8% do total da população da área (SMS, 2013).

Diante deste cenário, faz-se necessária a adoção de estratégias que possibilitem a qualificação dos trabalhadores

através de processos de educação permanente que produzem reflexões e análise sobre o trabalho em saúde e repercutam com efeitos na produção dos sujeitos e de transformação de suas práticas no sentido do cuidado integral em saúde.

O presente artigo relata a experiência desenvolvida por estudantes do Mestrado Profissional em Saúde da Família - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, junto às unidades de saúde que compõem o Distrito Sanitário Sul, da Secretaria Municipal de Saúde, do município de Natal - RN, durante atividade acadêmica "Prática na Comunidade", a qual foi desdobramento de um "Treinamento de Habilidades" desenvolvido em módulos do referido Curso (RENASF, 2013).

## **CAMINHOS METODOLÓGICOS**

Para realizar a prática planejada no âmbito dos módulos do Mestrado, o grupo de mestrandos, que em sua composição há também uma integrante da gestão municipal, buscou parceria com o Grupo Articulador da Política Nacional de Humanização do município de Natal/RN, para incluir sua prática acadêmica a um processo institucional já em desenvolvimento: acolhimento nas unidades de saúde a partir de reflexões sobre as práticas locais.

Inicialmente fez-se uma sensibilização dos profissionais partindo da análise dos processos de trabalho em curso. Para tanto, se utilizou como estratégia pedagógica o fluxograma descritor analisador por tratar-se de uma ferramenta potente para a análise das micropolíticas de organização de serviços de saúde, oferecendo um olhar ampliado sobre problemas vividos (FRANCO, MEHRY; 1999). Sua utilização teve também

como propósito suscitar reflexões sobre a organização dos serviços de saúde, buscando identificar as diferentes dimensões que envolvem a operacionalização do trabalho no cotidiano.

Franco (2003) informa que este instrumento é capaz de capturar os problemas existentes nos serviços de saúde por meio de um olhar sobre os processos de trabalho. Desta forma, os problemas identificados pelo fluxograma se constituem em um ponto de partida importante para planejar as ações e os serviços, especialmente, as ações referentes à mudança do modelo tecno-assistencial.

O fluxograma descritor analisador é uma rerepresentação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho de uma unidade. Nesse aspecto, seu uso é fundamental à medida que permite ampliar a forma de olhar a organização das práticas assistenciais em saúde, no trabalho cotidiano da equipe (CAMARGO JUNIOR e cols, 2006).

Essa ferramenta revela ainda o dinamismo do processo e das ações em movimento. Assim, questões que passavam despercebidas anteriormente, pelos trabalhadores, se apresentam como importantes dilemas a serem enfrentados.

Com base na literatura e nas experiências de aprendizagem vivenciadas no mestrado, o grupo apostou na potência desta ferramenta e fez uso da mesma, junto aos profissionais gestores das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Sul de Natal/RN.

O Distrito Sanitário Sul, desta capital, possui uma população de aproximadamente 170.000 habitantes (IBGE, 2012). Nesse distrito, existem oito unidades básicas de saúde, entretanto, apenas uma corresponde à Estratégia Saúde da Fa-

mília, configurando a predominância de funcionamento em consonância com o modelo convencional de UBS.

A experiência foi desenvolvida durante um evento denominado Encontro de Gestores e Apoiadores da Política Nacional de Humanização (PNH) do Distrito Sanitário Sul, que ocorreu no dia 27 de março de 2013, no Centro Universitário FACEX, situado à Rua Orlando Silva, 2896, Capim Macio, Natal/RN. A realização da atividade partiu de convite do Grupo Articulador de Humanização do município de Natal/RN ao grupo de mestrandos, configurando uma parceria articulada pela convergência de interesses acadêmicos (grupo de mestrandos) e da gestão (processo institucional em desenvolvimento).

Na ocasião, além de profissionais das equipes da atenção básica, estiveram presentes o Secretário Municipal de Saúde, a Secretária Adjunta de Gestão de Trabalho e Suporte Imediato aos Serviços de Saúde, o Grupo Articulador de Humanização do município, gerentes de Unidades do Distrito Sanitário Sul e alguns gerentes dos demais Distritos Sanitários e setores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

A oficina seguiu uma dinâmica de execução previamente planejada, materializando-se nos seguintes momentos: a) no primeiro momento realizou-se uma dinâmica de integração para acolher os participantes e apresentar o grupo condutor da atividade; b) no segundo momento foi apresentada a proposta e dinâmica de condução da oficina. Na ocasião, o atual Secretário Municipal de Saúde apresentou ao grupo as novas diretrizes de sua gestão; c) No terceiro momento foi realizada uma leitura coletiva, seguida de debate com base no texto “As modelagens de Acolhimento” (BRASIL, 2011).

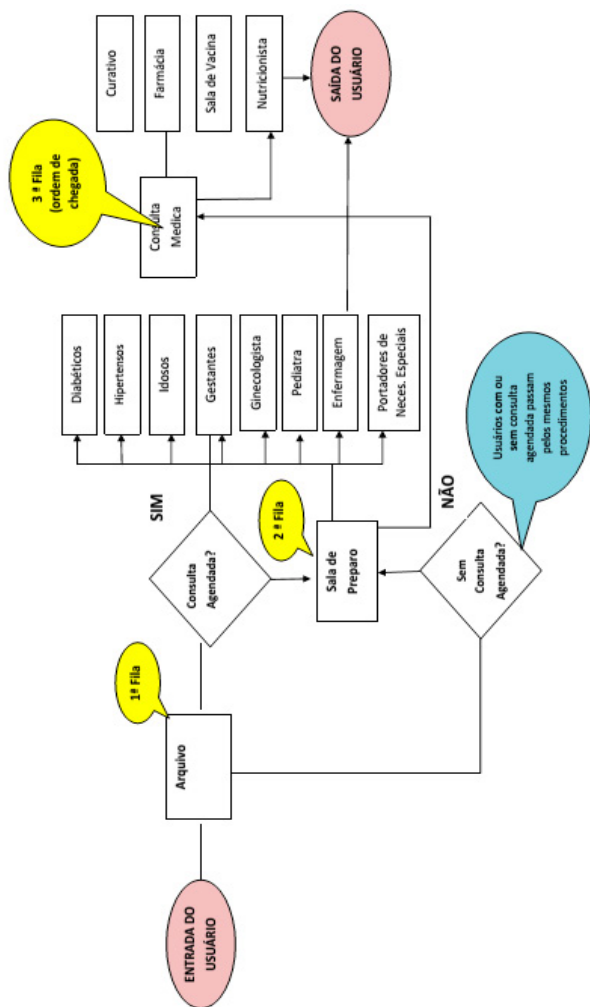
O debate suscitou diversas questões tais como: “acolhimento não é proposta de triagem, é proposta de classificação de risco, talvez a Estratégia Saúde da Família tenha maior facilidade por ter área adstrita”; “Trabalhar em Unidade Básica não significa esquecer território, vínculo, responsabilização, visita domiciliar, pois são diretrizes norteadoras do trabalho próprias da atenção básica, independente do tipo de unidade”; “Agendamento com hora marcada exclui as pessoas que precisam de atendimento mais urgente?”, dentre outras questões que incitaram um fervoroso momento de diálogo e troca de experiências e saberes.

Encerrado o debate, iniciou-se uma exposição dialogada sobre acolhimento e fluxograma descritor analisador como ferramenta para reorganização dos processos de trabalho. Após a apresentação partiu-se para a construção do fluxograma de forma coletiva.

Nesse cenário, a Oficina teve por intuito desenvolver uma atividade de educação permanente, orientada à reflexão sobre a reorganização das práticas locais, com ênfase na utilização do fluxograma analisador. Nesse intuito, se buscou por meio dessa ferramenta verificar como ocorriam os fluxos de atendimento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde, identificando os nós críticos que dificultam o acesso ao serviço de saúde e provocando uma reflexão crítica, bem como a elaboração de estratégias coletivas visando solucionar os problemas identificados.

Considerando que as unidades tinham realidades distintas e conseqüentemente, fluxos diferentes, pactuou-se por construir o fluxograma descritor analisador tomando-se como referencia uma das Unidades Básica de Saúde, no caso, a de Mirassol (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma Descritor da Unidade Básica de Saúde de Mirassol.





Por fim, foi realizada a apresentação do fluxograma, que oportunizou ao grupo de profissionais e gestores compreender situações relacionadas ao acolhimento por meio da visualização do percurso feito pelos usuários, expondo as facilidades e dificuldades no interior da Unidade Básica de Saúde de Mirassol. Finalmente avaliou-se a oficina onde todos os sujeitos puderam relatar o significado de participar do processo. Foi aplicado ainda um instrumento de avaliação, elaborado pelos mestrandos, contendo a seguinte pergunta: “Em sua opinião, como o fluxograma pode contribuir para a qualificação e organização das práticas coletivas de saúde na sua unidade?”.

## **O ACESSO DOS USUÁRIOS ÀS UNIDADES DE SAÚDE: A PROBLEMÁTICA**

Durante a construção do fluxograma foi possível identificar vários problemas que acarretavam prejuízos no tocante ao acesso dos usuários ao serviço de saúde, impossibilitando uma atenção integral à saúde.

Essa dificuldade de acesso é apontada por autores como Mello (2008) quando afirma que “embora o SUS tenha obtido conquistas importantes, ainda não conseguiu resolver a maior parte dos problemas de saúde da população destacando, principalmente, dois deles: a dificuldade de acesso aos serviços e o mau relacionamento com os profissionais da área” (MELLO, 2008, p. 5). Assim, observa-se que o acesso aos serviços de saúde apresenta-se como um entrave, necessitando ser priorizado na agenda de profissionais e gestores da saúde. O acolhimento se apresenta como uma ferramenta capaz de proporcionar a melhoria no acesso aos serviços de saúde.

Como primeira problemática identificada naquela ocasião, pode-se elencar a falta de uma equipe de acolhimento para atender os casos de demanda espontânea que chegam à unidade, fazendo com que os usuários com ou sem consulta agendada enfrentem as mesmas filas dentro da unidade. Tal situação compromete a organização e o fluxo do atendimento e, conseqüentemente, negligenciando o cuidado para com o usuário. Tal fato pôs em evidência a necessidade de planejamento por parte da equipe, no intuito de reverter essa prática, requerendo “um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado” (BRASIL, 2011, p.25).

Na organização do acolhimento, é importante considerar não apenas os atendimentos agendados, pois não se tem como prever totalmente a vida das pessoas, visto que o inesperado sempre acontece, e deve ser considerado. Cabe às equipes se organizarem para enfrentar tais situações. Os usuários, muitas vezes, chegam às unidades básicas de saúde: desprotegidos, fragilizados e sentindo-se desamparados. Nesse momento, ele deseja ser acolhido e ouvido. Algumas vezes, os problemas de saúde dos usuários podem exacerbar-se, gerando a necessidade de um atendimento inesperado (BRASIL, 2011).

O fluxograma permitiu visualizar um problema que gera bastante desconforto (as filas), mostrando o descontentamento por parte dos usuários, à medida que muitos passam parte de seu dia dentro dos serviços de saúde.

A organização do processo de trabalho voltado para atender necessidades dos profissionais e não dos usuários foi outro nó crítico evidenciado, ficando visível que a maioria

das agendas de atendimentos oferta seus serviços de acordo com a conveniência e necessidades dos profissionais, desconsiderando a realidade da população.

Apesar dos problemas evidenciados, é importante destacar os aspectos positivos, ou seja, na unidade de saúde em foco existe uma ordem de prioridade no agendamento para grupos específicos (idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças, etc.). Há, também, a presença de uma equipe multiprofissional na unidade, ainda que os profissionais realizem atendimentos isolados, sem muita integração.

## **O USO DO FLUXOGRAMA ANALISADOR COMO FERRAMENTA DE GESTÃO E DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: IDENTIFICANDO DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

A construção coletiva do fluxograma analisador, com o grupo participante, possibilitou que profissionais e gestores refletissem sobre os problemas que se apresentaram, contribuindo para que se chegasse a um consenso: gestão, profissionais e serviços de saúde precisam pensar e planejar juntos, deixando claro que não existe separação entre o pensar e o fazer. O momento oportunizou perceber necessidades de mudanças.

A utilização do fluxograma faz parte do exercício de qualificação do coletivo de trabalhadores que compõem o sistema de saúde, pois sua prática permite que estes passem a conhecer melhor os serviços e os fluxos de atendimento não só da unidade analisada, mas também de toda a rede assistencial, contribuindo para a integração da equipe, de modo que todos construam seus fluxogramas analisadores conjuntamente, identificando os nós críticos, percebendo os avanços e retrocessos para que se possa encontrar saídas efetivas.

Foi constatado que o uso dessa ferramenta é importante para deflagrar um movimento positivo junto aos usuários e trabalhadores da saúde, servindo também para pensar e reorientar o processo de trabalho dentro das unidades, à medida que os profissionais conseguiram compreender melhor o funcionamento da sua unidade.

De acordo com os profissionais que participaram da atividade, o uso de fluxograma analisador se constitui na melhor forma de organização e direcionamento dos serviços, tanto para o profissional quanto para o usuário, unindo a teoria e a prática, além de propiciar a articulação das redes de saúde e a melhoria na comunicação entre equipe e usuários. Foi unânime, entre os participantes, que o uso do fluxograma descritor deveria fazer parte do cotidiano das unidades de saúde, isto é, cada uma deve adaptar o desenho que melhor atenda as necessidades e satisfação dos usuários.

Ainda segundo os participantes, o fluxograma serve para reflexão por parte da equipe ajudando para uma tomada de decisão e mudança de atitudes, de acordo com a realidade de cada território.

O uso do fluxograma permitiu que os trabalhadores de saúde visualizassem o desenho de suas práticas facilitando o conhecimento das falhas que podem ser corrigidas. Este aspecto da prática foi também vislumbrado por Barbosa e Fracoli (2005) ao afirmarem que “o fluxograma analisador permitiu que os profissionais de saúde pudessem identificar as possíveis falhas, ou seja, o ‘o quê’ e o ‘como’ do processo de trabalho, que precisam ser modificados” (BARBOSA; FRACOLI, 2005, p.1043).

Por fim, muitos concluíram que o fluxograma pode contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento e da atenção ao usuário, dentro do processo de humanização ao cliente. Destacaram ainda a importância da presença dos mestrandos na coordenação da construção do fluxograma analisador, contribuindo para o debate e reflexões acerca de seus processos de trabalho e mudanças no que toca ao planejamento e reorganização dos serviços.

Para análise da questão “Em sua opinião, como o fluxograma pode contribuir para a qualificação e organização das práticas coletivas de saúde na sua unidade” interrogada aos participantes, conforme referido anteriormente, as respostas foram decompostas, recompostas, tabuladas e organizadas, conforme as orientações de Lefevre e Lefevre (2005), lançando-se mão da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), utilizando as seguintes figuras metodológicas: Expressões-Chave (E-Ch); Ideias Centrais (ICs); Ancoragens (ACs); e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSCs) propriamente dito.

O Quadro 1 mostra a composição do discurso do sujeito coletivo a partir da organização (classificação) de suas ideias centrais em categorias. Nesta oportunidade, também foi possível fazer um breve tratamento quantitativo (cálculo proporcional) na intenção de obter o peso ou a força com que cada ideia apareceu no discurso. Assim foi possível saber o grau de compartilhamento dessas ideias no coletivo estudado.

As ideias semelhantes ou complementares (convergentes) emitidas por cada participante foram agrupadas em categorias. Neste coletivo particular, 18 sujeitos elencaram 30 ideias (iguais ou diferentes), agrupadas em seis categorias. Em seguida foi registrada a frequência de cada uma indicando o percentual de cada ideia compartilhada pelo grupo.

Finalmente, foi feita a edição do discurso do sujeito coletivo. As repetições foram removidas, acrescentadas com o mínimo de correções gramaticais nas interfaces, evitando os cortes. Foi necessário estar atento, visando preservar, ao máximo, a originalidade das respostas. Elaborou-se um discurso como se fosse de um sujeito apenas, entretanto refletiu a fala do conjunto de pessoas (sujeito coletivo) que avaliaram a aplicação do fluxograma analisador.

Quadro 1: Composição final do Discurso do sujeito Coletivo.

<i>Em sua opinião, como o fluxograma pode contribuir para a qualificação e organização das práticas coletivas de saúde na sua unidade?</i>			
<i>CATEGORIAS</i>	<i>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</i>	<i>Freq.</i>	<i>%</i>
<i>Qualificação das práticas</i>	<i>O fluxograma fará parte do exercício de qualificação dos funcionários, que passam a conhecer todos os serviços e fluxos não só da unidade, mas também de toda a rede, identificando os nós críticos para que possamos encontrar saídas práticas e viáveis.</i>	5	16,7
<i>Organização do processo de trabalho</i>	<i>É muito importante para o desenvolvimento do processo de trabalho das unidades, já que o profissional entenderá melhor o funcionamento da sua. Serve de orientação, diminui o tempo de espera e facilita o processo de organização do serviço.</i>	8	26,7
<i>Reflexão sobre a prática</i>	<i>Trará pontos de reflexão para análise e implantação de melhorias, juntamente com usuários. Serve para refletir em equipe, tomar posição e mudar de atitudes, de acordo com a realidade de cada território.</i>	8	26,7
<i>Melhoria no atendimento</i>	<i>Pode contribuir com a melhoria da qualidade nos atendimentos e na atenção ao usuário, dentro do processo de humanização ao cliente.</i>	7	23,3
<i>Presença de facilitadores</i>	<i>É importante a presença dos facilitadores.</i>	1	3,3
<i>Necessidade de outros atores</i>	<i>Acho de fundamental importância a presença de outros profissionais de saúde no próximo encontro, para que seja discutida a questão do acolhimento com classificação de risco e a regulação.</i>	1	3,3
<b>TOTAL</b>		<b>30</b>	<b>100</b>

#### DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO PROPRIAMENTE DITO

*O fluxograma fará parte do exercício de qualificação dos funcionários, que passam a conhecer todos os serviços e fluxos não só da unidade, mas também de toda a rede, identificando os nós críticos para que possamos encontrar saídas práticas e viáveis. É muito importante para o desenvolvimento do processo de trabalho das unidades, já que o profissional entenderá melhor o funcionamento da sua. Serve de orientação, diminui o tempo de espera e facilita o processo de organização do serviço. Trará pontos de reflexão para análise e implantação de melhorias, juntamente com usuários. Serve para refletir em equipe, tomar posição e mudar de atitudes, de acordo com a realidade de cada território. Pode contribuir com a melhoria da qualidade nos atendimentos e na atenção ao usuário, dentro do processo de humanização ao cliente. É importante a presença dos facilitadores. Acho de fundamental importância a presença de outros profissionais de saúde no próximo encontro, para que seja discutida a questão do acolhimento com classificação de risco e a regulação.*

A partir deste discurso coletivo, podemos considerar que a oficina desenvolvida pelo grupo constituiu um espaço importante para a qualificação e análise reflexiva das práticas nas UBS do referido distrito sanitário, iniciando um processo coletivo de transformação com base nos princípios da educação permanente e de metodologias ativas como a construção do fluxograma analisador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, não há dúvidas de que o uso do fluxograma analisador possibilita aos coletivos de trabalho em saúde revelar o processo de trabalho, identificando seus nós críticos e possibilitando um planejamento que de fato parta das singularidades e necessidades de saúde locais. Contribui, conseqüentemente, para a reorganização do processo de trabalho, para a análise do modelo de práticas, bem como para disparar processos de autoanálise por parte das equipes.

Esta experiência oportunizou que outras oficinas fossem realizadas em Unidades Básicas de Saúde do município

de Natal-RN, localizadas nos Distritos Sanitários Norte I e Norte II. Ressalta-se a importância dessa integração universidade-serviços de saúde, sobretudo em se tratando de Mestrado Profissional com proposta pedagógica que articula saberes e práticas em um plano dialógico. Também foi possível identificar a contribuição dessa oficina na implantação do Acolhimento com a Classificação de Risco, identificando vulnerabilidades, a partir da reflexão sobre o processo de trabalho das equipes.

Possibilitou a profissionais e gestores realizar análise e reflexões acerca de algumas problemáticas enfrentadas pelos serviços de atenção básica municipal, com desdobramentos, isto é, implantação de processos de cogestão nos serviços de saúde.

Acredita-se que essa prática pode ser reproduzida em diversos cenários, uma vez que todo processo de produção coletiva, seja a gestão participativa, os processos assistenciais multiprofissionais e os espaços de educação permanente, contribuem, de forma decisiva, para a formação de novos sujeitos que sejam motivados para produzir mudanças nos serviços de saúde.

No entanto é oportuno lembrar que a execução desta prática vislumbra alguns limites, uma vez que exige certa organização do Distrito de Saúde, um contexto político favorável ao diálogo e a discussão coletiva, bem como a articulação entre gestão e serviços de saúde. Nesse sentido, o apoio da gestão foi fundamental para a efetivação da prática.

Por fim, pode-se dizer que a mudança nos serviços de saúde requer a construção de sujeitos individuais e coletivos, incorporados de valores que reconheçam direitos de



cidadania em relação à assistência à saúde, sobretudo, que assumam novo comportamento em relação ao trabalho em equipe e às relações com os usuários (FRANCO, 2003). Entendemos que esta experiência produziu movimentos de transformação neste sentido, abrindo novos caminhos e desafios na construção do SUS na cidade de Natal/RN.

## REFERÊNCIAS

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**, Rio de Janeiro, 21(4):1036-1044, jul-ago, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Acolhimento a Demanda Espontânea**. Nº 28. Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMARGO JR, K. R. *et al.* Aspectos Metodológicos da Avaliação na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Org. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 223-241.

FRANCO, T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde em apoio ao planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; 2003.

FRANCO T.B., MERHY EE. **O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP)**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

\_\_\_\_\_. **Depoimentos e discursos:** uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro, 2005.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil:** conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. 2008. 81 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem). Curso de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2008.

MERHY EE, FRANCO TB. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA. Mestrado Profissional em Saúde da Família. **Módulo Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica.** Natal: março, 2013. 37p. (arquivo pdf).

REIS, Valéria Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATAL (SMS). Relatório Situacional. Natal: 2012. 80p.

\_\_\_\_\_. **Relatório de prestação de contas gestão do SUS.** Versão Atualizada 2º Quadrimestre. Maio a Agosto. Natal: 2013. 41p.

\_\_\_\_\_. **Plano municipal de saúde 2014 a 2017.** Natal: 2013. 29p.

# **NUCLEADORA UVA**

**AUTORES DA NUCLEADORA UVA**

### **Ana Cecília Lins Sucupira**

Médica. Doutora em Medicina. **Docente** do Curso de **Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA)**.

### **Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Ediléia Marcela Dutra**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Elayne Cristina Costa Damasceno**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Eliany Nazaré Oliveira**

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente** do Curso de **Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA)**.

### **Evaldo Eufrásio Vasconcelos**

Enfermeiro. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Francisco Meykel Amâncio Gomes**

Enfermeiro. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF- UVA).

### **Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto**

Enfermeiro. Doutor em Ciências. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Gervânia Bezerra Gomes**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Gracyane Maria Oliveira Machado**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Ingrid Freire Silva**

Farmacêutica. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Irlanda Pontes Oliveira**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Israel Rocha Brandao**

Psicólogo e Filósofo. Doutor em Psicologia Social. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Izabelle Mont'Álverne N. Albuquerque**

Enfermeira. Doutorado em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **Janice Dávila Rodrigues Mendes**

Odontóloga. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **João Henrique Vasconcelos Cavalcante**

Enfermeiro. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **João Kildery Silveira Teófilo**

Enfermeiro. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

### **João Sérgio Araújo Soares**

**Enfermeiro. Discente** do Curso **de** Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**José Jeová Mourão Netto**

Enfermeiro. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**José Reginaldo Feijão Parente**

Psicólogo. Mestre em Gestão Pública. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**Keila Maria Carvalho Martins**

**Enfermeira. Discente** do Curso **de** Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF- UVA).

**Leandro José Sousa Teófilo**

Enfermeiro. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**Maria Adelane Monteiro da Silva**

Enfermeira. Pós Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde de Família (RENASF-UVA).

**Maria de Fátima Antero Sousa Machado**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora e docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UR-CA).

**Maria do Socorro Teixeira**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF- UVA).

**Maria Socorro de Araújo Dias**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora Adjunta do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**Maria Socorro Carneiro Linhares**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Atualmente é professora colaboradora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**Maristela Inês Osawa Vasconcelos**

Enfermeira. Doutorado em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**Marlos Ribeiro Araújo**

Psicólogo. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**Noraney Alves Lima**

Assistente Social. Docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**Raila Souto Pinto Menezes**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**Svetlana Coelho Martins**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

**Vanessa Matos Gomes dos Santos**

Enfermeira. Discente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF-UVA).

# PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO: A VOZ DOS MOTOTAXISTAS NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE

Keila Maria Carvalho Martins  
Maria do Socorro Teixeira  
João Sérgio Araújo Soares  
Francisco Meykel Amâncio Gomes  
João Henrique Vasconcelos Cavalcante  
Maria Socorro de Araújo Dias  
Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
Maria Adelane Monteiro da Silva  
Maria Socorro Carneiro Linhares  
Eliany Nazaré Oliveira  
Ana Cecília Lins Sucupira  
Israel Rocha Brandao

## RESUMO

No Brasil, os acidentes de trânsito causam milhares de mortes e deixam muitos incapacitados. Aproximadamente 37 mil pessoas morrem e outras 180 mil sofrem internação todos os anos em decorrência de acidentes de trânsito. Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pelo Ministério da Saúde, propõe como uma de suas ações estratégicas a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito. Torna-se necessário que os profissionais de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família atuem no desenvolvimento de ações que possam minimizar a problemática relacionada aos acidentes de trânsito envolvendo os mototaxistas, grupo exposto aos riscos de acidente inculidos na sua própria prática profissional. O presente estudo tem como objetivo descrever ações de



educação em saúde desenvolvidas com mototaxistas no município de Sobral-CE. Trata-se de um relato de experiência resultante de atividade prática desenvolvida na comunidade no mês de maio de 2012, por mestrandos durante o módulo de Promoção da Saúde do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. As atividades de educação em saúde foram realizadas com sessenta mototaxistas, priorizando como estratégia metodológica a exposição dialogada. As discussões foram direcionadas para a PNPS e suas ações de redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito. Na concepção dos participantes, as maiores causas de acidentes estão relacionadas à falta de fiscalização do trânsito, ao desrespeito à legislação de trânsito, à sinalização de trânsito insuficiente em locais estratégicos como escolas, dentre outras. Em relação aos determinantes do processo saúde-doença, os mototaxistas relataram a excessiva carga horária de trabalho como o principal determinante e perceberam a necessidade de políticas públicas que possibilitem não só coibir irregularidades, mas que promovam uma cultura de paz no trânsito. Considera-se que para execução da prática na comunidade houve fatores facilitadores, como o apoio intersetorial e interdisciplinar dos atores envolvidos; e desafios, como o pouco tempo ofertado para o seu desenvolvimento. Conclui-se que a experiência se mostrou importante, uma vez que proporcionou a integração de ensino-serviço-comunidade e possibilitou aos mestrandos compreender a PNPS, os determinantes e condicionantes das causas de acidentes de trânsito sob o olhar dos mototaxistas.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Acidentes de trânsito. Política de saúde do trabalhador.

## INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito causam milhares de mortes e deixam incapacitados milhares de pessoas no Brasil. As estatísticas mostram que enfrentamos uma verdadeira guerra urbana. A quantidade de mortes por ano no trânsito brasileiro supera e muito a de mortes em alguns conflitos militares ao redor do mundo. Aproximadamente 37 mil pessoas morrem e outras 180 mil sofrem internação todos os anos em decorrência de acidentes de trânsito, com um impacto de 34 bilhões de reais em gastos (BRASIL, 2012).

Um fenômeno que pode estar contribuindo para o aumento de mortes no trânsito é o aumento vertiginoso no número de motocicletas circulando nas diversas cidades do país. A gênese desta situação pode ser o estado caótico instalado na estrutura de mobilidade urbana do Brasil, onde muitos optam pela motocicleta como meio de transporte. Além disso, acrescenta-se a crescente facilidade oferecida pelo mercado para aquisição de uma motocicleta, sem a exigência de um preparo mínimo para guiá-las. Até mesmo no campo, os meios de transporte têm sofrido influência deste fenômeno, não sendo incomum verificar a troca do cavalo pela motocicleta como meio de transporte ou instrumento de trabalho.

Além de ser usada como meio próprio de transporte, a motocicleta também passou a ser uma opção de transporte oferecido à população através dos serviços dos mototaxistas. Esta atividade, ainda sem regulamentação legal, está presente em todo o território nacional, aumentando ainda mais a possibilidade da ocorrência de acidentes, pois, além do condutor, envolve outro personagem: o passageiro.

Waiselfisz (2011) revela que entre os anos de 1998 e 2008 a taxa de óbitos em 100 mil habitantes, envolvendo acidentes de trânsito entre as diversas categorias de causas, aqueles envolvendo motociclistas, sofreu uma variação de 628,5% no mesmo período.

No Ceará, entre os anos de 2002 a 2008, do total de acidentes fatais ocorridos no trânsito, em 25,26% dos casos foram óbitos de motociclistas, sendo que em alguns anos da série esta taxa chegou a atingir até 27,97% (CEARÁ, 2013).

A Tabela 1 mostra o número de atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Sobral, referente ao ano de 2010 e ao período de janeiro a junho de 2011, ocorrendo um aumento expressivo e progressivo das violências no trânsito, principalmente os acidentes envolvendo motocicletas.

**Tabela 1.** Número de atendimentos do SAMU de Sobral, segundo o tipo de acidente, no ano de 2010 e no período de janeiro a julho de 2011, Sobral-CE.

Tipo de acidente	2010	2011 (janeiro a julho)
Queda bicicleta	230	108
Queda de moto	601	423
FAB (Ferimento arma branca)	250	121
Colisão moto x carro	270	84
Colisão moto x moto	164	128
FAF (Ferimento por arma de fogo)	44	33
Atropelamento	150	121
Colisão carro x carro	21	128
Total	1730	1146

Fonte: SAMU, Sobral - CE.

A dimensão e o impacto do problema que envolve os acidentes de trânsito são tais a ponto da Organização das Nações Unidas (ONU) ter definido os anos de 2011 a 2020 como a Década de Ações para Segurança Viária no mundo, recomendando que cada país planeje suas ações e as execute de forma coordenada e com o estabelecimento de metas corajosas de redução de vítimas (BRASIL, 2012).

Para isso, diversas medidas têm sido adotadas no sentido de se institucionalizar políticas que sistematizem a participação dos diversos setores da sociedade civil na construção da responsabilização coletiva no combate as causas de acidentes.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) assume sua participação propondo estratégias de promoção da saúde e de prevenção de acidentes e, também, adequando às ações relativas à assistência, à recuperação e a reabilitação das vítimas.

A primeira medida foi a definição no setor saúde de uma política decisiva, no sentido da redução da morbimortalidade por acidentes e violências no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. Para isso, em 2001, aprovou a Portaria Nº737/GM, que trata da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001).

Em seguida, no ano de 2003, o MS lança a Portaria Nº1863/GM instituindo a Política Nacional de Urgência e Emergência, que se constitui como avanço na construção do SUS, sendo fruto do trabalho em conjunto do MS em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, com os estados

e municípios. No mesmo dia, outra publicação de Portaria Nº1864/GM institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, sendo que 68 milhões de brasileiros passaram a ter acesso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2003).

A mais recente medida tomada foi a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no ano de 2006, tendo como objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006, p. 17).

Quanto à evolução nas políticas que visem à diminuição dos acidentes de trânsito, vale salientar que a PNPS propõe como uma de suas ações estratégicas a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito (BRASIL, 2006).

Percebe-se que a PNPS sugere que uma forte mobilização intersetorial deve se desenvolver para que seus objetivos sejam alcançados, tendo o setor saúde a grande responsabilidade de ser propulsor deste processo e a Estratégia Saúde da Família (ESF) uma de suas ferramentas essenciais que devem ser empregadas para esse fim.

De acordo com a Tabela 1, observa-se o número elevado de acidentes que ocorreram em Sobral, destacando-se que as ocorrências envolvendo motociclistas atingiram em torno de 37%. Assim, ressalta-se que a implementação de

medidas que visem à diminuição desta catástrofe devem ser pensadas. Neste cenário, os mototaxistas de Sobral representam uma categoria composta por 625 membros, logo, configuram-se um grupo exposto aos riscos de acidente inculidos na sua própria prática profissional.

Nesse contexto, é necessário que os profissionais de saúde no âmbito da ESF atuem no desenvolvimento de ações que possam minimizar a problemática relacionada aos acidentes de trânsito envolvendo os mototaxistas. Portanto, o presente estudo tem como objetivo descrever ações de educação em saúde desenvolvidas com mototaxistas no município de Sobral – CE. Procurou-se levantar os determinantes e condicionantes de acidentes com base na percepção dos mototaxistas e promover discussão sobre as ações da PNPS, com ênfase na redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.

Pretendeu-se com isso, contribuir na adoção de boas práticas de educação no trânsito por parte dos mototaxistas, além de minimizar a problemática relacionada aos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um relato de experiência resultante de atividade prática desenvolvida na comunidade no mês de maio de 2012 por mestrandos, durante o módulo de Promoção da Saúde do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). As atividades de educação em saúde foram realizadas com sessenta mototaxistas, priorizando como estratégia metodológica a exposição dialogada. Este módulo apresentou como

um de seus objetivos o desenvolvimento de uma prática na comunidade, como metodologia de ensino envolvendo a prática de integração de ensino-serviço-comunidade.

Para realização da Prática na Comunidade e das atividades propostas houve inicialmente um contato com o representante do Sindicato dos mototaxistas de Sobral, com a pretensão de identificar o quantitativo dos membros da categoria e desta forma mobilizá-los a participar das ações programadas.

Neste contato inicial, obteve-se a informação da existência de cursos de capacitação promovidos em parceria com o Serviço Social do Transporte (SEST) e o Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (SENAT), entidades civis sem fins lucrativos que valorizam os trabalhadores do setor de transporte. Com isso, foi realizado um contato com o facilitador do referido curso para que se inserissem na programação as atividades de educação em saúde, sendo prontamente aceita a proposta.

Dessa forma, foi possível identificar que o conteúdo a ser discutido nas oficinas deveriam abordar os seguintes temas: Ética e cidadania na atividade profissional; Noções básicas de Legislação; Gestão do risco sobre duas rodas; Segurança e saúde; Transporte de pessoas; Prática veicular individual específica (pessoas).

Foi possível desenvolver as atividades de educação em saúde em duas turmas (uma à tarde e outra à noite), sendo realizadas duas oficinas com duração em média de uma hora. As oficinas ocorreram no Centro de Convenções de Sobral com a participação de sessenta mototaxistas, priorizando como estratégia metodológica uma exposição dialoga-

da. Neste contexto, a discussão foi direcionada para a Política Nacional de Promoção da Saúde e suas ações de redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito.

Por conseguinte, houve ainda interação com o público com discussões acerca dos determinantes e dos condicionantes do processo saúde-doença dos motociclistas, bem como as causas de acidentes de trânsito.

## **RESULTADOS**

Após a discussão sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde com os profissionais mototaxistas, a partir dos determinantes e dos condicionantes do processo saúde-doença dos motociclistas, bem como as causas de acidentes de trânsito, obtiveram-se os resultados apresentados a seguir.

Na concepção dos participantes, evidenciou-se que as maiores causas de acidentes estão relacionadas à falta de fiscalização do trânsito, o que se reflete no uso indevido de transporte motorizado por menores de idade e pessoas sem habilitação, sendo mais facilmente percebido nos bairros afastados do centro da cidade, nos distritos e zonas rurais.

Outras questões foram citadas pelos mototaxistas como causadoras de acidente, como: o desrespeito à legislação de trânsito, a sinalização de trânsito insuficiente em locais estratégicos, como escolas e o uso abusivo do álcool pelos condutores. Estudo realizado por Rozestraten (1988) relata que no Brasil é fundamental citar dois elementos relacionados à direção inadequada e à capacidade de dirigir: as falhas na atenção e percepção do trânsito e a má formação generalizada dos condutores.



O excesso de motocicletas nas vias e a falta de educação para o trânsito pelos condutores também foram relatados como prováveis responsáveis pelos acidentes envolvendo motocicletas. Entretanto, houve relatos de que a causa da maioria dos acidentes de trânsito tem como base o caráter comportamental dos indivíduos que conduzem veículos automotores, não bastando existir apenas a fiscalização com caráter punitivo.

Em relação aos determinantes do processo saúde-doença, os mototaxistas relataram a excessiva carga horária de trabalho como o principal determinante, já que o vínculo empregatício destes profissionais é precário, o que os levam a trabalhar em longas jornadas de trabalho para poder receber seus salários e por muitas vezes pagar o aluguel das motocicletas. Resultado semelhante identifica-se no estudo de Luqueti (2007) realizado com estes profissionais na cidade de Londrina-SP, em que a carga horária de trabalho em média é de 13,5 horas por dia. Acarretando, assim, uma exaustão física que poderá ocasionar uma desatenção no trânsito e o aumento nas ocorrências de acidentes.

Ainda relacionado aos determinantes do processo saúde-doença, a poluição ambiental, a excessiva exposição ao sol e a falta de oportunidade de cuidar da própria saúde foram citados como fatores importantes que contribuem para o adoecimento dos profissionais mototaxistas de Sobral.

As discussões apontaram para a necessidade de uma oficina sobre primeiros socorros destinada aos mototaxistas como continuidade das ações de educação em saúde. Nesse sentido, surgiu a ideia de um curso de capacitação em que estas ações e necessidades possam ser contempladas.

## DISCUSSÕES

A necessidade humana do trabalho tem moldado o próprio homem enquanto sujeito de transformação do mundo natural em mundo cultural, assim como suas relações interpessoais, em um ciclo que vem (re)criando novas necessidades de trabalho humano. Em um mundo regido pela lógica capitalista de mercado, em que a capacidade produtiva muitas vezes dita objetivamente o valor humano, o trabalho se projeta em um caminho dicotômico: em um momento promove o humano, em outro o cerceia sendo causa de adoecimento.

Neste contexto, o presente estudo buscou lançar um olhar sobre os determinantes do processo saúde-adoecimento presente no cotidiano de trabalho de mototaxistas, inserindo-os na discussão da Política Nacional de Promoção da Saúde com Ênfase na Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. Para os pesquisadores, a garantia do direito à saúde do público estudado passa pela compreensão, por parte deste, de que a promoção da saúde deve passar todas as ações voltadas à redução de acidentes, violências e outros riscos em seu ambiente de trabalho.

Além da exposição a riscos de ordem física, muitos destes trabalhadores apresentam vulnerabilidades socioeconômicas. Expostos a longas jornadas de trabalho, em que grande parte do capital é utilizada para manutenção da própria atividade, seja para pagar aluguel ou prestação da motocicleta, muitos sujeitos se distanciam de atividades sociais e de lazer. Isso gera um sistema de retroalimentação positiva em que condutores com alto nível de estresse podem aumentar o risco de acidentes e conseqüentemente a tensão em outros condutores.

Os mototaxistas percebem a necessidade políticas públicas que possibilitem não só coibir irregularidades no trânsito, mas que tenham a capacidade de ir além, promovendo uma cultura de paz no trânsito, além do respeito aos seus direitos essenciais, como acesso aos serviços de saúde.

A regulamentação da profissão foi importante para organizar a categoria, mas uma Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito voltadas a estes sujeitos deve contemplar a desoneração de impostos, a ampliação de espaços públicos de lazer, flexibilização de horários nas unidades de saúde da Atenção Básica, etc.

As atividades educativas realizadas com os trabalhadores já são uma evolução importante para a melhoria do processo de trabalho destes sujeitos, contudo percebe-se que é possível melhorar tais atividades com o emprego de metodologias ativas de educação, assim como com a ampliação dos temas como: empreendedorismo, controle financeiro e promoção da saúde.

## **CONCLUSÃO**

Para execução da prática na comunidade e do desenvolvimento das atividades de promoção da saúde foram vivenciados fatores facilitadores e desafios. No que se refere aos fatores que facilitaram esses processos, pode-se citar o apoio intersetorial e interdisciplinar dos atores envolvidos. Ressalta-se ainda que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade foram fatores importantes para a sua efetivação.

Quanto aos desafios, cita-se o pouco tempo ofertado para o desenvolvimento das atividades, uma vez que esta precedia de tempo para as articulações e mobilizações.

Conclui-se, portanto, que a realização da prática na comunidade se mostrou uma importante metodologia de ensino, proporcionando a integração de ensino-serviço-comunidade e possibilitou aos mestrandos compreender a PNPS, os determinantes e condicionantes das causas de acidentes de trânsito sob o olhar dos mototaxistas, o processo saúde-doença dessa categoria profissional e a necessidade do desenvolvimento de medidas de promoção da saúde pelos profissionais da saúde da ESF, que visem minimizar a problemática relacionada aos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas.

Essa prática na comunidade veio a contribuir para uma discussão voltada a uma categoria profissional ainda pouco contemplada em estudos científicos, não está fechado em si, vem antes abrir a possibilidade de novas imersões na realidade de um grupo que estando em situação de vulnerabilidade requer uma melhor compreensão para reorganizar práticas de saúde mais eficientes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência**. Portaria GM/MS Nº737 de 16/05/2001. Publicada no DOU Nº 96 seção 1e – de 18/05/01.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências** / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. CESVI. **Centro de Experimentação de Segurança Viária.** Mortalidade decorrente de acidentes de trânsito. Disponível em: <[http://www.cesvibrasil.com.br/seguranca/biblioteca\\_dados.shtm#sistema](http://www.cesvibrasil.com.br/seguranca/biblioteca_dados.shtm#sistema)>. Acesso em: 25 de abril de 2012.

CEARÁ. GOVERNO DO ESTADO. Departamento Estadual de Trânsito. **Associação Brasileira de Prevenção dos Acidentes de trânsito.** Motociclistas mortos e feridos em acidentes de trânsito, 2002 a 2008. Disponível em: [http://www.vias-seguras.com/layout/set/print/os\\_acidentes/acidentes\\_com\\_motos/estatisticas\\_de\\_acidentes\\_envolvendo\\_motos/motociclistas\\_mortos\\_e\\_feridos\\_no\\_ceara\\_2002\\_a\\_2008](http://www.vias-seguras.com/layout/set/print/os_acidentes/acidentes_com_motos/estatisticas_de_acidentes_envolvendo_motos/motociclistas_mortos_e_feridos_no_ceara_2002_a_2008)>. Acesso em: 16/07/2013.

DOTTA, Á. **O condutor defensivo:** teoria e prática. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2000.

LUQUETI, J. B., LOURENÇO, A. B. **As principais intercorrências que mais acometem os mototaxistas da cidade de Andradina-SP.** TCC Apresentado no Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba. 2007.

ROZESTRATEN, R. J. A. **Psicologia do trânsito:** conceitos e processos básicos. São Paulo: EPU, 1988.

SOBRAL. SAMU. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Número de atendimentos do SAMU de Sobral, segundo o tipo de acidente, no ano de 2010 e no período de janeiro a julho de 2011.

WAISELFISZ, JULIO JACOBO. **Mapa da Violência 2011. Os Jovens do Brasil.** Brasília, Ministério da Justiça, Instituto Sangari, 2011.

# **O SOFRIMENTO FAMILIAR FRENTE À SITUAÇÃO NEUROLÓGICA IRREVERSÍVEL DE UM FILHO: O MÉTODO DO ARCO DE CHARLES MAGUERZ APLICADO NA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO**

Maria do Socorro Teixeira  
Keila Maria Carvalho Martins  
João Sérgio Araújo Soares  
Israel Rocha Brandão  
José Reginaldo Feijão Parente  
Maria Adelane Monteiro da Silva  
Maria Socorro Carneiro Linhares  
Maria Socorro de Araújo Dias

## **RESUMO**

A Estratégia Saúde da Família pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, corresponsabilidade que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde. Este estudo de caso foi realizado no Centro de Saúde da Família no município de Sobral - CE, através de uma abordagem qualitativa, descritiva. Faz parte de uma atividade do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, para a obtenção de um dos critérios de avaliação do Módulo de Educação em Saúde II. Tem como objetivo desenvolver atividades de preceptoría de profissionais em serviços de saúde. O estudo relata o caso de uma criança com doença neurológica crônica, o sofrimento da mãe e a fragilidade do vínculo com a equipe de saúde. Utilizou-se como

metodologia o Arco de Maguerez, que consiste numa técnica de ensino-aprendizagem com foco na problematização. Para o desenvolvimento dessa metodologia, é necessário seguir alguns passos: observação da realidade (levantamento do problema); pontos chaves; teorização; hipóteses de solução e a aplicação à realidade (prática). O estudo se deu através de discussões com profissionais de referência e equipes multiprofissionais. Para cada passo da metodologia eram utilizadas as questões como: a realidade do caso, histórias de vida, as causas do problema, a teorização dos principais causas dos problemas, a hipótese de solução através de um plano de cuidados, e a aplicação deste plano à realidade. Foram identificadas como causas importantes dos problemas a falta de vínculo com a equipe de saúde e a falta de cuidados com a saúde mental da mãe. Concluiu-se que na Metodologia da Problematização os problemas são identificados pelos profissionais através da observação da realidade e que a metodologia traz sentido para os profissionais e, além de buscar a organização do processo de trabalho, faz com que estes profissionais consigam refletir sobre situações complexas do território, e a importância de compreender histórias de vida, subjetividades, vínculo e responsabilização. Apesar de não haver uma previsão dos resultados, o que se notou através desse estudo foi que profissionais participaram de forma ativa e mostraram real interesse pelo caso estudado.

**Palavras-chave:** Metodologia. Problematização. Vínculo. Cuidado.

## INTRODUÇÃO

Ao final da década de 1980, o Brasil vivenciou uma transformação no curso de sua história que foi marcante

para a sua consolidação democrática: a promulgação da Carta Magna em 1988. Este evento foi fruto de lutas sociais e pressões políticas e populares, como fruto desse processo tem-se também uma reforma no sistema de saúde federal com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS está estruturado sobre alguns princípios básicos: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, que se concretizam através do cadastramento e vinculação dos usuários (BRASIL, 2004a). Como estratégia para implementação e materialização desse novo arranjo de políticas para a saúde, buscou-se o fortalecimento da Atenção Básica, que está fundamentada em ações individuais e coletivas, buscando-se dar conta da promoção e da proteção da saúde, da prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, em um trabalho de equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, a Atenção Básica é orientada pelos princípios do SUS - princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social - estando hoje organizada através da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Por atuar junto à comunidade e na comunidade, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se a espinha dorsal da Atenção Primária à Saúde. No entanto, por ser primária, não que dizer que as ações desenvolvidas pela ESF não pos-



suem nenhuma complexidade. Em diversas situações, não é incomum a necessidade de intervenções interdisciplinares na busca de soluções que se apresentam diariamente nas equipes de saúde integrando saberes diversos, demonstrando aí o quão complexo é fazer atenção à saúde neste cenário. Como se percebe, a prática interdisciplinar é mais uma das ferramentas para garantir a atenção à saúde de maneira humanizada e integral.

Nos dias atuais, é comum se deparar com uma gama de problemas que alteram intensamente a capacidade dos serviços de saúde de responderem de forma eficaz às demandas por saúde na vida individual e na vida coletiva dos cidadãos brasileiros, o que pode ser detectado por meio da pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Essa situação tem sido observada cotidianamente nas instituições de saúde do Brasil, sendo revelada por meio da insatisfação e da insegurança dos usuários com o tipo de atendimento prestado e pela forma como os profissionais de saúde operam os serviços, ou seja, desenvolvendo práticas histórico-socialmente determinadas pela ação médico-hegemônica.

A ESF pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, corresponsabilidade dentre outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde.

Mesmo com toda a consolidação político-organizacional do SUS e da Atenção Básica, em todo o território brasileiro ainda é possível evidenciar desafios que precisam ser supe-

rados, como o acolhimento nem sempre adequado, a pouca valorização do trabalho em saúde a fragmentação no processo de trabalho e a não formação de vínculo entre usuários e equipes (MONTEIRO, FIGUEREDO; MACHADO, 2009).

Sendo eixo organizacional das políticas públicas de saúde, desde a constituição do SUS, passando pela Atenção Básica e pela ESF, o vínculo é descrito como atividade primordial de todo esse esforço de gerir e gerar um ambiente favorável à saúde individual e coletiva.

Antes de tudo é necessário entender o que é vínculo, que tem sua origem no latim *vinculu*, descrito como tudo o que serve para atar, ligar ou apertar. Outros autores descrevem ainda como algo que dá sentido ou como nexos. Para o profissional de saúde, a compreensão da necessidade de se estabelecer laços, ligações com os usuários deve extrapolar o sentido restrito de se manter contato ou proximidade. O vínculo na assistência à saúde, dentro da lógica da Saúde da Família é um processo só ganha significado real se for construído através de uma trama relacional envolvendo pactos, vivências, confiança, respeito e acima de tudo corresponsabilização. A formação de vínculo depende do reconhecimento de seu valor e do envolvimento e esforço da equipe.

Conforme Brasil (2011), o vínculo que se forma entre um indivíduo que sofre e outro que solicita ajuda de alguém tem seu valor adquirido por sua antiguidade. A capacidade de curar, de afastar a dor e o sofrimento, de conhecer os mecanismos de doença e saúde é consagrada pelo grupo social. Não importa se os elementos para a compreensão do processo doença-saúde sejam espíritos, humores, bactérias ou anticorpos; o indivíduo que domina esse conhecimento

atrai atenção e sentimentos que vão da admiração ao medo e desconfiança.

Dessa forma, a relação profissional-paciente pode assumir uma dimensão assimétrica, de dependência, na qual um dos parceiros, o doente, representa o papel de objeto do outro, essa é a visão deturpada de vínculo em que há uma relação de subordinação. Como a relação profissional-paciente é envolvida por muitas expectativas e esperanças de ambos os lados, esta deve ser envolta por um ambiente relacional de mutualismo e coparticipação com um partilhar de responsabilidades.

Em Brasil (2006) descreve como uma das são características do processo de trabalho da Saúde da Família: a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. Essa visão técnica do processo de trabalho que gera vínculo já é pautada em pressupostos que levam em consideração aspectos relacionais e interpessoais como confiança, compromisso e respeito.

Outra publicação do Ministério da Saúde busca dar um passo a mais para a constituição do conceito de vínculo que consiga dar uma visão mais ampla a este, remetendo a aspectos emocionais e afetivos quando afirma que:

Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, transferem afetos. Um usuário pode associar um profissional com um parente e vice-versa. Um profissional que tem um parente com diabetes

não vai sentir-se da mesma forma, ao cuidar de um sujeito com diabetes, que um profissional que não tem este vínculo afetivo. (BRASIL, 2007, p.17)

O estabelecimento do vínculo entre profissional-paciente estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço, ampliando a eficácia das ações de saúde e favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço (SCHIMITH; LIMA, 2004).

O vínculo é uma importante ferramenta terapêutica, sendo capaz de ampliar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde. Dessa forma o vínculo pode desenvolver indivíduos que além de cuidar da própria saúde têm a capacidade de participar dos processos decisórios e de construção de um sistema de saúde cada vez mais comprometido com a atenção integral dos sujeitos (BRASIL, 2004b).

Mesmo tendo destaque na descrição dos princípios, tanto do SUS quanto da Atenção Básica, o vínculo ainda precisa ser melhor compreendido e conceituado, na prática dos profissionais, talvez como aconteceu com o conceito de acolhimento que ao ser aprofundado conceitualmente redimensionou a olhar e o fazer saúde voltada para uma melhor relação profissional-paciente.

A colaboração interprofissional é um tópico bastante significativo no contexto geral dos processos e organizações de trabalho, apresentando-se como um construto polissê-

mico, complexo, atual e emergente no sentido de dar respostas as necessidades envolvidas no trabalho em equipes, sobretudo nos serviços de saúde (D'AMOUR *et al.*, 2005).

Um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza ao mesmo tempo, seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (MERHY, 1999, p.7).

As relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, portanto, para implementações no Sistema Único de Saúde (SUS).

Mesmo em serviços em que o acolhimento está implantado, mantém-se a dificuldade de acesso nos diversos cenários de atenção à saúde. Observa-se, com tal situação, que a organização das equipes de saúde não superou o desafio de se solidarizar pela necessidade dos usuários, não atendendo assim ao princípio da integralidade da atenção.

Para o atendimento ser integral, o encontro com o usuário deve ser guiado pela capacidade do profissional de compreender o sofrimento que se manifesta e o significado mais imediato de suas ações e palavras; no contexto desse

encontro concreto Mattos (2008, p. 348) refere que: “deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer”.

Portanto, está-se falando de singularidade no atendimento a cada caso. O usuário, ao se sentir singularizado, desfragmentado, apresenta melhora do quadro clínico ao mesmo tempo em que se observa o aumento de satisfação, tanto do usuário quanto do profissional (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

O presente estudo foi construído a partir da análise de um caso, de um “problema em especial” de um componente familiar específico e da relação deste problema com toda a família. Apresenta como objetivo promover uma linha de cuidado a uma família que enfrenta uma situação neurológica irreversível num bairro no município de Sobral - CE e como objetivo específico, estabelecer o vínculo entre os profissionais de saúde e a família.

## **CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO**

L. N. criança de seis anos sofreu anoxia cerebral ao nascer. Foi muito difícil, pois a criança era o primeiro filho de um casal jovem, sem apoio familiar em virtude de conflitos existentes entre seus membros.

No decorrer do tempo, a situação de saúde da criança foi se agravando acarretando grandes demandas para família. A criança passa por vários internamentos, com problemas respiratórios. Necessitou submeter-se a uma cirurgia de jejunostomia para alimentar-se devido à dificuldade de deglutição, tem

atraso no crescimento e desenvolvimento, atrofia de membros inferiores e superiores, recebe oxigênio no domicílio e necessita ser aspirado vários vezes ao dia pelo excesso de secreção e fazer fisioterapia respiratória três vezes por semana.

L. N. mora num pequeno apartamento de três cômodos, aparentemente limpo, o pai trabalha e ganha um salário mínimo, a mãe vive exclusivamente para cuidar do filho.

A mãe de L. N. busca apoio para cuidar do filho no sistema de saúde, mas nem sempre consegue confiar nos profissionais que se disponibilizam a cuidar do mesmo. A equipe de saúde da família, com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da família (RMSF), tem grande dificuldade para a construção de vínculo com a mãe, pois esta não acolhe bem os profissionais de saúde e parece está sempre se negando a recebê-los no seu domicílio. Reclama quando os mesmos não vão, e quando estes aparecem para apoiar, reabilitar a criança, muitas vezes não abre a porta. Nega-se muitas vezes a seguir orientações médicas para o filho, se ela não acredita. Quando encontra alguma dificuldade para receber medicamentos ou insumos, altera-se e diz que somente no grito é que consegue as coisas.

L. N. também é acompanhado e recebe cuidados da atenção domiciliar do Município, onde atuam fonoaudiólogas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Segundo estes profissionais a mãe de L. N. não os acolhe bem e tem dificuldade em confiar nos mesmos e seguir suas orientações.

Após a observação desta realidade, foram identificados alguns pontos chaves como causas geradoras da situação problema, que são: a falta de vínculo entre os profissionais

de saúde e a mãe da criança e a necessidade de cuidado da saúde mental da mãe.

## **METODOLOGIA**

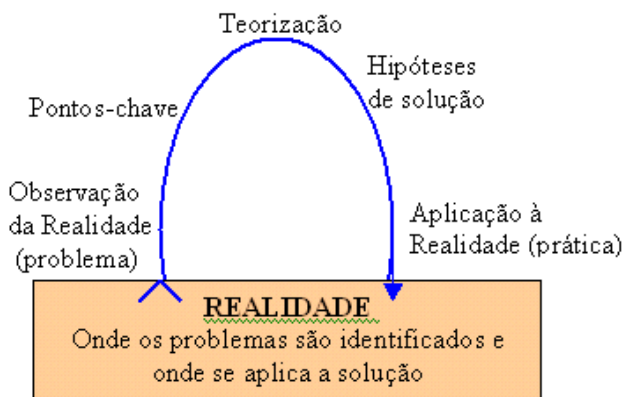
Este estudo resulta de uma atividade desenvolvida na comunidade para a obtenção de um dos critérios de avaliação do Módulo de Educação em Saúde II do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF). Este módulo tinha objetivo geral de desenvolver atividades de preceptoria de profissionais em serviços de saúde. O módulo também se propunha a desenvolver competências para o saber agir em situações educativas de ensino aprendizagem no contexto da saúde, utilizando técnicas de ensino-aprendizagem no contexto do cuidado na atenção primária à saúde com foco na problematização.

Realizou-se um estudo de caso, com abordagem qualitativa, e como metodologia aplicada o Arco de Maguerez, que consiste numa técnica de ensino-aprendizagem com foco na problematização. Para o desenvolvimento dessa metodologia, é necessário seguir alguns passos: observação da realidade (levantamento do problema); pontos chaves; teorização; hipóteses de solução e a aplicação à realidade (prática). Bordenave e Pereira (1989) afirmam que:

O segredo do bom ensino e o entusiasmo pessoal do professor, que vem de seu amor à Ciência e aos alunos e deve ser canalizado mediante planejamento e metodologia adequados, visando, sobretudo a incentivar o entusiasmo dos alunos para realizarem por iniciativa própria os esforços intelectuais e morais que a aprendizagem exige.



**Figura 1:** Problematização com o Arco de Maguerez



A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez, segundo Berbel (1996), tem como ponto de partida a realidade que, observada sob diversos ângulos, permite ao estudante ou pesquisador extrair e identificar os problemas existentes.

Elegeu-se como cenário do estudo um Centro de Saúde da Família no município de Sobral - CE. O problema identificado foi o sofrimento familiar frente à situação neurológica irreversível de um filho.

Para a discussão do caso realizou-se um encontro entre os mestrandos, enfermeiros, sendo um deles tutor (a) do território, a enfermeira da ESF, farmacêutica, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social e fonoaudióloga da RMSF e do NASF, Agente Comunitária de Saúde (ACS) e equipe de Atenção Domiciliar do município.

## **DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO**

### **1º Momento: Observação da Realidade Social**

Nesta primeira etapa do Método da Problematização, discutiu-se o caso a partir da realidade da família. Foi considerada a história de vida da família com o nascimento de um filho com doença crônica irreversível, completamente dependente, necessitando de cuidados contínuos, modificando toda dinâmica familiar. A situação da mãe com apoio familiar fragilizado, levando a mesma a sofrimento físico, psíquico e emocional. Há dificuldade para a construção de vínculo da equipe de saúde, a mãe não acolhe bem os profissionais de saúde e parece estar sempre se negando a recebê-los no seu domicílio. Reclama quando os mesmos não vão, e quando estes aparecem para apoiar, reabilitar a criança, muitas vezes não abre a porta. Nega-se muitas vezes a seguir orientações médicas para o filho, se ela não acredita. Quando encontra alguma dificuldade para receber medicamentos ou insumos, altera-se e diz que somente no grito é que consegue as coisas. A partir desse questionamento, abriu-se um debate, onde todos os profissionais puderam expor suas ideias a respeito do caso.

### **2º Momento: Pontos - Chave**

Na segunda etapa, os profissionais: ACS, residentes, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, tutor, enfermeira de referência da família, profissionais do Serviço de Atenção Domiciliar fizeram uma síntese dos principais motivos que levaram à situação problema. E destacaram as seguintes causas: a falta de vínculo entre os profissionais de saúde e a

mãe da criança e a necessidade de cuidado da saúde mental da mãe. Foram feitas várias reflexões sobre a importância do vínculo de profissionais de saúde com as famílias de seu território, e os cuidados com cuidadores familiares de crianças em situação de doença neurológica crônica e irreversível.

### **3º Momento: Teorização**

Nesta etapa, os profissionais contextualizaram temáticas que abordam o vínculo equipe de saúde e usuários e os cuidados com cuidadores de doenças crônicas, com o intuito de ampliarem seus conhecimentos sobre o assunto.

Na teorização sobre vínculo, embasou-se em Campos (1997), ao afirmar que o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Merhy (1997) afirma que a relação humanizada da assistência, que promove a acolhida, dá-se sob dois enfoques: o do usuário e o do trabalhador.

Teorizando as condições crônicas de crianças e a sobrecarga para a família, nos detemos em Barros (2003), ao considerar que a doença crônica apresenta um curso longo. Pode ser incurável, incontrolável, capaz de deixar sequelas e limitações físicas e/ou cognitivas, exigindo constantes adaptações ao meio. Em consequência, a doença crônica pode afetar a família, as relações sociais, ocupacionais, escolares e profissionais e, ainda, pode envolver perigo ou risco de vida.

Crianças com doença crônica podem necessitar de cuidados cotidianos da família, sendo que, em alguns casos, podem ser evidenciadas limitações físicas e/ou cognitivas em consequência dos sintomas da doença e as frequentes hospitalizações para exames e tratamento (VIEIRA; LIMA, 2002). Em virtude dos cuidados maternos que a criança com doença crônica pode necessitar, a mãe muitas vezes abandona o emprego, direcionando seus esforços apenas para o filho. A mãe que cuida do doente pode modificar seu papel de esposa e mulher e centralizar apenas no papel de cuidadora.

Por conta disto, a probabilidade de esgotamento e de problemas emocionais é maior, podendo apresentar isolamento social, agressividade na relação conjugal, revolta, desejo que o pai seja mais ativo no cuidado do filho, sobrecarga emocional, física e também financeira, bem como desencadear perturbações em nível da saúde mental e do bem-estar psicológico (MONTEIRO, MATOS; COELHO, 2002; SPROVIERI; ASSUMPCÃO JR, 2001; BARROS, 2003).

#### **4º Momento: Hipóteses de Solução**

Nesta etapa, os profissionais propuseram um plano de cuidados para a criança e sua família, tendo como foco o vínculo com a mãe da mesma.

Foram planejadas as seguintes ações: 1) Visita domiciliar com a tutora, a Agente Comunitária de Saúde, e a profissional do Serviço Social e a enfermeira de referência; 2) Encaminhamento da mãe para acompanhamento psicológico; 3) Pactuação entre a fisioterapeuta do NASF e da Atenção Domiciliar para assistência compartilhada à criança no domicílio; 4) Pactuação com a farmacêutica para visita domici-

liar e avaliação do material disponível para o cuidado com a criança, (cateteres, oxigênio, sondas, oxímetro, equipamentos e medicações utilizadas na nebulização).

### **5º Momento: Aplicação à Realidade**

Os profissionais organizaram suas agendas para a execução das atividades estabelecidas no plano. Verificou-se que a metodologia traz sentido para os profissionais e, além de buscar a organização do processo de trabalho, faz com que estes profissionais consigam refletir sobre situações complexas do território, e a importância de compreender histórias de vida, subjetividades, vínculo e responsabilização.

### **CONCLUSÃO**

Percebe-se, então, que na Metodologia da Problematização, os problemas são identificados pelos profissionais através da observação da realidade e é justamente essa realidade que será problematizada de maneira sempre dinâmica e reflexiva.

Apesar de não haver uma previsão em relação aos resultados, o que se notou através desse estudo foi que profissionais participaram de forma ativa e mostraram real interesse pelo caso estudado. Assim, pode-se dizer que, além de poderem refletir sobre o processo de trabalho, sobre as abordagens utilizadas nesse processo, a importância do vínculo com os usuários de seu território, sentiram-se responsáveis, apoiados num trabalho em equipe para prestar uma atenção integral à criança e sua família do caso estudado.

## REFERÊNCIAS

BARROS, L. **Psicologia pediátrica**: Perspectiva desenvolvimentista. 2. ed. Lisboa: Climepsi, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília; 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Especialização em Saúde da Família. Modalidade à Distância. Módulo Psicossocial. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial**: a prática da integralidade. Universidade Federal de São Paulo, 2011.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da Problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da práxis. **Semina**: v.17, n. esp., p.7-17, 1996.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. ed., 1989.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997. p. 29-87.

D'AMOUR, Danielle et al. Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, 2005.

MATTOS, Ruben Araujo. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Julio César França (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional: contribuições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 313-352.

MERHY, E. E. **O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: Cecílio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.

MONTEIRO, M.M; FIGUEREDO, V. P; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. 2009; 43(2): 358-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a15v43n2.pdf>. Acesso em: 18 de jan. 2012.

MONTEIRO, M.; MATOS, A. P.; COELHO, R. A adaptação psicológica de mães cujos filhos apresentam paralisia cerebral. **Rev. Portuguesa de Psicossomática**, 4(2), 149-178. 2002.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 11-26.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

SPROVIERI, M. H. S.; ASSUPÇÃO JR, F. B. Dinâmica familiar de crianças autistas. **ArqNeuropsiquiatria**, **59**(2-A), 230-237. 2001.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, **10**(4), 552-560. 2002.



# **TUBERCULOSE E LINHAS DE CUIDADO: UM ESTUDO DE CASO COM BASE EM TECNOLOGIAS ANALISADORAS**

Elayne Cristina Costa Damasceno  
Janice Dávila Rodrigues Mendes  
Svetlana Coelho Martins  
José Jeová Mourão Netto  
Gracyanne Maria Oliveira Machado  
Francisco Rosemiro Guimarães Neto  
Eliany Nazaré Oliveira  
Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas  
Maria Socorro de Araújo Dias  
Israel Rocha Brandão

## **RESUMO**

O estudo busca relatar a experiência dos estudantes do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA) no apoio a uma família com histórico de tuberculose pulmonar e à Equipe de Saúde da Família (ESF) responsável por esta, no município de Teresina (PI). As atividades desenvolvidas foram demandadas a partir dos módulos Atenção Integral à Saúde da Família e o de Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica, visando ao alcance dos seguintes objetivos: contribuir para o fortalecimento do vínculo da família com a equipe de saúde; descrever as redes de apoio à família, que podem estar contribuindo para o desenvolvimento do plano de cuidados;

identificar as vulnerabilidades da família e as necessidades de educação em saúde na comunidade; elaborar o fluxograma analisador para descrição do processo de trabalho da ESF na atenção ao sujeito com tuberculose. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Construção do genograma e ecomapa; avaliação do ciclo de vida; visitas domiciliares; reavaliação do projeto terapêutico singular que havia sido elaborado em conjunto com a ESF; construção de um Fluxograma analisador do processo de trabalho da ESF na atenção a um dos integrantes da família que se encontrava em tratamento para tuberculose foram as principais ações e atividades desenvolvidas. Destaca-se como um dos resultados alcançados a sensibilização/capacitação da equipe da ESF, que passou a aplicar ferramentas para monitorar o processo de adoecimento de famílias, considerando as vulnerabilidades e o cuidado integral.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Tuberculose Pulmonar. Fluxograma Analisador.

## INTRODUÇÃO

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, proporcionou um intenso processo de descentralização e implantação de novas políticas, programas, projetos, serviços e ações de saúde nas três esferas de governo. Entre os programas implantados, tem-se o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que com o avançar do número de equipes e a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade, principalmente, os relacionados a dois grupos prioritários, como é o caso da mulher e da criança (XIMENES, 2007). Em 1997, passa a Estra-

tégia Saúde da Família (ESF), política estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS) Brasileira, que vem viabilizando a construção de um novo modelo de atenção à saúde. A ESF constitui-se como um das principais políticas instituídas pelo Setor Saúde, para desencadear, fomentar e contribuir para o espaço local, com o desenvolvimento de processos favoráveis à construção da saúde e de ambientes saudáveis e harmônicos, na relação homem-natureza (BRASIL, 1997).

A ESF busca substituir o modelo tradicional hegemônico sanitário, centrado no hospital, e assume o desafio de garantir o acesso igualitário de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde, baseando-se nos princípios do SUS, tais como a integralidade, a universalidade, a equidade e o controle social que priorizam as ações de prevenção de doenças e de promoção, proteção e recuperação da saúde dos sujeitos, suas famílias e comunidades, de forma integral e continuada; estabelecendo uma relação permanente entre profissionais da saúde e a população assistida, marcada por um atendimento humanizado e resolutivo dos problemas e necessidades de saúde mais frequentes, com um olhar para os determinantes sociais do território adscrito (BRASIL, 1997).

A Atenção Básica no Brasil tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, 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, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Utiliza tecnologias de baixa densidade, de cuidado complexas e va-

riadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

A ESF tem se mostrado como um modelo de atenção singular, não só para reversão do modelo de atenção, mas também para o cuidado das famílias, sujeitos e comunidades em situação de risco e/ou vulnerabilidade ou não, principalmente, no caso de doenças crônicas transmissíveis, em que exige toda uma linha de cuidado personalizada, que gere vínculo entre a família e a equipe da ESF, durante o processo saúde-doença-cuidado.

A Linha de Cuidado, nesta perspectiva, é centrada no campo de necessidades dos usuários e pressupõe: a existência do cuidador, o uso da tecnologia leve, o projeto terapêutico adequado, a existência da rede de serviços que suporte as ações necessárias, o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório. O esperado é um “caminhar” na rede de serviços que seja seguro, sem obstáculos, pois isto garantirá a qualidade da assistência. A “linha de produção do cuidado” não se encerra no momento em que é estabelecido o projeto terapêutico, ela deve continuar no acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

Neste contexto, o presente estudo foi proposto com base em um problema/situação vivenciada no processo de trabalho da ESF em Teresina, que havia sido estudada e analisada no módulo de Atenção Integral à Saúde da Família no

Mestrado Profissional de Saúde da Família, mas que necessitava de maior imersão no cotidiano da equipe em questão, sendo, portanto, o caso/demanda retomada no módulo de Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica. Diante dos avanços que havíamos conseguido no módulo de Atenção Integral à Saúde da Família era oportuna a aplicação do fluxograma descritor para análise do processo de trabalho da equipe da ESF.

## **PROBLEMA-SITUAÇÃO**

Em uma família havia ocorrido vários casos de tuberculose. A relevância do estudo ocorre tendo em vista que a doença vem se repetindo na família por duas gerações, e diagnosticada tardiamente. Soma-se a essa situação o fato de haverem casos na família que foram identificados já com complicações secundárias ao quadro de tuberculose, como derrame pleural e empiema. A genitora ficou doente por três vezes, há um dos filhos usuário de crack que fez tratamento para tuberculose por duas vezes, tendo abandonado o primeiro, e, no segundo não compareceu para a realização dos exames que comprovariam a sua cura. Por ocasião do módulo de Processo de Trabalho na Atenção Básica, um dos integrantes da família estava concluindo o tratamento para tuberculose pulmonar. Trata-se de uma família extensa, residente em uma área urbana periférica do município, exposta a diferentes condições de vulnerabilidade em saúde, tais como tráfico de drogas, prostituição, pobreza, falta de saneamento básico e condições de moradia precárias.

Numa residência de 05 cômodos coabitam 15 pessoas, sem instalações hidroelétricas e sanitárias satisfatórias. A renda provém do salário do genitor como pedreiro e do Pro-

grama Bolsa-Família, renda per capita mensal em média de R\$ 50,00. Os jovens e as crianças encontram-se na escola e não participam de nenhum programa de proteção social.

Observa-se, portanto, que o risco de alguns dos familiares virem a adoecer de alguma forma de tuberculose multirresistente é maior nesta família do que na população em geral. Para Brasil (2011), pessoas com tratamento irregular ou reingresso após abandono são consideradas situações nas quais está associada à maior probabilidade para o desenvolvimento de bacilos resistentes. Barroso *et al.* (2003) ressaltam que condições sanitárias insatisfatórias, alcoolismo, tabagismo e número de tratamentos anteriores são fatores de risco para tuberculose multirresistente adquirida.

A equipe da ESF responsável pela família em questão sente-se impotente diante de tal problemática, informou que já foram realizadas várias tentativas, mas não romperam a cadeia de transmissão da doença dentro do domicílio, dessa forma a mesma estava desacreditada em uma nova abordagem. A relação equipe-família estava fragilizada, o vínculo terapêutico não existia.

## **OBJETIVOS**

O estudo tem como objetivos contribuir para o fortalecimento de vínculo da família com a equipe de saúde; descrever as redes de apoio à família, que podem estar contribuindo para o desenvolvimento do plano de cuidados; identificar as vulnerabilidades da família e as necessidades de educação em saúde na comunidade; elaborar o fluxograma analisador para descrição do processo de trabalho da ESF na atenção ao sujeito com tuberculose.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, sob abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, com base em um projeto de intervenção desenvolvido, como atividade nos módulos de “Atenção Integral à Saúde da Família” e “Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica” do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por meio da Rede Nordeste de Saúde da Família (RENASF). O estudo de caso foi desenvolvido com uma senhora com tuberculose pulmonar e sua família, que se mostra resistente à abordagem e desenvolvimento de plano de cuidados pela equipe da ESF. Para proteção da senhora, será utilizado o termo “D. Santa” para designar a mesma.

As ações desenvolvidas envolvem: a construção do genograma, ecomapa (WRIGHT; LEAHEY, 2012), avaliação do ciclo de vida (ASEN *et al.*, 2012), visitas ao lar da referida família do estudo; reavaliação do projeto terapêutico singular que havia sido elaborado em conjunto com a equipe da ESF por ocasião do módulo de Atenção Integral à Família e construção de um Fluxograma analisador do processo de trabalho (MERHY, 1997) da equipe na ESF na atenção a um dos integrantes da família que se encontrava em tratamento para tuberculose. Os sujeitos do estudo são os membros da equipe da ESF e a família de D. Santa.

Consideramos o genograma e o ecomapa, pois compreendemos que nos possibilita uma prática interativa e participativa com a família em estudo, bem como o exercício destas ferramentas.

Já o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma variação da discussão do caso clínico, portanto é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito doente e sua relação com a doença, para definição de propostas de ações. Contém quatro momentos: o diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (CARVALHO; CUNHA, 2012).

A grande utilidade do ciclo de vida das famílias é uma visão antecipada de possíveis desafios a serem enfrentados no estágio de desenvolvimento em que a família se encontra. Isso possibilita a atividade preventiva, no sentido educacional, com esclarecimento das famílias sobre as possíveis crises que podem surgir nas suas diversas fases, ensinando-as a lidar com as prováveis situações de conflito ou mudanças progressivas, promovendo a capacidade de resolução de problemas, crescimento e desenvolvimento do sistema familiar (MINAS GERAIS, 2010).

Segundo Merhy (1997), o fluxograma é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. É uma forma de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho no cotidiano. Ele é representado por três símbolos, convencionados universalmente. A elipse, que representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços; o losango, que indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo, que diz respeito ao momento de intervenção, ação sobre o processo. Procura-se, com o fluxograma, interrogar a micropolítica da organização do serviço de saúde e, assim, revelar as relações ali estabelecidas entre os trabalhadores e desses com os usuários, os nós críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios.



O estudo teve início em maio de 2012 e as atividades propostas no Projeto Terapêutico Singular foram concluídas em maio de 2013.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Para reavaliação do Projeto Terapêutico Singular, conforme proposto por Carvalho e Cunha (2012), foi realizado uma reunião com a equipe. Observou-se que a mesma continuava desacreditada sobre a possibilidade de qualquer tipo de enfrentamento com a família em questão, pois há o relato de ser dependente e necessitar de assistencialismo. O PTS foi uma oportunidade para sensibilizar a equipe de uma visão global do processo-saúde-doença.

Por ocasião da construção do genograma e ecomapa, foram realizadas 03 visitas domiciliares e nessas visualizamos que houve na família 04 casos de óbitos, sendo 03 óbitos infantis no primeiro ano de vida. Ao todo, 08 membros adoeceram de tuberculose. Há vínculos fortes com a Escola onde os jovens e as crianças estudam, a diretora é solícita e atenciosa à família, tendo ajudado com recursos materiais e visitas. A família tem bom vínculo com a Agente Comunitária de Saúde (ACS), a qual a genitora chamou de mãe, no entanto o fluxo não é unilateral, pois a ACS está cansada e desacreditada quanto ao processo de saúde-doença da família, devido ao fato da mesma ser resistente a todas as recomendações da equipe. A genitora quando interrogada sobre sua relação com Centro de Saúde da Família e a equipe ESF fez silêncio e não respondeu. Quanto à Igreja, a família não tem vínculos com nenhuma. Com os vizinhos, há fraco vínculo, somente com a vizinha da direita. Quando ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) não há vínculo, os jovens e as crianças não participam de nenhum

programa de proteção social. A Família, principalmente os jovens e as crianças, possui forte vínculo com uma ONG (Organização não Governamental) do bairro, esta tem sido mediadora entre a equipe e a família. O lazer é somente o bar / mercearia da Vila.

Diante do exposto se faz necessário enfatizar que a relação equipe-família estava fragilizada, o vínculo terapêutico não existia. Caprara e Rodrigues (2004) apontam que vários fatores podem influenciar a relação médico-paciente: o setting terapêutico, aspectos relacionados ao paciente (no caso a família), como aspectos psicossociais, experiências anteriores de adoecimento, ansiedade, medo e aspectos relacionados aos profissionais, como a personalidade, fatores psicológicos (estresse, frustração) e seu treinamento técnico.

Por se tratar de um território complexo com alto índice de vulnerabilidade, com uma demanda alta para a equipe, de ocorrer na família casos de drogadicção e de abandono a tratamentos anteriores, bem como há escassos recursos na comunidade, como podemos visualizar pelo genograma e ecomapa, tais fatores contribuem para interferir na formação de vínculo terapêutico da equipe com a família.

A família por sua vez demonstra aceitação da situação de recorrência da tuberculose e falta de confiança nos profissionais da equipe.

Quanto aos aspectos técnicos, observa-se que os profissionais ainda atuam com base no modelo biomédico, tendo em vista que todas as abordagens da equipe no controle da tuberculose foram centradas na doença, uma vez que pouco consideraram os determinantes sociais e outros componentes do processo saúde-doença.

A relação profissional de saúde-paciente é assimétrica (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Há desigualdades de status e poder, portanto, é preciso afetar os determinantes sociais que modelam o contexto em que o encontro clínico acontece (GOMES, 2011).

Segundo Gomes e Sá (2009), para construção de vínculo, deve-se considerar a capacidade da equipe de se responsabilizar pela atenção integral à saúde daqueles que vivem num dado território. As ações de combate à tuberculose assumem diferentes conformações em função da singularidade dos sujeitos e dos cenários e que o cuidado na perspectiva da integralidade requer o estabelecimento de uma relação de confiança e compromisso entre os envolvidos no processo terapêutico.

Por se tratar de uma família extensa, identificamos 04 ciclos de vida: famílias com adolescentes, famílias com crianças em idade escolar, iniciando a vida a dois, e famílias envelhecendo. Há 15 pessoas convivendo em uma casa com espaço reduzido, afetando as condições de higiene como um todo. O filho mais velho iniciou um relacionamento familiar, mas ainda reside com os pais, encontra-se dependente dos mesmos, necessitando desenvolver sua autonomia, no entanto, a drogadicção o torna impotente de assumir seu papel de adulto jovem. Há adolescentes e crianças.

O fluxograma contribuiu como uma importante ferramenta de avaliação das ações desenvolvidas com o paciente, onde percebemos as fragilidades ocorridas durante a terapêutica realizada. Observa-se que no atendimento ao integrante da família que se encontrava em tratamento para a tuberculose as ações dos profissionais estavam centradas

somente na patologia e na dispensação dos medicamentos. Não é realizado como proposto pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) o tratamento diretamente observado (TDO). O paciente por sua vez faz o tratamento autoadministrado, mas não atua como protagonista no seu tratamento, pois não cumpre as orientações e os exames solicitados pelos profissionais.

Foi possível através desta ferramenta a realização de um planejamento no cuidado ao cliente de forma integral, possibilitando uma autoanálise dos profissionais quanto ao seu processo de trabalho em equipe.

A equipe foi sensibilizada a compreender o processo de adoecimento da família em questão com base nas vulnerabilidades e no cuidado integral. Compreendeu a necessidade de se trabalhar em rede, formar parcerias para atender as necessidades de saúde-doença das famílias de sua comunidade, bem como foi orientada a avaliar suas atividades de educação em saúde na prevenção da Tuberculose na comunidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prestação do cuidado à família representa ainda um desafio para a ESF. São necessários conhecimentos específicos, sensibilidade, habilidades e dedicação para o profissional conseguir atender a dinâmica familiar dos usuários e suas relações, a qual se revela como um grande potencializador do processo de reequilíbrio/cura das pessoas.

O vínculo da equipe com a família estava fragilizado, todas as abordagens que haviam feito estavam centralizadas na doença. A equipe se sentia impotente e desacreditada em

realizar intervenções na família em estudo. Uma das dificuldades na construção de vínculo com o usuário e sua família trata-se da postura ainda mantida por alguns profissionais de coisificação dos usuários, de soberania sobre a comunidade e de relação de poder sobre o território. Na realidade, o vínculo ultrapassa a visão do profissional de saúde da manutenção de contato e acompanhamento à saúde com os usuários, mas é construído através da longitudinalidade, integralidade e humanização dos mesmos. A execução do PTS e o trabalho com as ferramentas de abordagem familiar é para a equipe um grande desafio a ser vencido na execução diária de sua prática. O fluxograma contribui como uma importante ferramenta de avaliação das ações desenvolvidas com o paciente, através desta ferramenta é possível a realização de um planejamento no cuidado ao cliente de forma integral, possibilitando uma autoanálise dos profissionais quanto ao seu processo de trabalho em equipe, consequentemente levando a uma reorganização do serviço.

## REFERÊNCIAS

ASEN, E; TOMSON, D; YOUNG V, TOMSON, P. **Dez minutos para a família:** intervenções sistêmicas em Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Artemed, 2012.

BARROSO, E C. Fatores de risco para tuberculose multirresistente adquirida. **Jornal de Pneumologia**, v.29, n. 2, p. 89-97, mar.- abr., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Série A- Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2011.

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

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A Gestão da Atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da para a organização na Saúde. IN: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CAPRARA, A; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 9, n° 1, p.139-146, 2004.

GOMES, ANA *et al.* Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. **Revista APS**, v. 14, nº 4, p. 435-446, 2011.

GOMES, A L C; SÁ, L D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-72, 2009.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, 2010.

MERHY E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY E. E; ONOCKO R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. Cap. 2. p. 71-112.

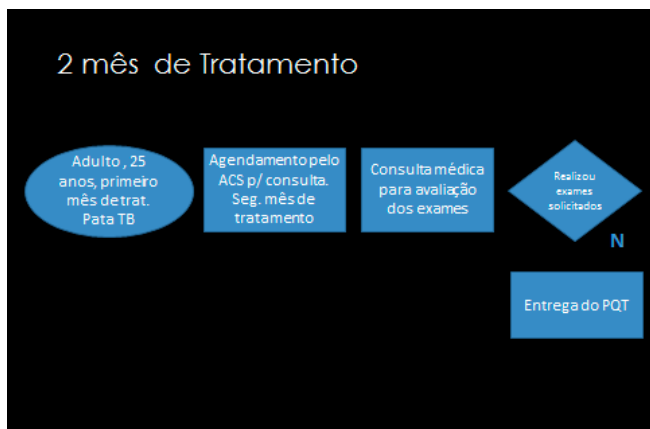
MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte: ESPMG, 2010. Conteúdo: Oficina 6 – Abordagem Familiar Guia do Tutor/Facilitador.

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

XIMENES NETO, FRG. **Gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família**: o processo de trabalho dos gerentes [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará - UECE; 2007.

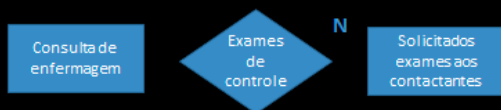
## APÊNDICES

### APRESENTAÇÃO GRÁFICA DO FLUXOGRAMA CONSTRUÍDO JUNTO A ESF

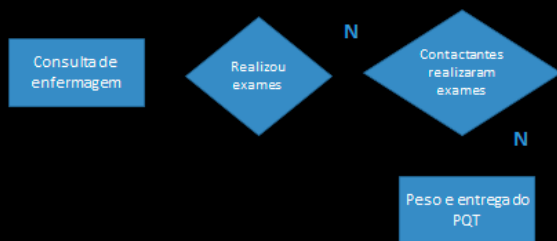




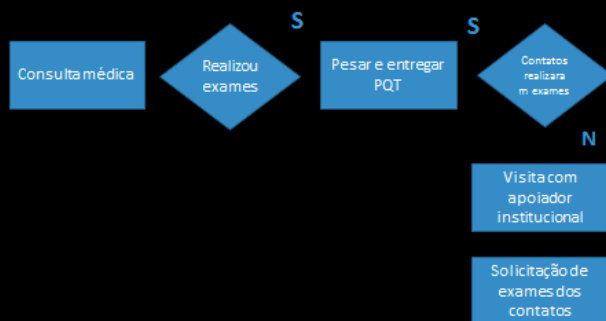
## 4 mês de Tratamento



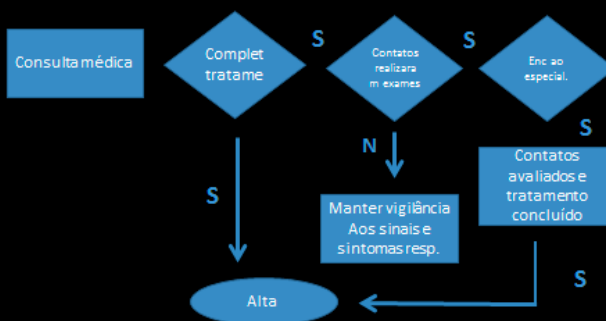
## 5 mês de Tratamento

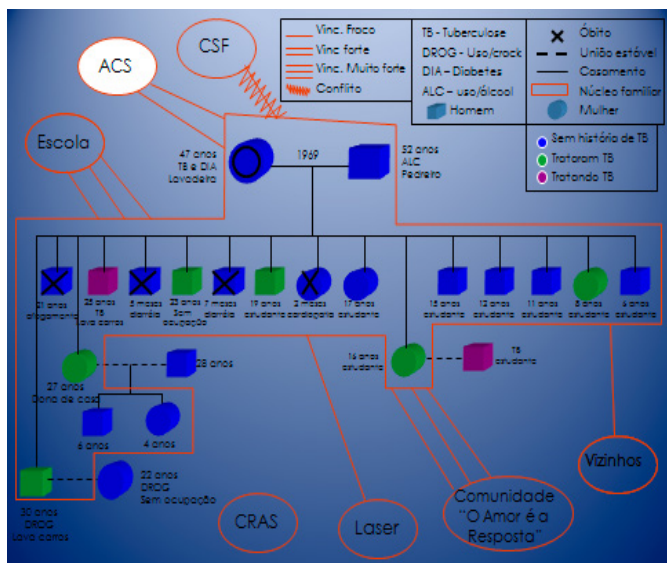


## 6 mês de Tratamento



## 7 mês de Tratamento

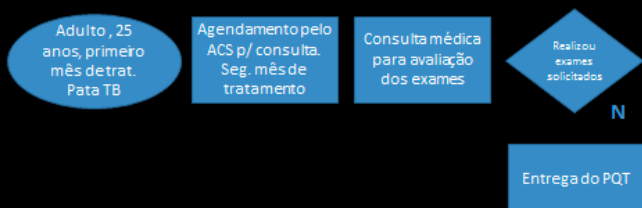




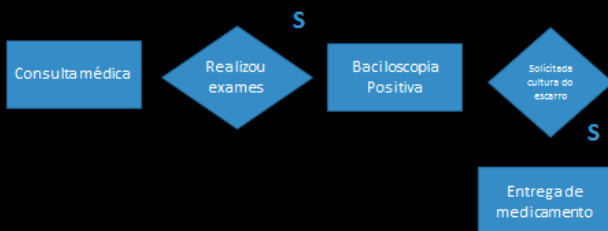
# GENOGRAMA E ECOMAPA

## APRESENTAÇÃO GRÁFICA DO FLUXOGRAMA CONSTRUÍDO JUNTO A ESF

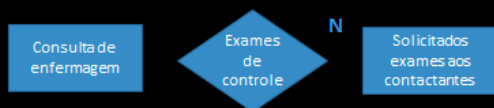
### 2 mês de Tratamento



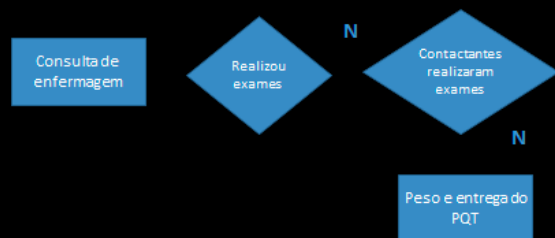
### 3 mês de Tratamento



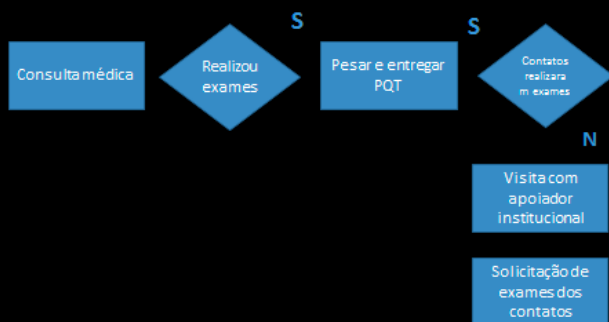
## 4 mês de Tratamento



## 5 mês de Tratamento



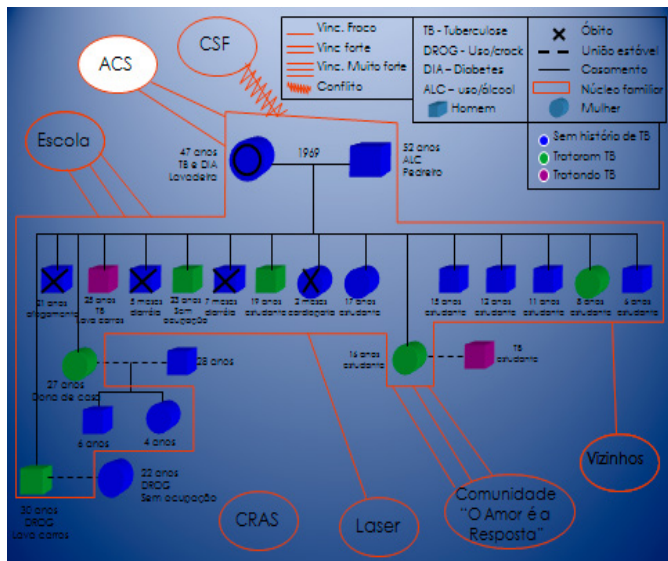
## 6 mês de Tratamento



## 7 mês de Tratamento



# GENOGRAMA E ECOMAPA



# **CULTURA DE PAZ PELO REENCANTAMENTO DO TERRITÓRIO: UMA EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TERRITÓRIO ALTO DA BRASÍLIA, SOBRAL-CE**

Noraney Alves Lima  
Ingrid Freire Silva  
Raila Souto Pinto Menezes  
Irlanda Pontes Oliveira  
Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
Maria Socorro de Araújo Dias  
Maristela Inês Osawa Vasconcelos  
Maria Adelane Monteiro da Silva  
Ana Cecília Lins Sucupira

## **RESUMO**

Trata-se de uma prática na comunidade desenvolvida como atividade do módulo Promoção da Saúde do Mestrado Profissional em Saúde da Família. Na Nucleadora UVA, considerando que a Política Nacional de Promoção da Saúde é uma estratégia de coprodução de cuidado que deve se efetivar de forma transversal em todos os níveis de atenção, articulada com as demais políticas públicas, com enfoque nos determinantes e condicionantes dos processos de saúde-adoecimento, tais como: violência, desemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada/ausente, fome, urbanização desordenada, dentre outros. Destacamos entre estes determinantes a violência, que somente a partir da década de 1980 foi incorporada na agenda da saúde pública, configurando na atualidade um novo perfil de problemas de



saúde do Brasil e do mundo. O caráter multidimensional e a complexidade dos vários tipos de violência exigem políticas públicas intersetoriais e a articulação de redes sociais de promoção de uma cultura de paz para seu enfrentamento. A cultura de paz se consolida no cotidiano através da disseminação de um conjunto de valores, atitudes, saberes, práticas e modos de vida baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. No processo de territorialização no Território Alto da Brasília, em Sobral-Ceará, identificamos o aumento da violência como determinante de agravos, da estigmatização do bairro e da baixa autoestima coletiva na sua população. Diante desta realidade, a Equipe de Saúde da Família, juntamente com a rede local, desenvolveu o Projeto Cultura de Paz pelo Reencantamento do Território. Este Projeto de Intervenção foi construído coletivamente com o apoio da equipe de mestrandas como atividade do módulo de promoção da saúde no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Objetivos: Mobilizar a comunidade do território para a ressignificação das suas relações consigo, com o outro e com o meio. Método: O referido projeto é de natureza intervencionista, desenvolvendo atividades de planejamento participativo e de mobilização comunitária, estimulando a construção do protagonismo popular na promoção da saúde. As ações foram realizadas principalmente nos meses de abril e maio de 2012. Dentre os sujeitos envolvidos estão os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, do Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, dos Agentes de controle de endemias, líderes comunitários, de residentes/mestrandos em Saúde da Família e acadêmicos dos Cursos de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do

Acaraú - UVA e de Fisioterapia do Instituto de Tecnologia Aplicada – INTA. Resultados: Foi desencadeado um processo de articulação entre a Equipe de Saúde da Família e as lideranças locais, os trabalhadores do Banco de Mudas, dos Agentes de Controle de Endemias. O referido projeto contribuiu para ampliação e fortalecimento da rede local de promoção da cultura de paz. As ações intersetoriais desenvolvidas possibilitaram a melhoria da limpeza e ambiência da Praça do Conjunto Paraíso das Flores, para favorecer a autoestima coletiva e conseqüentemente estimular a mudança de atitude não só para a prevenção e controle das doenças relacionadas ao destino inadequado do lixo mas também para promover a cultura da paz e resignificar as relações da equipe e dos usuários com o seu território. Assim esta experiência evidenciou a importância da afetividade na construção da identidade de lugar para a participação, a implicação e a corresponsabilização da população na promoção do autocuidado, do cuidado dos pares e do entorno.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Cultura de paz. Redes intersetoriais.

## **INTRODUÇÃO**

Na atualidade, as violências e os acidentes, ao lado das doenças crônicas e degenerativas, configuram um novo perfil de problemas de saúde no Brasil e no mundo. Segundo Buss e Pelegrinni Filho (2007), a violência como fenômeno sócio-histórico multidimensional está relacionada aos diversos níveis de fatores da determinação social da saúde, de forma que exige políticas públicas intersetoriais/transetoriais e a articulação de redes sociais de promoção da cultura de paz.

Compreendemos a Cultura de Paz como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, que propiciam o fomento da paz na perspectiva da transformação da realidade social (ONU, 1999). Para tanto, desde o lançamento do Manifesto 2000 por uma cultura de paz e nãoviolência, são difundidos os princípios da cultura de paz propostos por alguns dos ganhadores do Prêmio Nobel da Paz, quais sejam: Respeitar a vida; Rejeitar a violência; Ser generoso; Ouvir para compreender; Preservar o planeta e Redescobrir a solidariedade.

A Política Nacional de Promoção da Saúde aprovada pela portaria nº 687, de 30 de março de 2006, preconiza que para atingir o objetivo de promover a qualidade de vida é necessário favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes saudáveis, além de estimular a adoção de modos de viver não violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz.

Foi somente a partir da década de 1980, que a violência foi incorporada na agenda da saúde pública, tanto no Brasil como no mundo (BRASIL, 2010). No entanto, ainda é um desafio a abordagem desta questão como um dos determinantes sociais do processo saúde doença no cotidiano da atuação das Equipes de Saúde da Família. Assim como também necessitamos de mais iniciativas de promoção do protagonismo popular e de mobilização da comunidade na articulação da rede local para o desenvolvimento de ações intersetoriais com ênfase na disseminação da cultura de paz.

Neste sentido, o processo de territorialização e o planejamento das ações para a quadra invernal do Centro de

Saúde da Família do Alto da Brasília constituíram-se como espaços oportunos para ampliar a visão da equipe acerca dos determinantes das doenças e os agravos consequentes do destino inadequado do lixo. Neste caso, observamos como determinantes e condicionantes: o aumento das violências, que por sua vez estão relacionados à baixa autoestima coletiva e a reprodução da cultura de violência.

Tais questões incidem sobre o processo de implicação da população com o seu território, implicando na fragilidade da identidade de lugar, devido ao estigma sofrido pelo bairro por uma visão discriminatória e reducionista como espaço violento e perigoso. Bonfim (2010) toma o sentir como referência para compreender a cidade, implicar-se com a transformação do seu modo de viver no cotidiano e orientar a potência de ação. Neste sentido, afirma que:

Extrapolando para o cotidiano na cidade, a afetividade não é só o vínculo do habitante com seu lugar, mas todos os sentimentos e emoções que, em seu conjunto, demandam disposições afirmativas ou negativas, positivas ou negativas, que configuram uma afetividade em relação ao espaço construído e vivido. (BONFIM, 2010, p. 55)

Diante desta percepção da realidade, a Equipe do Centro de Saúde da Família do Alto da Brasília, juntamente com a tutora de território, as residentes da IX turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, as acadêmicas de Serviço Social e de Fisioterapia de uma faculdade privada, as profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o

supervisor do controle de endemias e integrantes do comitê de lideranças do bairro perceberam a necessidade de articulação da rede intersetorial para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e da cultura de paz.

Entre os sujeitos envolvidos no processo, também esteve a equipe de mestrandas do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), tendo como nucleadora a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que estavam experienciando a atividade de prática na comunidade no módulo de Promoção da Saúde, inserindo-se como apoio à sistematização do Projeto Cultura de Paz pelo Reencantamento do Território, a partir da articulação da rede local para o planejamento e desenvolvimento intersetorial de ações de promoção da saúde e da cultura de paz.

Este projeto de intervenção propôs um novo enfoque para o desenvolvimento das ações da quadra invernososa na perspectiva da promoção da saúde com a articulação da rede intersetorial e a mobilização da comunidade do Território Alto da Brasília para melhorar o cuidado de si, do outro e do meio.

## **OBJETIVO GERAL**

Contribuir para a promoção da saúde e da cultura de paz na prevenção de doenças relacionadas ao destino inadequado do lixo no território do Alto da Brasília, no Município de Sobral-CE.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Articular a rede intersetorial de promoção da saúde e da cultura de paz;

- Sensibilizar a comunidade local para a ressignificação das suas relações consigo, com o outro e com o meio;
- Desencadear um processo de revitalização dos espaços públicos do território do Alto da Brasília.

## **METODOLOGIA**

O projeto Cultura de Paz pelo Reencantamento do Território fundamenta-se no marco legal da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz, nos Tratados Internacionais e nas Legislações Sociais do Brasil, especialmente nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Promoção da Saúde e nos princípios da Cultura de Paz. Tendo como referenciais teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-político o planejamento participativo; a educação popular em saúde proposta por Freire (1987); a educação para a cultura de paz proposta pelo Manifesto 2000 (DISKIN; ROIZMAN, 2008), inspiradas pela concepção das três ecologias propostas por Guattari (2001).

O referido projeto é de natureza intervencionista, desenvolvendo atividades de mobilização comunitária, estimulando a articulação de rede social e a construção do protagonismo popular na promoção da saúde. O mesmo tem como cenário de atuação o território do Centro de Saúde da Família Alto da Brasília, sendo priorizada a área de maior vulnerabilidade social localizada no Conjunto Habitacional Paraíso das Flores.

Dentre os sujeitos envolvidos, destacamos os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à

Saúde da Família e do Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, dos Agentes de endemias de líderes comunitários, dos residentes e mestrandos em Saúde da Família, dos acadêmicos dos Cursos de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA e de Fisioterapia do Instituto de Tecnologia Aplicada – INTA.

Foram utilizadas como estratégias metodológicas as oficinas de planejamento intersetorial, as rodas de conversa e o método de cogestão da roda. Entre as ações desenvolvidas pelo projeto houve: reunião da equipe para construção da proposta e identificação dos potenciais parceiros; encontro de planejamento intersetorial da ação na Reunião do Comitê de Lideranças do Território; Rodas de Quarteirão com moradores do bairro; Oficinas na Escola sobre os princípios da cultura de paz e educação ambiental; construção de cartazes sobre os princípios da cultura de paz e promoção da saúde e adereços para a caminhada equipe de saúde e as residentes no CSF; limpeza dos Terrenos Baldios; distribuição de mudas para a comunidade; plantação de mudas nos terrenos baldios; revitalização de praças e campos de futebol; Caminhada da Paz; Mutirão da Paz.

O processo de avaliação está se dando de forma permanente através da observação participante, com registro em diário de campo e imagens, além do *feedback* dos participantes das atividades. Neste sentido, serão monitorados os seguintes indicadores de processo: Quantitativos: número de atividades realizadas, número de parceiros envolvidos e número de participantes por atividade; Qualitativos: objetivos das atividades alcançados, nível de participação dos usuários, nível de satisfação dos envolvidos.

Quanto aos indicadores de resultado, consideramos os seguintes: Quantitativos: número de pessoas participantes nas oficinas, número de terrenos baldios limpos, número de mudas plantadas e praças contempladas, percentual de notificações de violências; Qualitativos: objetivos do projeto alcançados, ampliação e fortalecimento das relações da rede local, nível de participação dos parceiros e nível de satisfação dos parceiros.

Os registros dos momentos vivenciados subsidiaram as discussões deste trabalho, as quais estão sustentadas na literatura e políticas acerca da temática.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Entre os resultados que estão sendo alcançados pelo desenvolvimento das ações previstas, destacamos: a ampliação e fortalecimento da rede local da promoção da cultura de paz; a promoção das condições objetivas e subjetivas para a melhoria da qualidade de vida, através da ação sobre os determinantes sociais para a prevenção e controle das doenças relacionadas ao destino inadequado do lixo.

Segundo Lefevre (1999), o movimento social, os usuários e o Estado só podem ter uma práxis enquanto sujeitos da promoção da saúde se romperem com o modelo biomédico e consumista de conceber e praticar saúde, que ainda é hegemônico na realidade brasileira.

Por outro lado, destacamos o estímulo ao fortalecimento da identidade de lugar e da autoestima coletiva, tomadas como importante estratégia para desencadear a mudança de atitude da comunidade na corresponsabilização pelo cui-



dado com os espaços públicos do território. Além disso, o reconhecimento e a disseminação das iniciativas do protagonismo popular podem reforçar a participação e a resiliência comunitária.

Para Bonfim (2010), a afetividade no encontro do cidadão com a cidade pode ser traduzida pela apropriação, enquanto sentimento de pertencimento que transforma o espaço em lugar, com o qual se identifica e se implica para promover seu cuidado e sua transformação. Assim a racionalidade ético-afetiva é experienciada pelo cidadão quando ocorre um movimento criativo-dialético de recriação permanente de sentido para o cotidiano da existência coletiva. Desta forma, a afetividade está relacionada à participação cidadã e a potência de ação para reabilitar o urbano a partir do resgate de valores e do bom conceito de cidade para restituí-la à estima pública.

Observamos a ampliação da percepção das possibilidades de articulação da rede local, pela difusão dos princípios e diretrizes da promoção da cultura de paz e a coprodução do cuidado de si, do outro e do meio. Além disso, este projeto foi fundamental para a construção/fortalecimento de vínculos entre profissionais de saúde, usuários e rede local, sendo que a interlocução com os outros setores responsáveis pelo desenvolvimento urbano e o meio ambiente possibilitou a conquista de melhorias na infraestrutura do território.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Consideramos que este projeto contempla alguns dos desafios da efetivação dos objetivos da Política Nacional de Saúde para estimular alternativas inovadoras e socialmente

inclusivas no âmbito das ações de promoção da saúde, valorizando e otimizando o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde, na perspectiva de favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.

Portanto acreditamos que esta experiência deve ser disseminada e replicada em outros territórios, subsidiando os processos de coprodução de novos sentidos para as ações de promoção da saúde nos territórios da estratégia saúde da família.

A partir da experiência vivenciada, podemos reafirmar que a promoção da saúde é desencadeada por um processo social e político, que se constitui pela articulação das ações direcionadas ao fortalecimento da autonomia e das potencialidades dos indivíduos, grupos e comunidades na coprodução do cuidado de si, do outro e do meio. Ao mesmo tempo em que exige a corresponsabilidade do Estado e das redes sociais na cogestão das políticas públicas direcionadas à transformação das condições sociais, culturais, ambientais, políticas e econômicas para a melhoria da qualidade de vida da população.

Vale ressaltar que enquanto paradigma de natureza essencialmente transversal, integral e intersetorial, a promoção da saúde efetiva-se na construção coletiva de saberes e práticas de saúde, considerando o contexto sanitário e conjuntural e a diversidade cultural de cada território da Estratégia Saúde da Família. A sistematização desta experiência está subsidiando os processos de planejamento anual das ações para a quadra invernos e a coprodução de novos sentidos para as ações de promoção da saúde nos territórios da estratégia saúde da família.

Segundo Lefevre (1999), o movimento social, os usuários e o Estado só podem ter uma práxis enquanto sujeitos da promoção da saúde se romperem com o modelo biomédico e consumista de conceber e praticar saúde, que ainda é hegemônico na realidade brasileira.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela saúde 2006, v. 7, 3. ed. Brasília, 2010.

BONFIM, Zulmira Áurea Cruz. **Cidade e Afetividade**: Estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

BUSS, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (1): 163 - 178, 2000.

DISKIN, Lia; ROIZMAN, Laura G. Paz, como se faz? Semeando cultura de paz nas escolas. 4. ed. UNESCO, Associação Palas Athena, Fundação Vale, Brasília, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1987.

GUATTARI, Félix. **As Três Ecologias**. 11. ed. Campinas-SP: Editora Papyrus, 2001.

LEFEVRE, Fernando. **O Sujeito da Promoção da Saúde**. São Paulo: EDUSP, 1999.

LEROY, J. P. **Territórios do Futuro**: educação, meio ambiente e ação coletiva. Rio de Janeiro: Lamparina, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Revista História, Ciências e Saúde**, Vol. IV, 1998.

## **AGRADECIMENTOS**

Expressamos nossa gratidão aos moradores do território Alto da Brasília, pelas lições aprendidas com seu protagonismo; à Equipe de Saúde da Família em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, bem com aos demais apoiadores: residentes, acadêmicos, profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e facilitadoras do Módulo de Promoção da Saúde do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela soma de esforços baseada no diálogo e complementariedade entre os saberes partilhados e práticas ressignificadas pelo paradigma da promoção da saúde.

# **USO DE FLUXOGRAMA ANALISADOR NO PROCESSO DE CUIDADO AO IDOSO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA – UMA PRÁTICA NA COMUNIDADE**

Ediléia Marcela Dutra  
Evaldo Eufrásio Vasconcelos  
João Kildery Silveira Teófilo  
Leandro José Sousa Teófilo  
Vanessa Matos Gomes dos Santos  
Eliany Nazaré Oliveira  
Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto  
Maristela Ines Osawa Vasconcelos  
Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
Izabelle Mont'Álverne N. Albuquerque

## **RESUMO**

A Estratégia Saúde da Família - ESF se propõe a reorganizar a assistência à saúde por meio de práticas centradas nos usuários. Para tal, é necessária uma reorganização do processo de trabalho das equipes, de forma que atuem decisivamente no ato da produção da saúde. Este relato de experiência é fruto de uma prática na comunidade desenvolvida pelos alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família durante o módulo Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica, tendo como objetivos: elaborar um fluxograma de atendimento no âmbito da ESF a uma família vítima de violência e analisar o processo de trabalho da equipe da ESF a partir desse fluxograma. Esta prática na comunidade foi realizada no período de março a abril de 2013 e desenvolvida em conjunto com os profissionais da equipe

da ESF de Paraguai, no município de Cruz-CE, junto a uma família de três idosos vivendo em situação de violência intrafamiliar, cuja abordagem envolveu a visita domiciliar e a construção do genograma e ecomapa. A coleta dos dados foi feita por meio da análise do prontuário familiar e de entrevista semiestruturada aplicada aos idosos. A análise dos dados utilizou como referência o fluxograma analisador. O levantamento de dados mostrou que os idosos viviam em situação de vulnerabilidade: idosos em idade avançada, portadores de doenças crônicas, moravam sozinhos, manifestavam sinais de desnutrição e tinham apenas um cuidador, que era alcoolista. Essa situação foi identificada pela Agente Comunitária de Saúde e confirmada pela equipe da ESF, por meio de visita domiciliar. A complexidade da situação exigiu da equipe da ESF uma atuação interdisciplinar e intersetorial. A identificação de redes sociais identificou parceiros no apoio e cuidado à família. O emprego de instrumentos de abordagem familiar como o genograma, o ecomapa e a visita domiciliar facilitaram o processo de trabalho da equipe da ESF. A construção do fluxograma analisador possibilitou um olhar ampliado sobre todo o percurso na condução do problema, revelando vínculos fortes entre a família e a equipe da ESF, no entanto, também revelou práticas medicalizantes, distante de um cuidado integral.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Saúde da família. Processo de trabalho em saúde. Fluxograma analisador.

## INTRODUÇÃO

Em 1994, o Ministério da Saúde - MS lançou a Estratégia Saúde da Família- ESF, inicialmente com o nome de Programa Saúde da Família - PSF, como uma forma de reorganiza-

ção da produção do cuidado em saúde. O desenvolvimento dessa estratégia tinha por objetivo reorganizar o modelo assistencial sob novos critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e centrado no hospital (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Desenvolvendo-se a partir de uma equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011), a ESF trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população do território (BRASIL, 2012).

Entre as características inovadoras da ESF, incluem-se a ênfase em reorganizar os serviços da atenção básica, centrando-os na família e na comunidade, integrando assistência com promoção da saúde e as ações preventivas (PAIM *et al.*, 2011), propiciando o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e confiança entre profissionais e famílias, facilitando a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade, possibilitando inclusive o desenvolvimento de ações intersetoriais com potencial para atuar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença (BRASIL, 2005).

Considerando tais características, é possível a atuação da equipe da ESF sobre problemas complexos, dentre os quais a violência contra o idoso, responsável por elevados índices de morbimortalidade, que se manifesta de diferentes maneiras como abuso físico, psicológico, sexual, finan-

ceiro, abandono, negligência e autonegligência (BRASIL, 2001). As equipes da ESF, ao lado de outros profissionais que lidam diretamente com a população idosa, tem um papel relevante no sentido de dar maior visibilidade ao problema, visando à identificação de estratégias específicas para cada local (COSTA; PINTO; OLIVEIRA, 2010). Além de envidar ações com vistas à resolução ou minimização do problema.

Para tal, a assistência ao idoso na ESF, além de procedimentos de enfoque biológico, deve se referir, também, a uma análise da subjetividade do idoso, incluindo aspectos biológicos e sociais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2011). Para possibilitar a atenção a tais aspectos, exige-se um cuidado centrado no usuário, que se contrapõe ao centrado em procedimentos.

No entanto, a organização do processo de trabalho em saúde, na perspectiva da atenção integral, ainda se apresenta como um desafio para a superação do modelo assistencial até então vigente. Neste sentido, Barboza e Fracoli (2005) afirmam ser necessária uma reorganização do processo de trabalho das equipes, de modo que as mesmas atuem nos processos decisórios, que ocorre no ato da produção da saúde. Segundo Merhy (1998), os processos de trabalho concretos, vivenciados nos serviços de saúde, são focos de atenção especial para os processos de gestão da mudança.

Apostam na possibilidade de se constituir tecnologias de gestão do trabalho, que permitam identificar ruídos e quebras ocorridos nos processos de trabalho, que sejam fontes potenciais para a abertura de linhas de fuga aos processos de trabalho instituídos (MERHY, 1997). Para esses autores, essas tecnologias de gestão do trabalho consistem no uso de instrumentos analisadores e autoanalíticos, como



tecnologias potentes para propiciar avaliações do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde.

O fluxograma analisador é uma desses instrumentos, se propondo a ampliar a compreensão da equipe responsável pelo cuidado sobre como se desenvolve seu processo de trabalho cotidiano, tendo como foco central o usuário (MEHRY; FRANCO, 2003).

Pretendemos com este estudo apresentar as experiências dos alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Formação em Saúde da Família, turma da Universidade Estadual Vale do Acaraú, mediante uma prática na comunidade desenvolvida junto a uma equipe da ESF, a partir do acompanhamento de uma família de idosos em situação de violência intrafamiliar. Nesta atividade foi dada ênfase à discussão sobre o cuidado promovido à família, analisando-o sob o ponto de vista da micropolítica do processo de trabalho, tendo por referência o fluxograma analisador.

## **OBJETIVOS**

- Elaborar um fluxograma de atendimento no âmbito da ESF a um idoso vítima de violência;
- Analisar o processo de trabalho da equipe da ESF a partir do fluxograma de atendimento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência com caráter descritivo e abordagem qualitativa de uma prática na comunidade, realizada pelos alunos do Mestrado Profissional em

Saúde da Família - MPSF, como atividade do módulo Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica, em que os alunos procederam a uma análise do processo de trabalho da equipe da ESF.

Esta prática na comunidade foi realizada no período de março a abril de 2013 e desenvolvida em conjunto com os profissionais da equipe da ESF de Paraguai, no município de Cruz-CE, eleita como cenário dessa atividade por ser o território de atuação de um dos autores do estudo, possibilitando a execução e continuidade das ações propostas e produzindo sentido a esta prática.

A prática na comunidade é uma ferramenta de aprendizado utilizada de forma sistemática durante o MPSF, caracterizada pela inserção dos alunos no campo da prática.

Paraguai está localizado na zona rural do município de Cruz-CE, responsável por aproximadamente 700 famílias, cerca de 2.900 pessoas. Na unidade de saúde atuava uma equipe da ESF completa composta por uma médica, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde - ACS (BRASIL, 2013).

Com o intuito de promover o envolvimento da equipe da ESF, foram realizadas rodas de conversa, em que os mes-trandos expuseram os objetivos da prática. Após essa conversa, partiu da própria equipe a eleição para atuação sobre uma família de três idosos que viviam em situação de vulnerabilidade, exigindo da equipe uma atuação interdisciplinar e intersetorial com articulação dos serviços de saúde e dos equipamentos sociais existentes no território, na perspectiva de formar uma rede de atenção que atenda as necessidades da família.

A escolha por essa família se justifica por vivenciarem uma situação detentora de certo grau de complexidade: os idosos eram portadores de doenças crônicas, moravam sozinhos, tinham apenas um cuidador, que era um dos filhos de um dos idosos e manifestavam sinais de desnutrição, caracterizando uma situação de violência intrafamiliar, com potencialidade para provocar uma tensão na rede de cuidados e revelar seu real funcionamento, convergindo com os objetivos da prática na comunidade de problematizar o caráter de indissociabilidade entre atenção e gestão do cuidado e suas implicações no cotidiano das ações em saúde, visando ao desenvolvimento de competências para gerir os processos de trabalho em saúde.

No que se refere à abordagem da família, foram realizadas visitas domiciliares, inicialmente pela equipe da ESF, que fez o pedido de autorização para que os mestrandos tivessem acesso ao prontuário familiar e pudessem fazer visitas domiciliares à família. Após a autorização dos mesmos, as visitas domiciliares seguintes, no total de quatro visitas, foram realizadas com a participação dos mestrandos.

A coleta dos dados foi feita por meio da análise do prontuário familiar e de entrevista semiestruturada aplicada em visitas domiciliares, em que foram coletadas informações sobre a família, as possíveis redes sociais encontradas no território e o itinerário da mesma no sistema de saúde. A identificação de redes sociais teve como finalidade buscar parceiros que pudessem dar apoio à família, em conjunto com a equipe da ESF. A partir dessas informações foram construídos o genograma e o ecomapa da família e o fluxograma analisador.

O mapeamento do trabalho da equipe ocorreu a partir da construção coletiva do fluxograma analisador, que por sua vez deu suporte para a análise dos dados.

O fluxograma analisador é uma ferramenta que possibilita disparar um processo de coletivização da gestão do trabalho cotidiano e traduzi-lo para um formato que seja visível e partilhável por todos, para que, a partir disto, possam ser traçadas algumas intervenções que se mostrarem necessárias (REIS; DAVID, 2010). Para tal, a elaboração do fluxograma deve ser coletiva, pois além de apresentar um produto rico de informações, permeado de múltiplos saberes, promove uma consciência da situação do serviço e apropriação dos processos vividos pelos usuários (SILVA *et al.*, 2012).

Para sua visualização, o fluxograma utiliza símbolos, sistematizados num diagrama que representa o modo de organizar os processos de trabalho, cujo eixo condutor a ser representado é o usuário (FRANCO; BUENO, 2006). O fluxograma analisador do cuidado ao idoso vítima de violência intrafamiliar promovido pela ESF de Paraguai foi representado por três símbolos, que são padronizados universalmente: a elipse, que corresponde à entrada e saída do usuário no serviço de saúde; o losango, indicando os momentos de decisão na cadeia produtiva do cuidado; e o retângulo, significando momentos de intervenção com consumo de recursos e produtos bem definidos (MERHY, 1997).

No desenvolvimento deste estudo cumpriram-se os critérios estabelecidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, observando-se os aspectos éticos, na perspectiva de garantia dos princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, sendo garantido o ano-

nimato dos envolvidos. Nesse sentido, os nomes reais dos idosos, foram substituídos por nomes fictícios, a fim de preservar o sigilo. Ademais, foi solicitada dos sujeitos uma participação de forma voluntária e acesso ao prontuário familiar.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A situação na qual vivia a família é a seguinte: em uma casa de três cômodos, moravam três idosos, todos irmãos. Sr. Francisco (nome fictício), 80 anos, solteiro e portador de Hipertensão Arterial Sistêmica- HAS; Sra. Maria (nome fictício), 83 anos, portadora de HAS e Diabetes Melitus e Sra. Socorro (nome fictício), com 76 anos, solteira, que apresentava transtorno mental. Dos três idosos, apenas Sra. Maria foi casada, mas com esposo já falecido. Desse relacionamento nasceram dois filhos, Antônio (nome fictício) e Teresa (nome fictício), que atualmente moram em outros municípios, além disto, adotou um filho, João (nome fictício), que é o cuidador da família.

A residência em que viviam era de barro e varas de madeira (taipa), com três cômodos, não possuía banheiro, a mobília era constituída de uma mesa e três bancos para sentar, um pote de água e três redes usadas para dormir. A alimentação era precária, e servida apenas duas ou três vezes ao dia. Vale ressaltar que as refeições eram preparadas na residência do cuidador e levadas aos idosos sem horário definido. Além disso, na casa dos idosos não havia nenhum outro alimento, ou seja, eles não comiam entre os intervalos das refeições. Nessas condições, percebeu-se um caso de violência contra o idoso, exposto a uma condição de vulnerabilidade social.

## **Momento inicial: Descoberta e partilha da situação na equipe da ESF**

A situação na qual viviam Francisco, Maria e Socorro foi identificada inicialmente pela ACS da microárea onde residiam, por meio de visita domiciliar de rotina aos portadores de doenças crônicas, na qual via de regra investigava como estava a situação alimentar. Durante a visita domiciliar, a ACS observou que os idosos estavam com aspecto emagrecido e descobriu que a sua alimentação não estava sendo oferecida de forma adequada pelo cuidador da família.

Em reunião com a equipe da ESF, a ACS partilhou o problema com os outros profissionais da equipe, que diante de outros assuntos para discutir naquela reunião resolveram agendar outra reunião para tratar especificamente da situação relatada. Neste caso, o ACS foi o elo de comunicação entre a família e a equipe da ESF, informando, encaminhando e viabilizando a atenção necessária, configurando-se como componente fundamental para o reconhecimento dos problemas do território.

O enfermeiro da equipe, que também é aluno do MPSF, vivenciando o módulo de Gestão do Processo de Trabalho na Atenção Básica, propôs para a equipe da ESF uma intervenção conjunta com os alunos do mestrado, sendo aceita. Ficou acordado que demais mestrandos estariam presentes na reunião para discutir uma intervenção sobre a situação vivida pelos idosos.

## **Caminhos percorridos na resolução do problema**

Em reunião dos mestrandos com a equipe da ESF para discutir a proposta de intervenção, a mesma compartilhou

os conhecimentos iniciais sobre a problemática, iniciando um planejamento inicial, que foi: analisar o prontuário familiar, agendar uma visita domiciliar para uma aproximação dos mestrandos e profissionais da ESF com a problemática e se possível abordar o cuidador e possível agressor.

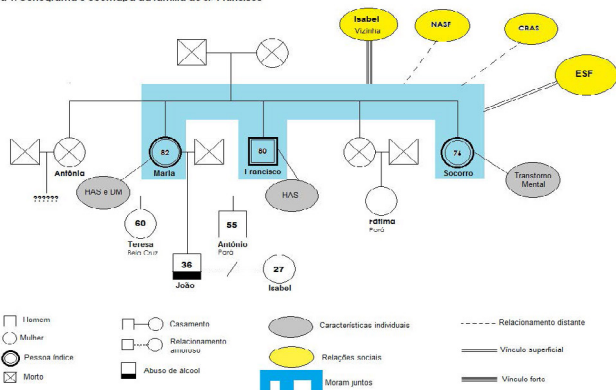
A análise do prontuário familiar revelou a atuação da equipe da ESF com ênfase no tratamento das doenças crônicas, geralmente realizada por meio de visita domiciliar. Além disso, a análise do prontuário mostrou sinais indicativos de que os idosos daquela família estavam a algum tempo sofrendo negligência por parte do cuidador, como mostra o tratamento de miíase dispensado ao Sr. Francisco, em que a atuação da equipe foi meramente curativa, direcionada para o cuidado com as lesões, não atentando para os possíveis determinantes sociais que poderiam estar contribuindo para aquela condição. Consoante o que se observa, os dispositivos do cuidado integral ainda não estão instituídos na ESF, e sim, práticas centradas nos cuidados médicos.

Durante visita domiciliar à família, perceberam-se as precárias condições em que viviam todos os seus integrantes: Os três idosos, que além das doenças crônicas, apresentavam-se com desnutrição proteico-calórica, moravam sozinhos. João, o cuidador da família morava em casa próxima, onde ele preparava os alimentos que eram levados para a família. Segundo relato dos idosos, principalmente do Sr. Francisco e às vezes negado pela Sra. Maria, João era alcoólista, passando vários dias embriagado e nesse período eles muitas vezes ficavam sem alimentação. Sendo ele o cuidador tinha a posse dos cartões bancários de todos os idosos.

No entanto, apesar dos problemas identificados, a equipe também pode identificar a rede de apoio social que tinha

essa família, quais eram: a ACS local, a vizinha Isabel (nome fictício), ex-companheira de João e o próprio João, embora apresentasse uma relação conflituosa com os idosos e dependência química. Essas informações forneceram subsídios para a construção do genograma e do ecomapa (Figura 1), que são instrumentos de abordagem familiar importantes para a visualização da estrutura familiar e da rede de apoio social. O genograma permite visualizar e compreender com mais facilidade a estrutura, funcionamento e dinâmica familiar, enquanto o ecomapa fornece dados sobre as conexões da família com o meio ambiente através da identificação das redes de apoio formais e informais, além de mostrar os vínculos entre os membros da família e os recursos comunitários (MELLO *et. al.*, 2005).

Figura 1. Genograma e ecomapa da família do Sr. Francisco



O genograma revelou uma família idosa, em idade avançada e portadores de condições crônicas, entre elas Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitus e transtorno mental. Estes dados mostram a situação de dependência e



a necessidade de acompanhamento periódico e sistemático pelos serviços de saúde. Grande parte de seus integrantes já haviam falecido, os que ainda estavam vivos moravam em outros municípios, porém um destes familiares morava num município relativamente perto dos idosos, que poderia contribuir no seu cuidado; a necessidade de apoio psiquiátrico para um dos idosos; a situação de alcoolismo vivida por João, identificado como o cuidador da família, mas também como o agressor, posto que parte dele as situações de negligência, abandono e violência financeira contra os idosos da família.

O ecomapa apontou a rede formal e informal de apoio à família e a intensidade do vínculo existente entre elas. O ecomapa revelou um vínculo fraco com o NASF e CREAS por ocasião de visita realizada pelos profissionais destes serviços, em resposta a uma solicitação de pessoas da comunidade, e um vínculo forte com a equipe da ESF e com Isabel, ex-companheira de João. A identificação da rede de apoio foi importante para subsidiar o planejamento dos cuidados, mostrando as potencialidades existentes, como também possibilidades de fortalecimento de vínculos entre a família e alguns serviços.

Diante da confirmação da situação de violência intrafamiliar vivida pelos idosos, buscou-se uma abordagem ao cuidador, por meio de visita domiciliar, sem sucesso. Convidado a conversar, negou o alcoolismo e as informações em relação à alimentação dos idosos. Além disso, mostrou-se resistente ao diálogo com a equipe da ESF.

A partir das informações iniciais colhidas pela equipe e vendo a complexidade dos problemas, a equipe percebeu a impossibilidade de sua resolução de modo integral no âmbito

da ESF, necessitando uma articulação com outros serviços da rede de atenção existente no município, inclusive fora do setor saúde, como também a necessidade de reconhecer e acionar a rede social existente na comunidade. De acordo com Costa, Pinto e Oliveira (2010), a ESF apresenta um enorme potencial para implementar ações de prevenção, detecção precoce e acompanhamento de famílias em situação de violência, visto que as atividades habitualmente realizadas tendem a estreitar as relações entre o serviço de saúde e a comunidade; facilitar a identificação das famílias de risco; possibilitar o levantamento das possíveis redes sociais de apoio disponíveis e permitir uma prática interdisciplinar bem sucedida.

Observamos que a visita domiciliar foi um recurso de abordagem familiar bastante utilizado pela equipe da ESF, corroborando com o que traz o Ministério da Saúde sobre a visita domiciliar na ESF, uma atividade comum a todos os membros da equipe de saúde da família, como forma de capacitar os profissionais para o conhecimento da realidade de vida da população, assim como o estabelecimento de vínculos com a mesma, visando identificar os fatores de risco e atender as diferentes necessidades de saúde dos indivíduos, preocupando-se com a infraestrutura das comunidades e o atendimento familiar (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a equipe da ESF buscou envolver outros serviços disponíveis no município, como o CAPS, NASF, CREAS e Conselho do Idoso, tentando articular uma rede de atenção. Em roda de conversa com o CREAS e NASF, especificamente os profissionais da assistência social, onde um destes faz parte do Conselho do Idoso, partilhou-se e discutiu-se a problemática de vulnerabilidade e abandono da família. Na ocasião, nos apoderamos da informação de que já

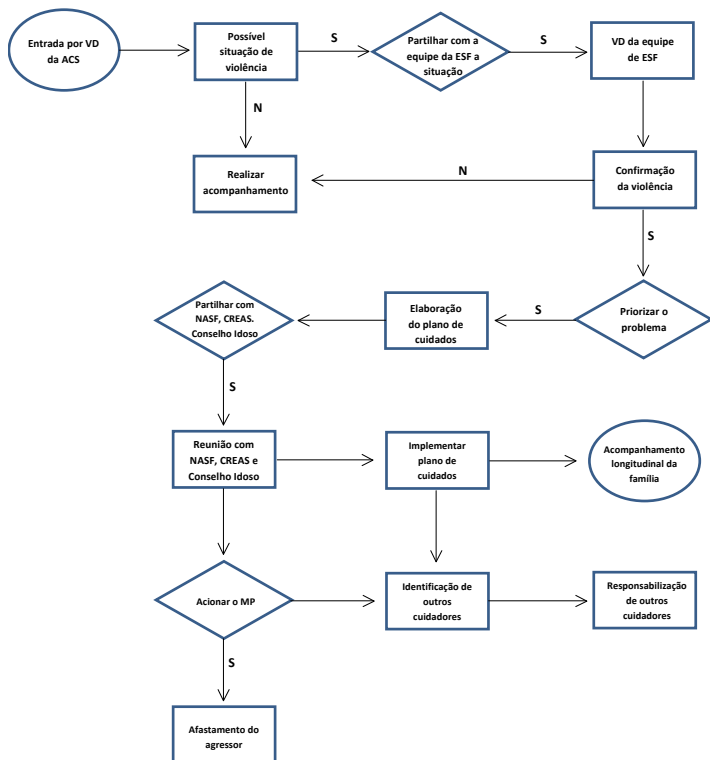
eram conhecedores da situação e sinalizaram para a necessidade de envolver a promotoria pública para fortalecer as ações, visando à resolução do problema, posto que as ações já implementadas, como conversa com o responsável pela família, não surtiram os efeitos desejados.

A partir desta decisão, a situação foi denunciada ao Ministério Público, no entanto, a família permaneceu sendo acompanhada pela equipe da ESF. O plano de cuidados para a família foi construído de forma coletiva, objetivando promover o fortalecimento do vínculo entre os idosos e seus familiares, restabelecer o estado nutricional adequado, garantindo a segurança alimentar de todos os integrantes, realizar uma abordagem do transtorno mental de Socorro, oferecer o tratamento para o problema do etilismo de João e favorecer o acompanhamento da família por mais de um serviço que compõe a rede de atenção.

A participação dos mestrandos nesta prática na comunidade foi concluída, porém as ações continuam sendo realizadas pela equipe do Paraguai. As últimas informações que tivemos sobre esta família foi que uma pessoa da comunidade foi nomeada para cuidar temporariamente dos idosos e que posteriormente a família foi desmembrada: Francisco ficou aos cuidados de Isabel, enquanto Maria e Socorro ficaram aos cuidados de Teresa. Recuperaram o estado nutricional normal e encontram-se em acompanhamento das condições crônicas pela equipe da ESF do Paraguai.

De acordo com o processo de cuidar do idoso em situação de violência, construímos um fluxograma (Figura 2) que mostra todo o processo de trabalho desenvolvido pela ESF do Paraguai na condução da problemática.

**Figura 2.** Fluxograma descritor do atendimento ao idoso vítima de violência.



**Legenda:**

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde; **ESF** – Equipe de Saúde da Família; **S** – Sim; **N** – Não; **MP** – Ministério Público; **VD** – Visita Domiciliar; **NASF** – Núcleo de Apoio a Saúde da Família; **CREAS** – Centro de Referência da Assistência Social.

A representação do fluxo dos processos executados pela ESF de Paraguai nos oportunizou uma visão da sequên-

cia do processo de trabalho da equipe, revelando os detalhes críticos, as oportunidades de melhoria, os pontos de controle e os subprocessos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O fluxograma permite uma visualização rápida do problema, ou seja, apresenta-se como um retrato, um espelho que revela todo o caminho que pode ser percorrido, bem como uma leitura didática do processo de trabalho, possibilitando uma tomada de decisão rápida. Este exercício de construção do fluxograma de atendimento a uma família vítima de violência intrafamiliar contra o idoso possibilitou visualizar a importância desse instrumento na descrição dos processos de trabalho na ESF, favorecendo um olhar ampliado sobre todo o percurso na condução do problema.

A análise do processo de trabalho da equipe revelou vínculos fortes entre a família e a equipe da ESF, o emprego de instrumentos de abordagem familiar como o genograma, o ecomapa e a visita domiciliar que facilitaram o processo de trabalho da equipe da ESF na busca por solucionar a problemática. No entanto, também revelou práticas medicalizantes, distante de um cuidado integral.

Apesar das contribuições que os fluxogramas podem trazer para a organização do processo de trabalho na ESF, ressaltamos que os profissionais devem ficar atentos à possibilidade de condutas engessadas, não permitindo uma visão dialética das problemáticas, pois alguns casos requerem um olhar individualizado com condutas que fogem a esses tipos de fluxogramas.

A prática na comunidade é uma proposta de aprendizagem que oportunizou aos mestrandos levar a teoria para prática, além de promover uma interação cooperação com as equipes da ESF para o desenvolvimento de intervenções in loco, dando a oportunidade de repensar os processos de trabalho. Convergindo com a proposta do mestrado profissional uma vez que este está alicerçado no princípio de que os serviços de saúde são locais de produção de conhecimento e propõe o fomento do conhecimento metodológico, o desenvolvimento do potencial analítico e a capacidade de reflexão crítica dos trabalhadores da ESF sobre o seu campo de atuação, relacionando-se com a mudança no modelo assistencial para a plena implementação do Sistema Único de Saúde - SUS (RENASF, 2012).

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R. A. *et al.* Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. **Interface- Comunic., saúde, educ.** 2011.

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**, Rio de Janeiro, 21(4): 1036-1044, jul-ago, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência Intrafamiliar: Orientações para prática em serviço.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – (**Cadernos de Atenção Básica, n. 17**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/ GM, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional da 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). 2011. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>>. Acesso em: 24 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.134 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equip.es.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equip.es.asp)>. Acesso em: 08 mar 2013.

COSTA, N. L. V., PINTO, J. R., OLIVEIRA, E. N. Contextos e determinantes da violência intrafamiliar contra idosos. **Rev. Saúde Coletiva**. 2010; 07 (43): 206-212.

FRANCO, T. B., BUENO, W. S., MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. In: Merhy EE, organizador. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 37-54.

MELLO, D. F. de. *et al.* Genograma e Ecomapa: Possibilidades de Utilização na Estratégia de Saúde da Família. Estudo de Caso. In: **Rev. Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 2005;15(1):79-89. Disponível em <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v15n1/09.pdf>>. Acesso em 08 de maio de 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido, a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. R. **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Merhy EE, Campos CR, Malta DC, organizadores. **Sistema único de saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.

PAIM, J. S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>>. Acesso em: 27 Jan 2012.

REIS, V. M., DAVID. H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan-mar, 2010.

RENASF. Rede Norte Nordeste de Formação em Saúde da Família. Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família. **Caderno do Aluno**. Ceará, Maranhão, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte: 2012.

SILVA, R. M. *et al.* Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (3): 635-642, 2012.

SILVEIRA, A. M., PEIXOTO, B. **Manual de avaliação de programas de prevenção da violência**. Organização Pan-Americana da Saúde/ Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.119 p.

TESSER, C. D., POLI NETO, P., CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3): p. 3615-3624, 2010.



# ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: PLANO DE AÇÃO PARA UMA COMUNIDADE DO LITORAL NOROESTE DO CEARÁ

João Henrique Vasconcelos Cavalcante  
Gracyane Maria Oliveira Machado  
Vanessa Matos Gomes dos Santos  
Marlos Ribeiro Araújo  
Gervânia Bezerra Gomes  
Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
Maria Socorro de Araújo Dias  
Eliany Nazaré Oliveira

## RESUMO

Neste capítulo o objetivo é apresentar a experiência de um plano de ação para uma comunidade do litoral noroeste do Ceará desenvolvido por um grupo de mestrandos, como resultado de uma prática na comunidade, com intuito de promover a compreensão da relação entre alimentação e saúde. Estudo de abordagem qualitativa, resultado de uma prática na comunidade realizada pelos alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família /RENASF, turma da Universidade Estadual Vale do Acaraú, como atividade do Módulo Promoção da Saúde. O cenário das atividades aconteceu no Município de Barroquinha, Ceará. A criação do grupo *Comer bem! É o Melhor para poder crescer*, possibilitou o desencadeamento de várias ações que vão ao encontro da proposta que possuem em sua essência a promoção da saúde e prevenção de doenças com ênfase na alimentação e nutrição saudável.

**Palavras-chave:** Participação Comunitária. Atenção Primária à Saúde. Comportamento Alimentar.

## **INTRODUÇÃO**

As políticas de atenção à saúde no Brasil tem fomentado a implementação e concretização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Contudo, há um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize estratégias de melhoria da qualidade de vida da população.

Ao longo da história, a alimentação vem tendo lugar de destaque na luta pela sobrevivência e desenvolvimento humano. A organização das civilizações está intimamente ligada com a forma que os indivíduos se alimentam e como esses alimentos são produzidos ou adquiridos. Além de influenciar os movimentos históricos da humanidade a alimentação, é considerada uma necessidade fundamental do ser humano e um dos fatores do ambiente que mais afeta a saúde (NUNES; BRENDA, 2001).

Demarcada como eixo estratégico dentro da Política Nacional de Promoção da Saúde, a Promoção da Alimentação Saudável ratifica o compromisso do Ministério da Saúde (MS) na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos três níveis de complexidade, remetendo a uma proposta de ação transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário e outros setores do governo, os setores privado e não governamental, compondo redes de compromisso com a qualidade de vida da população (BRASIL, 2007).

Práticas alimentares são adquiridas durante toda a vida, destacando-se os primeiros anos como um período muito importante para o estabelecimento de um padrão alimentar capaz de promover a saúde dos indivíduos. A alimentação quantitativa e qualitativamente adequada é de suma importância neste período para o crescimento e desenvolvimento da criança, pois é daí que o organismo tem acesso à energia e aos nutrientes necessários ao bom desempenho de suas funções e para a manutenção de um bom estado de saúde (PHILIPPI *et al.*, 2003).

De acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2009).

Pensar em uma alimentação saudável é entender que esta deve estar pautada em práticas alimentares com significação social e cultural. A alimentação não se dá simplesmente em função do consumo de nutrientes, mas no consumo de alimentos, e estes são dotados de gosto, cor, forma, aroma e textura e todos estes componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional. Os nutrientes são importantes, contudo os alimentos não podem ser resumidos a veículos destes. Os alimentos têm suas significações antropológicas, socioculturais, comportamentais e afetivas singulares, portanto o alimento enquanto fonte de prazer e identidade também requer esta abordagem multifacetada (PINHEIRO *et al.*, 2005).

Durante os atendimentos em puericultura realizados por um dos mestrandos no município de Barroquinha - Ceará,

pode-se concluir, pelo relato das mães, que essas se mostram resistentes à amamentação e ofertam uma dieta pouco diversa e imprópria para a idade de seus filhos. Essa carência na diversidade dos alimentos ora era percebida como fruto de condições socioeconômicas precárias, o que limitava a aquisição de alimentos, ora determinada por fatores como o desconhecimento da importância de alguns alimentos para a manutenção da saúde e influências da mídia e da cultura local.

Não bastassem privações financeiras, é marcante o traço cultural que leva à crença na “reima” de alguns alimentos. São vários os vegetais, peixes, frutos do mar ou carnes comumente encontrados na região que têm seu consumo desaconselhado dependendo da situação em que se encontra o indivíduo. Outra característica da cultura local é a oferta de preparos pouco nutritivos à base de farinha e fécula de mandioca cozidos com água (mingau de puba), em substituição ao leite materno. Há ainda aqueles que influenciados pela mídia consomem e ofertam às crianças macarrão instantâneo, tipo lámen, preparado apenas com o tempero pronto que o acompanha, descrito pelas cuidadoras como uma sopa.

Mesmo com uma grande diversidade de frutas próprias da região que têm significativa concentração de micronutrientes, é comum a substituição destas por sucos instantâneos industrializados, desprovidos de fibras alimentares e acrescidos de corantes.

Diante dessa realidade, chegou-se a conclusão que promover uma reflexão sobre as práticas alimentares com foco na escuta da vivência da comunidade é propício para se entender a relação que esta estabelece com a comida e que determinantes estão influenciando neste processo.

Além disso, sabe-se que a difusão de conhecimentos e hábitos alimentares saudáveis promove uma oportunidade de se desenvolverem pessoas que, em um futuro próximo, terão mais qualidade de vida reproduzindo assim uma comunidade mais saudável.

Por tudo isso, pretendeu-se com este estudo apresentar um plano de ação para uma comunidade do litoral noroeste do Ceará desenvolvido por um grupo de mestrandos como resultado de uma prática na comunidade que tinha o objetivo de promover a compreensão da relação entre alimentação e saúde, através da realização de momentos de discussão de boas práticas em alimentação saudável, resgatando atitudes positivas existentes na comunidade.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com o intuito de apresentar o resultado de uma prática na comunidade realizada pelos alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, turma da Universidade Estadual Vale do Acaraú, como atividade do módulo Promoção da Saúde.

A prática na comunidade foi realizada durante o mês de abril de 2012 e as estratégias foram planejadas a partir da realidade encontrada na Unidade de Saúde da Família Sede II do Município de Barroquinha-CE, localizado na 16ª Coordenadoria Regional de Saúde – CRES/Camocim.

O município de Barroquinha – Ceará foi eleito como cenário dessa atividade por ser o território de atuação de um dos autores do estudo, possibilitando a execução das ações propostas e produzindo sentido a esta prática.

No Centro de Saúde Sede II, atua uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e uma Equipe de Saúde Bucal (ESB). Segundo dados municipais do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, a unidade atende uma comunidade com 3.647 pessoas, sendo: 230 menores de 05 anos de idade; 342 de 05 a menos de 10 anos de idade; 840 de 10 a 19 anos de idade; 1.777 de 20 a 59 anos de idade e 458 com 60 anos ou mais. Os dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da equipe têm 1.016 famílias cadastradas.

A área em que a equipe do Centro de Saúde Sede II atua, conta com equipamentos sociais que propiciam estas atividades educativas e intersetoriais. Existem duas escolas em pleno funcionamento e uma creche com grande infraestrutura em fase de conclusão de obras. Há ali ainda um prédio onde funciona o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), com salas e material próprio para realização de oficinas e palestras, isso sem contar com a estrutura da própria unidade de saúde.

O público que se pretendeu atingir foram crianças até 5 anos de idade. Para tanto, outros públicos foram abordados, como as mães/cuidadores destas crianças, professores e cozinheiras das escolas.

As atividades voltadas à educação alimentar devem ser contínuas e sistemáticas. Melhorar o comportamento alimentar de indivíduos e de comunidades não é tarefa de curta duração. Facilitar o progresso dos indivíduos e das comunidades através de vários estádios de mudança requer bastante tempo. É um processo contínuo, que passa pelo acesso à informação, pela compreensão e interiorização dessa informação, pela motivação, pela capacidade e possibilidade

de escolha e por estratégias de manutenção da mudança. Uma estratégia é a inclusão dessas atividades educativas em vários momentos das atividades profissionais, de maneira transversal (NUNES; BRENDA, 2001).

Brasil (2009) destaca a importância do preparo dos profissionais para a abordagem e orientações relativas à alimentação saudável, relatando que o sucesso do trabalho de promoção e apoio às mães, principalmente as que estão em amamentação não será bem sucedido se ele não for pautado em conhecimentos apurados e um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A essência deste trabalho foi pautada na promoção da saúde, que consiste num conjunto de estratégias focadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades. Pode se materializar por meio de políticas, estratégias, ações e intervenções no meio com objetivo de atuar sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde residem, estudam, trabalham, entre outros. As ações de promoção da saúde são potencializadas por meio da articulação dos diferentes setores da saúde, além da articulação com outros setores. Essas articulações promovem a efetividade e sustentabilidade das ações ao longo do tempo, melhorando as condições de saúde das populações e dos territórios (BUSS, 2000).

Após algumas discussões entre o grupo de mestrandos, iniciou-se a construção do plano de ação que foi intitulado de “Projeto: *Comer bem! É o Melhor para poder crescer*”. Inicialmente, ficaram definidas as seguintes estratégias/ações:

- Vivência de Amamentação Supervisionada;
- Oficina de preparo de alimentos saudáveis;
- Roda de conversa com os membros da ESF.

O Ministério da Saúde atua por meio de vertentes dentro da política de Promoção à Alimentação Saudável, que incluem medidas de incentivo, de proteção e de apoio para tornar viável a alimentação saudável por parte da população. As medidas de incentivo têm o propósito de difundir informações e possibilitar práticas educativas que são capazes de motivar os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis. As medidas de apoio possibilitam a vivência e a adesão a práticas saudáveis por indivíduos informados e motivados. E as medidas de proteção são dotadas de caráter regulatório, impedindo que indivíduos e coletividades fiquem mais expostos a fatores e situações que levem a práticas não saudáveis.

Seguindo tal vertente, as ações desse plano foram igualmente divididas sendo elas como seguem:

### **MEDIDAS DE INCENTIVO:**

- Reunião com gestantes e nutrizes para Vivência de Amamentação Supervisionada;
- Oficina de preparo de alimentos saudáveis na escola, abordando a importância da higiene no preparo dos alimentos e valorizando a culinária regional;



- Roda de conversa com a equipe do Centro de Saúde da Família Sede II, colocando em pauta o estímulo à alimentação saudável de modo transversal em todas as atividades da equipe;
- Fomentar discussão sobre saúde alimentar dentro do Conselho Municipal de Saúde com apresentação do Projeto: *Comer bem! É o Melhor para poder crescer.*

### **MEDIDAS DE APOIO:**

- Recomendar, através do Conselho de Saúde, que a Administração Pública faça uma revisão dos alimentos contidos em lanches e refeições direcionadas ao consumo nos projetos sociais e demais eventos com vistas a fornecer e estimular o consumo de alimentos saudáveis;
- Propor através da Oficina Preparo de Alimentos Saudáveis a produção de hortas comunitárias e escolares como estratégia para educação em saúde;
- Propor a valorização da cultura local, resgatando os hábitos locais e aproveitando os eventos e culturais escolares para divulgação da produção de alimentos com potencial de promover a alimentação saudável (ex: festival do caju, do peixe, do milho etc.).

### **MEDIDAS DE PROTEÇÃO:**

- Propor apoio da Secretaria de Saúde, através do Conselho Municipal de Saúde, para a estruturação do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEAN);

Ao desenvolver medidas de apoio, incentivo e proteção neste contexto, coloca-se em ação a clínica ampliada, que de acordo com o Ministério da Saúde: Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009).

Considera-se que hábitos alimentares são adquiridos em função de aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos que envolvem o ambiente das pessoas, sendo um sistema comportamental complexo. Faz-se necessário a integração de ações a exemplo das que foram desenvolvidas. Atividades de educação em saúde tendo como essência a promoção da saúde podem ser um caminho para efetiva produção do cuidado.

O campo da educação em saúde tem sido, desde a década de 1970, profundamente repensado e verifica-se um relativo distanciamento das ações impositivas características do discurso higienista. Paralelamente, há uma ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença, que, saindo da concepção restrita do biologicismo, passa a ser concebido como resultante da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais (ALVES, 2005).

Quando se tem como meta informar as pessoas, as famílias e comunidade sobre determinado assunto, a base destas atividades podem ser consideradas estratégias de promoção da saúde. Segundo Buss (2000), as concepções de promoção da saúde podem ser distribuídas em duas grandes vertentes: a primeira deles aproxima as ações de

promoção às de prevenção de doenças, pois tem como foco evitá-las por meio da transformação dos comportamentos tidos como “de risco”. A segunda vertente agrupa definições e propostas que trabalham com um conceito ampliado de saúde, o que pressupõem o envolvimento dos sujeitos na construção de melhores condições de vida, ou seja, elas se propõem atingir os determinantes da saúde, tais como: alimentação, saneamento básico, transporte, lazer etc.

Uma das concepções de promoção da saúde, que entende a saúde como ausência de doença, destaca a responsabilidade dos indivíduos em preservar a sua saúde por meio de hábitos saudáveis, sem que seja posto em discussão a real possibilidade da adoção de tais hábitos. Nesta concepção, a saúde pode ser entendida como condicionada por fatores individuais, ou seja, cada um buscar e desenvolve suas posturas e comportamentos diante das informações adquiridas (IGLESIAS; DALBELLO-ARAÚJO, 2011).

Ao desenvolver uma prática na comunidade tendo como foco ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com ênfase na alimentação e nutrição saudável, a proposta constitui requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Embora as ações primárias de alimentação e nutrição estejam incorporadas no contexto da atenção básica, a baixa oferta dessas ações na rede de unidades básicas de saúde limita o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde. Para superar esse desafio, é preciso, além de fomentar a inserção das ações de alimentação e nutrição, no âmbito das estratégias de atenção à saúde, promover o apoio e a

incorporação qualificada do nutricionista, especialmente na rede básica de saúde.

A saúde está muito relacionada aos modos de vida de cada indivíduo. Por isso a redução das complicações geradas pela alimentação e nutrição inadequadas está amparada na promoção de modos de vida saudáveis, ou seja, na promoção da saúde.

Nesse sentido, vale observar que as atividades propostas e desenvolvidas estão em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) que apresenta as seguintes ações específicas de alimentação saudável: I) Promover ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada; II) Promover articulação intra e intersectorial visando à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio do reforço à implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global; III) Disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira; IV) Desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar; V) Implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação e VI) Reorientação dos serviços de saúde com ênfase na atenção básica.

Esta prática na comunidade favorece aos indivíduos possibilidades de selecionar e implementar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida, configurando-se

como um conjunto de atividades sistematizadas para fortalecer a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar hábitos, crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando ao acesso econômico e social e a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A alimentação saudável adequada é necessária para o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança, evitando em sua fase adulta inúmeras patologias que podem ser prevenidas. Portanto, é um fator essencial para o desenvolvimento das populações e seus países. A segurança alimentar e nutricional acarreta a garantia do direito ao acesso contínuo aos alimentos, alimentação adequada em quantidade e qualidade, práticas alimentares saudáveis, sem esquecer as características culturais de cada local. Cabe aos profissionais de saúde promover efetivamente às mães/cuidadores as recomendações para a promoção da alimentação saudável da criança tanto em seu domicílio e ambiente escolar. Cabe à gestão propiciar as condições adequadas para que essa promoção seja eficiente e eficaz para que ocorra a modificação do nosso cenário epidemiológico atual.

A educação nutricional no contexto da promoção das práticas alimentares saudáveis pode ser considerada como importante estratégia para enfrentar os novos desafios no campo da saúde, alimentação e nutrição. Apesar de bem estabelecidas as vantagens da educação nutricional para a promoção da saúde individual e coletiva, sabe-se que pro-

mover a aquisição de hábitos alimentares saudáveis constitui um grande desafio para profissionais da saúde, pois aspectos relacionados ao comportamento alimentar e nutricional são difíceis de serem mudados.

Compreende-se que o alimento possui funções que transcendem ao suprimento das necessidades biológicas, pois agrega significados culturais, comportamentais e afetivos singulares que não podem ser desprezados. A garantia de uma alimentação adequada e saudável deve contemplar o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem a produção e o consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, livre de contaminantes, bem como os padrões alimentares mais variados em todos os ciclos de vida. Este processo demonstra-se como um grande desafio para a atenção básica atualmente, por demandar novos arranjos na assistência, bem como a organização/reorganização do sistema de saúde. No entanto, faz-se necessária a integração das ações de alimentação e nutrição no rol das ações já desenvolvidas pelas equipes de saúde, pondo em prática as diretrizes traçadas em tais políticas, bem como o aprofundamento na discussão sobre metodologias de ação e avaliação de propostas que desenvolvam ações de alimentação e nutrição no contexto das políticas supracitadas, contribuindo de forma mais efetiva para a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Estratégias de Promoção da Alimentação Saudável para o Nível Local: Relatório da oficina de Trabalho do I Seminário sobre Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênsaúde Colet.** 2000; 1(5): 163-77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, **Clínica Ampliada Compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

IGLESIAS, Alexandra; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. As concepções de promoção da saúde e suas Implicações. **Cad. Saúde Colet.**, 2011, Rio de Janeiro, 19 (3): 291-8.

NUNES E, BRENDA J. **Manual para uma alimentação saudável em Jardins de Infância.** Lisboa, MS/DGS Edições, 2001.

PHILIPPI, S. T. *et al.* **Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos.** In: Revista de Nutrição, Campinas, p.5-19, 2003.

PINHEIRO, Anelise; RECINE, Elisabetta. CARVALHO, Maria de Fátima. **O que é uma alimentação saudável.** considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada. Ministério da Saúde, Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos.php>>. Acesso em 08 de maio de 2012.