



VII Seminário do Projeto
Integralidade: saberes e
práticas no cotidiano das
instituições de saúde

ATELIÊS DO CUIDADO
Serviço, Pesquisa e Ensino



**Ateliês do VII Seminário
do Projeto Integralidade:
saberes e práticas
no cotidiano das
instituições de saúde**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro

Vice-reitora: Maria Christina Paixão Maioli

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna

Vice-diretor: Michael Eduardo Reichenheim

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

Coordenador adjunto: Ruben Araujo de Mattos

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: José da Rocha Carvalheiro (USP)

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)

Andrea Caprara (UECE)

Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)

José Ricardo de C. M. Ayres (USP)

Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)

Lilian Koifman (UFF)

Madel Therezinha Luz (UERJ)

Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)

Mary Jane Spink (PUC-SP)

Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)

Roseni Pinheiro (UERJ)

Ruben Araujo de Mattos (UERJ)

Yara Maria de Carvalho (USP)

Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar bl. E

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2587-7303 ramais 252 e 308

Fax: (xx-21) 2264-1142

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL)

ORGANIZADORES

Roseni Pinheiro

Ruben Araujo de Mattos

Ateliês do VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde

1ª Edição

CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO

Rio de Janeiro

2008

**Ateliê do Cuidado -VII Seminário do Projeto Integralidade:
saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**

Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.)

1ª edição / setembro 2008

Copyright © 2008 dos organizadores

Todos os direitos desta edição reservados aos organizadores

Capa: Mauro Corrêa Filho

Revisão e preparação de originais: Ana Silvia Gesteira

Editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de CEPESC-IMS/UERJ, que tem resultados de pesquisas realizadas com auxílio de CNPq e Faperj.

Indexação na base de dados LILACS.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Roseni Pinheiro

SERVIÇO

Projeto Visitação: uma proposta de aproximação e diálogo entre os diferentes atores de uma comunidade

Elza Barboza de Jesus Alves

Ressignificação do lixo em mobilização social em uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: relato de experiência

Neyla Duraes Fernandes, Úrsula Lopes Neves e Mauro Cezar Silva Xavier

Tenda educativa como instrumento de educação em saúde para prevenção de DST/Aids em adolescentes de uma área coberta pela Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: relato de experiência

Karlla Assad da Silva, Neyla Duraes Fernandes e Úrsula Lopes Neves

A valorização do conhecimento e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool visando o cuidado integral

Fernanda Ferreira da Fonseca

Avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: reflexões sobre a integralidade do cuidado em saúde

Fabiane Minozzo, Clarice Magalhães Rodrigues dos Reis, Ávila Teixeira Vidal, Marcelina Zacarias Ceolin e Iracema de Almeida Benevides

Cartografia do atendimento ao louco na emergência de um hospital “quase geral”

Fátima Cristina Alves de Araújo

Caminhos do acolhimento: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro

Karlla Assad da Silva, Neyla Duraes Fernandes e Mauro Cezar Silva Xavier

O cuidador integrado na promoção de saúde da pessoa idosa hospitalizada

Patrícia Santoro, Márcia Nascimento e Simone Bastos

PESQUISA

A construção do cuidado num programa de atendimento domiciliar em Porto Alegre, RS

Ivani Bueno de Almeida Freitas e Stela Nazareth Meneghel

Residência integrada em saúde: uma das alternativas para alcançar a integralidade de atenção em saúde

Agnes Olschowsky e Sílvia Regina Ferreira

O valor da escuta como cuidado na assistência ao parto

Ana Verônica Rodrigues

Levantamento do perfil dos sujeitos responsáveis pelo cuidar de idosos dependentes

Vanessa Maria Sangalli Black Pereira e Cristina Lavoyer Escudeiro

Integralidade e saúde da população: a construção da Estratégia Saúde da Família em distrito brasileiro

Selma Maria da Fonseca Viegas e Cláudia Maria de Mattos Penna

Integralidade nas ações cotidianas de gestores e trabalhadores do setor saúde: um estudo de caso no município de Belo Horizonte

Cláudia Maria de Mattos Penna, Maria José Menezes Brito e Ana Paula Azevedo Hemmi

“Me acode!”: itinerários terapêuticos de uma usuária com hipertensão arterial em busca pelo cuidado. Um convite à reflexão sobre integralidade em saúde

Priscilla Shirley Siniak dos Anjos, Roseney Bellato e Phaedra Castro

Encontros e desencontros nos serviços de saúde

Maria Isabel Borges Moreira Saúde e Silvana Martins Mishima

Redes sociais, rede de saúde e integralidade do cuidado: experiência de trabalho e investigação na atenção a pacientes com câncer

Silvia Maria Santiago e Maria da Graça Garcia Andrade

A construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado

Geórgia Sibeles Nogueira da Silva e José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

ENSINO

A integralidade do cuidado sustenta o novo currículo do curso de Enfermagem do UNIFESO

Kátia Cristina Felipe, Verônica Santos Albuquerque, Suzelaine Tanji e Carmen Maria dos Santos Lopes Monteiro Dantas da Silva

Relato de experiência de estágio do curso de graduação em Enfermagem

Eleide Margarethe Pereira Farhat, Maria Denise Mesadri Giorgi, Maria Joceli de Oliveira e Maria Izabel de Col Jorge Rebelo

Alguns desafios para a inserção do profissional psi no contexto do Programa de Saúde da Família

Cleber Manoel Coimbra de Oliveira, Cynthia Perovano Fernandes e Maristela Dalbello de Araújo

O sentido da aprendizagem reflexiva na formação do enfermeiro: a construção da integralidade em saúde

Mara Quaglio Chirelli, Alecsandra Paula Rosa Argerton e Andréia Guilhem Rodriguez

Integralidade na formação médica: relato de experiências na Coordenação de Aids do HUAP

Lilian Koifman, Rafael Mendonça de Paula e Thiago de Oliveira e Alves

O ensino-aprendizagem do envelhecimento: início para uma formação crítica e contextualizada

Noely Cibeli dos Santos

APRESENTAÇÃO

ATELIÊ DO CUIDADO **VII Seminário do Projeto Integralidade:** **saberes e práticas no cotidiano das** **instituições de saúde**

ROSENI PINHEIRO
RUBEN ARAUJO DE MATTOS

A presente publicação contém os trabalhos completos apresentados no Ateliê do Cuidado, ocorrido no âmbito do VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde, sobre o tema “Razões públicas da integralidade em saúde: o cuidado como valor”, realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, de 28 a 30 de novembro de 2007.

O principal objetivo do evento foi discutir o cuidado em saúde como um constructo de discursos e ações que exige o reconhecimento do *ethos* cultural de quem é cuidado e de quem cuida, mediante a revalorização do diálogo entre diversidade e pluralidade. Nesse sentido, problematizar o conhecimento em saúde, sobretudo no que concerne ao modo como tratamos a questão do valor dos valores da saúde na sociedade contemporânea e as soluções de investigações a ela destinadas, torna-se uma tarefa constitutiva da compreensão do cuidado como a principal razão pública da integralidade em saúde.

Para tanto, elegemos os temas responsabilidade coletiva, epistemologia da prática, escuta no cuidado, redes sociais e humanização como dispositivos de reflexão capazes de alargar o pensar e agir em saúde no sentido da revalorização do cuidado e do exercício da cidadania. Apostamos no debate crítico sobre as experiências de ensino, pesquisa e serviço como espaços-cotidianos de operacionalização desses dispositivos como potência transformadora das práticas dos sujeitos envolvidos na oferta do cuidado em saúde, e dos saberes que as sustentam.

Diferentemente das edições anteriores, em que realizamos rodas de experiências com apresentação de trabalhos na modalidade de pôster

comentado, neste seminário o Ateliê do Cuidado teve como objetivo aprofundar o tema central do evento em três eixos de discussão, não excludentes entre si, quais sejam: ensino, pesquisa e serviços. Foram enviados 50 trabalhos, sendo selecionados 8 para o eixo Serviço, 10 para Pesquisa e 6 para Ensino. Os critérios utilizados na escolha foram: originalidade, consistência argumentativa, articulação com a temática do seminário e da integralidade, relevância, contribuição do trabalho para a produção do conhecimento e novos questionamentos sobre a integralidade em saúde. A comissão avaliadora dos trabalhos foi composta pelos seguintes membros e colaboradores do LAPPIS:

- Aluísio Gomes da Silva Júnior (ISC-UFF);
- Andrea Caprara (CCS-UECE);
- Ana Heckert (PPGPSI-UFES);
- César Favoreto (FCM-UERJ);
- Lélia Maria Madeira (EENF-UFMG/ Hospital Sofia Feldman);
- Lílían Koifman (ISC-UFF);
- Maria Elizabeth Barros de Barros (PPGPSI-UFES);
- Regina Monteiro Henriques (Fac. Enfermagem-UERJ);
- Roseni Pinheiro (IMS-UERJ);
- Ruben Araujo de Mattos (IMS-UERJ);
- Octávio Bonet (UFJF);
- Paulo Henrique Martins (DCS-UFPE/NUCEM);
- Tatiana Gerhardt (Escola de Enfermagem- UFRGS).

Os 24 trabalhos completos inéditos buscaram responder às perguntas propostas no escopo do seminário, constituindo um guia importante para as narrativas dessas experiências, cujo compartilhamento constitui uma tarefa inevitável e fundamental para tratar de questões candentes que repercutem na gestão dos serviços de saúde, nos conhecimentos e práticas dos trabalhadores e nos percursos terapêuticos dos usuários em distintos espaços públicos na saúde.

Pensar o cuidado como valor requer pensar o ensino como uma declaração pública da pesquisa, cujos serviços de saúde conferem legitimidade para sua forma de expressão e responsabilidade sobre as investigações que visem à afirmação da vida e dos princípios universais do Sistema Único de Saúde, entre os quais destacamos aqui a integralidade.

SERVIÇO

Projeto Visitação: uma proposta de aproximação e diálogo entre os diferentes atores de uma comunidade

ELZA BARBOZA DE JESUS ALVES¹

Introdução

O município de Embu Guaçu conserva vegetação natural, como manacás, angicos, jacarés, bromélias, tâfias, pau-incenso, araucárias, cedros, ipês e outras. Possui remanescentes da Mata Atlântica, paisagens belíssimas e diversidade tanto na fauna quanto na flora. Apresenta 100% de seu território (171 Km²) inserido em Área de Proteção de Mananciais (Leis Estaduais n^{os} 898/75, 1172/76 e 9866/97), integrando também a Reserva da Biosfera da Mata Atlântica (Programa *Man and Biosphere*, da UNESCO), estando ainda submetida ao Decreto Federal n^o 750/93, bem como a outros instrumentos da legislação ambiental brasileira. O Rio Embu Guaçu serve à Represa de Guarapiranga, com volume aproximado de 30% da sua capacidade. Embu Guaçu, juntamente com os municípios de Itapequerica da Serra, São Lourenço da Serra e Juquitiba, pleiteiam a classificação como Estâncias Hidrominerais.

A economia de Embu Guaçu possui indústrias cuja prevalência são as de transformação e minerais não-metálicos (caulim, mica e feldspato), seguindo-se as metalúrgicas em geral. Ainda sua economia é calçada na atividade rural, integrando o Cinturão Verde na Grande São Paulo. Como limites territoriais, há São Paulo, Itanhaém,

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva – Universidade de São Paulo (USP). Gerente da Unidade Básica de Saúde da Família do Sapateiro. Embu Guaçu – SP. Endereço eletrônico: elzabarboza@uol.com.br

Juquitiba, São Lourenço e Itapequerica da Serra, e esta a 42 km de distância do marco zero da capital, localizado na Praça da Sé. Sua população é de 72.160 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (ref. 01/07/2006).

O município conta com uma Secretaria de Saúde, uma unidade mista (UMS) com 10 leitos para internação, um CAPS, um ambulatório médico de especialidades (AME), três Unidades Básicas de Saúde e três unidades Básicas de Saúde da Família, com cinco equipes de PSF. Realizou, em 2007, a III Conferência Municipal de Saúde que contou a participação expressiva da comunidade. As discussões foram organizadas nos moldes da educação permanente, sendo orientadas por um roteiro de problematização acerca dos seguintes eixos: direito humano em saúde, pacto pela saúde e participação social.

O município ainda conta com conselho municipal e conselhos gestores de unidades atuantes. Uma das três unidades básicas de Saúde da Família é a Unidade Básica de Saúde do Sapateiro, localizada no extremo leste do município, que faz divisa com o município de São Lourenço da Serra. Inaugurado há 20 anos, há sendo Unidade de PSF passou por reforma recente e atualmente conta com três consultórios, uma sala de enfermagem, uma sala de vacina, não contando com espaço para grupos. Portanto, utiliza espaços cedidos pelos parceiros (bares, escolas, igrejas, residências, quadra (descoberta ainda) para jogos. O bairro possui duas escolas, nenhuma creche e três microempresas.

Como patrimônio humano, a unidade básica conta com um médico clínico, um pediatra e um ginecologista e uma enfermeira que dão suporte uma vez por semana, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, três dentistas, uma auxiliar de consultório dentário, seis agentes comunitárias de saúde, duas recepcionistas e uma zeladora.

Essa unidade há quinze meses trabalhava como pronto-atendimento, não realizando acompanhamento regulares de pacientes portadores de doenças crônicas, estes ainda sem classificação quanto à gravidade de suas patologias no aspecto biológico. Devido ao difícil acesso, já que possui apenas uma estrada asfaltada e todas as outras de terra e sem transporte público, nem mesmo os ônibus escolares circulam por algumas delas. Em dias de chuva o acesso fica mais reduzido.

Os usuários com mais chances de comparecer à unidade eram justamente os que moravam próximos à estrada asfaltada. Os demais eram visitados esporadicamente em suas residências, normalmente, em caso de agravamento de condição patológica. A partir do aprofundamento da implantação da Estratégia Saúde da Família e tendo a equipe notado a necessidade de intervenções e cuidados mais sistemáticos, foram propostos agendamentos de consultas médicas e de enfermeira para acompanhamentos dos usuários da área adscrita.

A população, num primeiro momento, compreende como perda e manifesta-se contrária ao uso de agendas e inicia-se assim uma fase de intensa discussão e negociação com a comunidade, com o auxílio muito significativo das agentes comunitárias de saúde. Este movimento de aproximação entre equipe, lideranças do bairro, ACS e usuários favorece a ampliação dos olhares para a realidade a que estavam expostas as pessoas moradoras deste lugar, na maioria caseiros de chácaras cujos donos moram em São Paulo, com baixa escolaridade, desenvolvendo subempregos, portanto com subsalários, muitos filhos e poucas expectativas.

Pactuar a garantia de atendimento quando os pacientes acreditam ser necessário, independentemente de agendas, foi fundamental para estabelecer um princípio de confiança e responsabilização entre equipe e comunidade. Hoje a equipe também se percebe como comunidade também, então afetada pelas mesmas forças que oprimem e revigoram os moradores. A maioria dos profissionais mora muito próximo à unidade.

Na ocasião acontecia no município o curso de capacitação para facilitadores da educação permanente, do qual a autora deste trabalho participava, e propôs na unidade realizar rodas de discussão com membros da equipe e população adscrita. Tais encontros estimularam a maioria dos profissionais para implantar o Projeto Visitação. Aqueles que não aderiram com entusiasmo também não ofereceram resistência, apenas demonstravam descrédito na proposta de melhorar a partir de discussões como as que se sucedem nesses encontros ou ainda que não seja papel dos trabalhadores da saúde discutir necessidades como transporte coletivo, creches, acesso a alimentos, moradias salubres, violência, entre outros temas não focados no aspecto biológicos do ser ou da sua patologia.

Após as discussões nas microáreas, realizamos avaliação oral sobre as atividades realizadas. Algumas falas são realmente marcantes: “Esta noite não dormi bem pensando no que as pessoas iriam pedir, não saber o que elas esperam, o que vão trazer de problemas deixa a gente aflita”. (A, Técnica de Enfermagem).

O comentário acima emitido por um membro da equipe ilustra a dificuldade do trabalhador da saúde em assumir o papel de coadjuvante na construção de soluções para os problemas, principalmente quando estes são colocados de forma livre pelos usuários, não levando em conta apenas o índice de bens de consumo disponíveis no serviço (saúde: valor de uso valor de troca).

Justificativa

O Projeto Visitação tem origem na busca por maior aproximação entre os diferentes atores da comunidade e a equipe de saúde. Pretende-se ampliar as chances de atuação na realidade local a partir das trocas de diferentes saberes e a reflexão a cerca das necessidades referidas.

Objetivos

- Criar e reforçar vínculos entre a equipe de saúde e a comunidade;
- Conhecer e vivenciar a realidade de vida na área de abrangência da USF;
- Possibilitar a atuação no território reconhecendo pontos positivos e negativos que podem interferir na realidade local;
- Possibilitar a troca de conhecimentos (técnicos / empíricos);
- Possibilitar a reflexão sobre os diferentes papéis a serem assumidos pelos atores sociais daquela comunidade.

Metodologia

As visitas são programadas com auxílio das agentes comunitárias entre a equipe interna e comunidade em locais cedidos pela população (domicílios, bares, salões, etc.). Antes do início das discussões, acontece a apresentação das pessoas, normalmente com dinâmicas de grupo que promovam descontração e entrosamento entre os participantes.

Os disparadores da discussão geralmente são perguntas abertas sobre como é a vida de quem mora naquele local, quais as potencialidades e dificuldades percebidas e como estão relacionadas com saúde. A própria reflexão favorece a construção de propostas de intervenção. Um dos grandes ganhos nesses encontros é a pactuação de ações por parte dos envolvidos.

Em encontro subsequente ocorre um resgate do que ficou combinado e a possibilidade de continuidade das atividades. Desta forma, existe uma história sendo contada, com a participação da equipe de profissionais e da população adscrita. Outras orientações e ações são realizadas em resposta às necessidades do grupo e aos protocolos do Ministério da Saúde como: atividades educativas e busca ativa (tuberculose, hipertensão arterial, diabetes, doença sexualmente transmissíveis, planejamento familiar, saúde bucal, entre outras), consulta de médicos e enfermeiras, dispensação (de medicamento, escovas e creme dental, preservativos quando necessário), controle de sinais vitais, detecção de fatores de risco.

Avaliação

- avaliação com população durante o encontro;
- criação de instrumentos de avaliação;

Atualmente estamos discutindo a avaliação do Projeto Visitação. Este é o maior desafio para o projeto: construir um instrumento.

Durante as discussões, o projeto foi-se transformando, a cada dia sofrendo um ajuste segundo a necessidade de qualquer um que dele participe. Então é uma construção coletiva.

A preocupação e intenção, atualmente, é criar um instrumento dinâmico de avaliação que aponte as necessidades de ações, ou seja, poderia indicar políticas públicas? Poderia nortear ações em outras esferas, poderia conduzir ações de saúde para fora do enfoque da doença? É provável que sim.

E certamente eventos como o VIII Seminário de Integralidade em Saúde favorecem a troca de idéias e reforça o ânimo daqueles que buscam formas mais intensas e verdadeiras de ser, sentir e fazer o trabalho e o trabalhador em saúde.

Referências

CUNHA, G. T. *A Construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2007.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE EMBU GUAÇU, 3º. 2007, São Paulo. Relatório Final: Saúde e Qualidade de Vida, 2007.

VASCONCELOS, Eymard M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, Eymard M.(org). *A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

Ressignificação do lixo em mobilização social em uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: relato de experiência

NEYLA DURAES FERNANDES¹

ÚRSULA LOPES NEVES²

MAURO CEZAR SILVA XAVIER³

Introdução

Entre os diversos atores que compõem e caracterizam o setor saúde, gestores, gerentes, trabalhadores e usuários do sistema, há um entendimento bastante decantado de que o modelo de atenção à saúde vigente, que privilegia a assistência curativa e individual com priorização do cuidado hospitalar, não consegue transformar a situação de saúde da população, por considerar *a priori* a doença em si, em detrimento dos determinantes sociais e epidemiológicos, que implicam o processo saúde doença (BUSS, 2002).

Assim, ao entender que a saúde é fundamentalmente, de acordo com Kickbusch (1996), resultante de diversos fatores, marcadamente sociais, e impulsionadora de desenvolvimento, a implantação do novo modelo de assistência à saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), implicou grande ênfase no referencial da promoção da qualidade de vida. É importante ressaltar que este é um desafio de natureza estrutural, porque a “bandeira” dessa nova orientação implica desospitalizar e desmedicalizar ações de atenção à saúde,

¹ Psicóloga. Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

² Nutricionista. Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

³ Enfermeiro. Aluno do Curso de Especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).
Endereço eletrônico: maurocsx@yahoo.com.br

marcadamente no contexto contemporâneo dirigidas à doença, realizadas no ambiente hospitalar e centradas do desenvolvimento de ações biologicistas e tecnocráticas.

Desta forma, tornou-se fundamental reorganizar a assistência à saúde partindo da Atenção Básica, valorizando as práticas de promoção e prevenção e corroborando para a organização do SUS. Como formar de lograr êxito neste desenvolvimento o Ministério da Saúde implantou em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), mais conhecida como Programa Saúde da Família (PSF) a qual, segundo Mendes (1996, p. 45):

[...] deseja criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu hábitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descurar do curativo-reabilitador; com alta resolutividade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde.

Um dos principais objetivos da ESF é gerar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas. Para tanto, utiliza o enfoque de risco como método de trabalho, o que tem favorecido o aproveitamento ideal dos recursos e a adequação destes às necessidades apontadas pela população.

Em 1994, o Ministério da Saúde implementou o PSF recorrendo à combinação de dois fatores presentes em poucas experiências, mas que constituíam novidade no contexto geral das práticas de saúde: território como unidade geográfica e população adscrita por famílias. O produto deste somatório, unidade de natureza coletiva, agregou-se a outro elemento diferencial no contexto das práticas em saúde no país: o trabalho de uma equipe multiprofissional, atuando em perspectiva do desenvolvimento de ações de cuidado de qualidade em saúde, até então sem precedentes (BRASIL, 1994).

Desta forma, essa nova prática exige um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual esta família está inserida, com capacidade de reconhecimento de riscos nesta unidade geográfica. Como consequência, exige também currículos e programas de capacitação orientados para as necessidades/realidades municipais. Neste contexto se insere o Curso de Especialização

em Saúde da Família nos moldes da Residência (ENSP/FIOCRUZ), no qual o grupo de profissionais que organizou este relato de experiência se insere e desempenha suas atividades. E ao desenvolver as atividades no território, que constitui uma comunidade do Município do Rio de Janeiro, o grupo pode, em conjunto com a equipe de saúde em que nos inseríamos, identificar necessidades, potencialidades e riscos referentes à saúde das pessoas que compunham a área de abrangência da referida equipe de Saúde da Família.

Segundo a orientação programática do Ministério (70), cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é constituída por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), coletivo profissional responsável por um grupo de 600 a 1.000 famílias. Cada ACS acompanha 150 famílias. No contexto da assistência direta prestada pelas ESF, outros elementos foram incorporados ao processo de trabalho, dentre os quais se destacam a análise da situação de saúde da população em colaboração com lideranças comunitárias e profissionais de outras áreas, e a organização da oferta dos serviços de acordo com o perfil de saúde específico daquela população.

Dentre os problemas observados, o que despertou maior preocupação por parte da equipe de residentes e também que encontrava eco nas necessidades de alguns profissionais era o problema do destino inadequado de lixo em alguns pontos da comunidade. Esta preocupação se explicava pelos problemas diretamente e indiretamente ligados a problemática. Em visitas à comunidade, os moradores chamavam a atenção para a proliferação de insetos e roedores, além do mau cheiro causado pela deterioração destes materiais, já que os locais deste destino se localizavam em terrenos muito próximos às casas. Diante de toda essa problemática e também das queixas apontadas moradores, surgiram várias questões que tentávamos responder, tais como: a quem o problema é de direito? Quem são os “culpados” pela problemática? E talvez a questão mais importante como se resolve tal problema?

Apesar dessas indagações, a equipe de residentes estava certa de que a equipe de saúde da família tinha responsabilidade pela problemática, pois, fazendo parte de seu território de intervenção, área adscrita, constituía um risco ambiental importante e que impactava

decisivamente na saúde das pessoas daquela comunidade. Entretanto, a equipe também apontava naquele momento que era um desafio complexo e que deveria envolver vários esforços.

Referencial teórico

O conceito acerca de território é essencial para o trabalho das equipes de saúde da família, pois é uma das diretrizes fundamentais da ESF a adscrição de clientela, ou seja, a vinculação de uma população a uma unidade de saúde da família a partir do estabelecimento de uma base territorial.

Segundo Mendes e colaboradores (1995) existem duas grandes correntes de pensamento que conceituam território de maneiras bem distintas: território-solo - como um espaço físico, naturalizado e acabado, definido exclusivamente por critérios geopolíticos; e território-processo - como um espaço em permanente construção, “produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política”, que além de território solo é também território econômico, cultural e epidemiológico.

A concepção de território-processo permite delinear a realidade de saúde da população que em dinâmica constante.

Isto é, uma situação de saúde determinada pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente, entre indivíduos e grupos populacionais existentes no território, reprodução esta condicionada pela sua inserção no conjunto da sociedade. (MENDES *et al.*, 1995).

“As doenças e os agravos à saúde não se distribuem homogeneamente nem respondem, em qualquer situação, as mesmas ações” (SOUZA, 1992). A organização mais específica do território contribui para orientar a intervenção, uma vez que as micro-áreas, entendidas como áreas homogêneas de condições de vida, são fundamentalmente unidades de intervenção, com propósito operacional. Entende-se, desta forma, que as práticas de Saúde Coletiva e de Vigilância objetivam garantir saúde às pessoas. Para isto atuam sobre o “território”, sobre “instituições” e sobre a “coletividade”. Agem sobre o contexto e, especificamente, sobre algum grupo vulnerável. O “objeto” sobre o qual trabalha tem, portanto, três dimensões: o ambiente, a organização social e as pessoas. (CAMPOS, 2000).

Neste contexto se insere a problemática identificada pela equipe de residentes em uma comunidade assistida pelo Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro, que constitui um problema ambiental importante na comunidade e também problema a ser enfrentado por toda a sociedade ao passo. Segundo Shiraiwa (2007), o processo migratório em busca de melhorias é um dos fatores do aumento da produção de lixo urbano, comprometendo todo o planejamento urbano. Em apenas três décadas, o Brasil reverteu a relação entre população urbana e população rural; enquanto até o final da década de 1960, havia 30% das pessoas morando nas cidades e as demais na zona rural, hoje temos 70% de nossos habitantes vivendo em zonas urbanas.

Chaffun (1997) mencionou que é nas cidades onde se concentra a maior parte das atividades econômicas, onde se consome a maioria dos recursos e onde se gera maior parte da poluição. Segundo o CEMPRE (2000), as cidades acumulam riquezas.... Entretanto, são também imensas consumidoras de recursos naturais e geram significativas quantidades de lixo que precisam ser dispostas de maneira segura e sustentável.

Para o setor saúde, esse novo cenário representa um desafio complexo que o leva a se preocupar, de forma constante, com situação de deterioração ambiental e suas conseqüências sobre a qualidade de vida das comunidades. Sem dúvida, uma das pautas principais da saúde pública para o próximo milênio será a necessidade de que se adotem novas ações capazes de envolver técnicas e estratégias sob uma perspectiva ambiental muito mais contundente.

As principais organizações internacionais apontam esta necessidade ao estabelecerem diretrizes e afirmarem a Atenção Primária Ambiental (APA) como elemento fundamental neste processo. Assim, a OPAS (1999) afirma que:

Através da implementação da Atenção Primária Ambiental, espera-se conservar e melhorar a qualidade do ambiente de modo a promover uma melhor saúde e melhor qualidade de vida. Juntamente com a participação ativa dos indivíduos, famílias e comunidades procura-se o fortalecimento dos organismos estatais responsáveis pela saúde e ambiente e, por sua vez, propiciar melhor comunicação e diálogo com o nível local e com a sociedade civil.

Esta definição estabelece a promoção da saúde ambiental com um enfoque holístico ao nível local, desenvolvendo uma estratégia de participação da sociedade civil e das organizações locais através do conhecimento, identificação e solução dos problemas ambientais primários que atingem à saúde, limitando a qualidade de vida. Isso corrobora com o pensamento de Cerda (1993), que destaca que:

A APA é uma estratégia para a proteção do meio ambiente da comunidade que enfatiza o bem-estar das comunidades humanas e está estreitamente vinculada com saúde do ambiente. A APA vincula os objetivos de saúde para todos com saúde total para o meio ambiente.

A atenção primária ambiental resguarda também a essência da ecologia social, a qual expressa que o desenvolvimento e o progresso das sociedades devem assentar-se sobre um manejo adequado do meio ambiente. Tal manejo e cuidado não podem ser exercidos somente pelo Estado, através de seus organismos fiscalizadores, nem tampouco pelas empresas e suas associações, porque carece, principalmente, da iniciativa da cidadania, da democracia e do poder local. Neste cenário, a atenção primária ambiental deve avançar na busca de soluções integradoras, multi-setoriais e com uma ampla incorporação da cidadania e das autoridades locais.

Entendemos que a ESF, como estratégia de reorganização da Atenção Primária, com atuação em um território definido, e tendo como principais princípios a responsabilidade sanitária é potente para desenvolver a Atenção Primária Ambiental, tendo como principal objetivo buscar soluções através de um processo de construção compartilhada de conhecimento com a população local.

Também entendemos que esta ação centrada na intervenção no ambiente e nos riscos do ambiente e com participação da comunidade afirma um princípio norteador do SUS, expresso como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198). Por isso, desde o início, a proposta de intervenção gira em torno do princípio da integralidade (MATOS, 2002), que remete ao sentido de articular as ações de promoção da saúde, de prevenção de riscos e agravos e assistenciais em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços de saúde.

Metodologia

A metodologia aqui escrita foi sendo construída na equipe de saúde da família e com a comunidade, portanto guarda o traço marcante de estar comprometida com o diagnóstico da realidade a fim de gerar um envolvimento de todos os setores envolvidos diretamente ou indiretamente na possível resolução do problema que foi definido, ou seja, o destino inadequado de lixo na comunidade atendida por esta equipe. Assim, a equipe de residentes buscou discutir com a equipe o tema, identificado inicialmente por uma ACS, e que encontrou grande repercussão na equipe de residentes.

Assim, o que é um tema? Segundo Campos (2002), tema é um assunto, uma coisa que incomoda, um problema, uma situação que provoca riscos à saúde. O tema deve emergir, ser construído por algum coletivo.

Para que o tema fosse discutido na equipe, e que emergisse como um problema factível e que necessitasse do envolvimento de todos, usamos a Metodologia das Rodas desde o início. Começar pela Roda, portanto, que, segundo Campos (2002), é um espaço coletivo, um arranjo onde existam oportunidades de discussão e de tomada de decisão. Que pode ser formal (uma comissão ou conselho oficial), ou informal (reunião para enfrentar o tema do lixo, temas ambientais, da produção ou consumo de alimentos, da violência etc) e tem o potencial de transformar num locus onde circulam afetos e onde vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo.

Após a discussão, podemos identificar melhor o tema, suas possíveis causas e possíveis meios de resolução, mas a discussão apontou no sentido de envolvimento efetivo da comunidade, pois, segundo a avaliação da equipe, era um problema recorrente e necessitaria de um entendimento melhor da população a respeito da problemática e de suas consequências e impactos no seu ambiente.

Desta forma, o segundo passo foi ampliar a discussão com a comunidade. Assim inicialmente com o auxílio dos ACS, identificamos usuários que se identificassem diretamente como problema e que queriam intervir de alguma forma no problema. Este passo da metodologia emergiu da complexidade que envolvia o tema, mas também seguiu as orientações da Declaração do Rio sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (1992), que em seu Princípio nº 10

proclamou a participação de todas as pessoas e o direito delas, à informação, quando assinala que:

O melhor modo de tratar as questões ambientais é com a participação de todos os cidadãos interessados, no nível correspondente. No plano nacional, toda pessoa deverá ter acesso adequado à informação sobre o meio ambiente de que disponham as autoridades públicas, inclusive a informação sobre os materiais e as atividades que encerram perigo em suas comunidades, assim como a oportunidade de participar nos processos de adoção de decisões.

Nessa reunião podemos estabelecer critérios importantes para a discussão do tema levantado. Segundo os critérios apontados por Campos (2002), foram identificadas com a comunidade repercussões negativas sobre a saúde (magnitude do problema) e formas de enfrentá-lo (viabilidade técnica, jurídica, financeira e política). E ainda, que possivelmente o tema levantado tivesse a potencialidade de estimular a participação de outras pessoas da comunidade, já que envolvia toda a comunidade indiretamente.

Como estratégia de intervenção, pactuamos em roda que haveria a necessidade de um esclarecimento mais abrangente do tema, ampliando a discussão para outros usuários daquela comunidade, mas que o processo educativo deveria dar voz a todos os usuários que participassem. Assim, foram definidos três encontros com periodicidade semanal nas casas de alguns moradores para discussão do problema.

Evidenciou-se a potencialidade que o processo educativo poderia trazer, pois a partir do tema, com a Metodologia da discussão em Roda os problemas de saúde relacionados ao lixo seriam despertados e poderiam gerar uma identificação coletiva e, portanto engajamento dos usuários para a resolução do problema. Esta estratégia segue um preceito ressaltado por Campos (2000), segundo o qual a Educação em Saúde é também um instrumento de trabalho, mais útil quando se objetiva a fazer circular informações, de transformar hábitos, valores ou a subjetividade de grupos. A organização, segundo a Metodologia da Roda, tem sua força na construção compartilhada de tarefas e, posteriormente, na análise das dificuldades de levá-las à prática. A Educação em Saúde, mais do que difundir informações procura ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas, tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida, e sobre sua subjetividade.

A expectativa a partir destes grupos de discussão seria produzir propostas de intervenção com responsabilização dos envolvidos, prazos e formas de intervenção que teriam a potência de criar meios para que a resolução do problema fosse duradoura.

Resultados

- A partir das discussões nos três grupos, foram produzidos sentidos a respeito da problemática e o coletivo de pessoas assinalou através de uma pauta única que:
- O principal ponto de acúmulo de lixo era próximo ao antigo reservatório de água, que atualmente está desativado.
- O problema envolvia toda comunidade.
- O acúmulo de lixo perto do reservatório se devia não só às pessoas da comunidade mais acima, que tinham como trajeto aquele local e que assim passavam e depositavam os seus “saquinhos” de lixo no local, mas também porque muitos moradores da comunidade “aproveitavam” o acúmulo de lixo e também depositavam o seu lixo doméstico naquele lugar.
- O lixo gerava muito mau cheiro e tinha colaborado para o aumento de mosquitos, moscas e ratos principalmente nas proximidades.
- Seria necessária uma parceria com a COMLURB (Empresa Municipal de Coleta de lixo) para retirar o lixo, pois o montante de lixo era grande e somente os moradores não teriam como enfrentar o problema.
- Seria organizado um Mutirão com participação de todos os envolvidos na discussão para retirar o lixo corroborando para o trabalho da COMLURB já que havia uma dificuldade de retirada de acesso, pois o lugar era inclinado e irregular.
- Haveria a necessidade da ação conjunta com o Programa de Controle de Endemias para aplicar raticida nas proximidades do “lixão” para combater os ratos que haviam se proliferado enormemente.
- Após a retirada do lixo, seria necessário ocupar esses espaços de alguma forma, para que não se iniciasse novamente o destino do lixo naquele local.
- Deveria haver a disposição de contêineres de lixo em locais acessíveis e que a coleta fosse periódica. Elegeu-se no grupo uma calçada próxima a praça para disposição de dois destes equipamentos.

Após a produção desta pauta pelo coletivo, o mesmo entendeu ser necessária a formação de uma comissão que, conjuntamente com equipe de saúde da família, buscariam reivindicar à COMLURB a colaboração para a retirada do lixo e o fornecimento de contêineres e definição do dias da semana em que haveria a coleta do lixo desses equipamentos. Ao Programa de Controle de Endemias reivindicariam a desratização das proximidades do lugar onde era depositado o lixo.

Desta forma, após a pactuação com a COMLURB e com Programa de Controle de Endemias, elegeu-se o dia para a ação. Neste dia, que contou com a participação de 61 pessoas da comunidade, o lixo foi todo retirado e as proximidades foram desratizadas. Nas proximidades do local, numa área plana que não era utilizada devido à contaminação do ambiente e ao mau cheiro produzido pela decomposição do lixo, foram construídas duas traves destinadas à prática de futebol pelos moradores.

Considerações finais

Podemos avaliar que o cenário inicial era complexo, pois carecia de consolidação de processos democráticos, onde havia pouca participação social, a pobreza seguia como uma das prioridades não-resolvidas, uma comunidade densamente povoada e ocupada desordenadamente. Mas ficou claro que a possibilidade de intervenção no problema apenas seria possível com a participação da comunidade, decisão que rompe com a postura tradicionalmente aplicada ao setor saúde. Em geral, segundo Campos (2000), faz-se Vigilância Sanitária (Promoção e Prevenção) “sobre” os usuários e não “com” a participação ativa deles. Ação sobre as pessoas e não com o envolvimento delas. Há duas expressões semelhantes, mas um abismo entre elas: “agir sobre” ou “agir com” as pessoas? Em consequência, os programas perdem eficácia ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas, em função de necessidades oriundas de normas estabelecidas pela epidemiologia, ou pela lógica política ou administrativa.

Ao inserir a comunidade no projeto de intervenção, podemos potencializar o processo gerando um produto além da necessidade inicialmente identificada que era a retirada do lixo. Com a participa-

ção da comunidade, o produto se tornou mais consistente e duradouro, já que gerou uma transformação no entendimento sobre problemas relacionados ao lixo e também mudança na postura da comunidade em relação à resolução de um problema que diz respeito a todos, gerando acima de tudo autonomia.

Como desdobramento desta ação, a comunidade reivindicou outros pontos de coleta de lixo na comunidade, propôs a discussão em outras áreas da comunidade, para formular ações de intervenção em relação ao destino inadequado do lixo, e com ajuda de alguns moradores potencializou o uso do espaço antes destinado ao lixo, com a criação de uma área de recreação e também com cultivo de plantas e ervas.

Tornou-se evidente a importância que a ESF desempenhou nesse processo, a partir de uma postura acolhedora dos problemas da comunidade e uma valorização de suas reivindicações e estabelecimento de uma relação horizontal. Essa postura criou condições para uma discussão ampla e possibilitou a formação de bases para que a população local pudesse se organizar e criar posteriormente em conjunto com a ESF um Conselho Gestor para discutir os problemas presentes na comunidade.

A equipe de residentes assinala como principal produto dessa intervenção o desenvolvimento de uma organização coletiva na comunidade, que através de um projeto de intervenção pode ressignificar o seu modo de estar e viver naquela comunidade.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: MS, 2001.
- _____. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Avaliação Qualitativa do PACS. Brasília: MS, 1994.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: *Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica*. Brasília: MS, 1998.
- BRASIL. Senado Federal. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BUSS, P. M. Promoção da Saúde da Família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília, ano II, n. 6, p.50-63, dez. 2002.
- _____. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, supl., p. 177-185, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Vigilância sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde. *Revista Interface*, 2000.

CEMPRE. *Lixo municipal*: manual de gerenciamento integrado. 2. ed. São Paulo: IPT, 2000.

CERDA, C. R. *Las ONG frente a los desafíos ambientales de las ciudades de América Latina*. Santiago: Instituto de Ecología Política, 1993.

CHAFFUN, N. *Dinâmica global e desafio urbano*. In: BONDUKI, N. (Org.). *Habitat*: as práticas bem sucedidas em habitação, meio ambiente e gestão urbana nas cidades brasileiras. São Paulo: Studio Nobel, 1997.

KICKBUSCH, I. Promoção da saúde: uma perspectiva mundial. In: OPAS. *Promoção da Saúde: uma antologia*. Publicação Científica, 557, Washington, D.C. 1996. p. 15-24.

MATTOS, R. A. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. *PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MENDES, E. *et al.* Distrito sanitário: conceitos-chave. In: SILVA, L. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo Social de Mudança de Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC- ABRASCO, 1995.

MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

OPAS. Divisão de Saúde e Ambiente Programa de Qualidade Ambiental. *Atenção Primária Ambiental*. Washington, D.C.: OPAS, Junho, 1999. p. 14-65 (Publicação, 62).

RIO EARTH SUMMIT. *Declaration about environment and development*. Rio de Janeiro, 1992.

SÁNCHEZ, M. C. *Aplicación e implementación de la atención primaria ambiental*. Santiago, 1995.

SHIRAIWA, Shozo *et al.* Estudos geofísicos integrados no lixão de Cuiabá, MT, Brasil: resultados preliminares. *Rev. Bras. Geof.* São Paulo, v. 20, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-261X2002000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 out 2007.

SOUSA, L. E. A utilização da microlocalização de problemas na vigilância à saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília: OPAS, 1992. p. 71-88.

Tenda educativa como instrumento de educação em saúde para prevenção de DST/Aids em adolescentes de uma área coberta pela Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: relato de experiência

KARLLA ASSAD DA SILVA¹
NEYLA DURAES FERNANDES²
ÚRSULA LOPES NEVES³

Introdução/Justificativa

A Estratégia de Saúde da Família, adotada pelo Ministério da Saúde como reorganizador da atenção básica em saúde, tem como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, a integralidade do cuidado e relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL/MS, 2006).

O grupo que organizou esse trabalho é constituído por uma equipe de Residentes do segundo ano (R2) em Saúde da Família. Temos como campo de práticas uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. O curso tem duração de dois anos e, desde o início do curso (abril de 2006) estamos desenvolvendo atividades práticas na unidade de saúde.

¹ Cirurgiã-Dentista. Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

² Psicóloga. Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

³ Nutricionista. Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Endereço eletrônico: ursulaln@oi.com.br

A unidade de saúde em que estamos lotados possui cinco equipes de Saúde da Família, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, além de três equipes de saúde bucal (três cirurgiões-dentistas, duas atendentes de consultório dentário e uma técnica em higiene bucal).

Ao chegarmos à unidade de saúde, nos deparamos com situações que nos remeteram a observações sobre como se configurava o acesso aos serviços de saúde. Tendo em vista este fator e a observação empírica de que os adolescentes pouco participavam das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família em questão, fez-se necessário lançar mão de algum instrumento que viabilizasse uma maior aproximação desta parcela da população adscrita às equipes de saúde da família locais, garantindo seu acesso e vínculo à unidade.

Optou-se por utilizar como atrativo a elaboração de uma tenda de saúde na comunidade, com distribuição de preservativo e explicação sobre sua utilização, pois era possível que esse tipo de assunto atraísse a curiosidade do público jovem, principalmente do público masculino, que é aquele menos participativo e menos incluído nas atividades da Unidade de Saúde da Família. Através dessa atividade, buscamos captar adolescentes para constituição de um grupo para discussões de questões de saúde e outras, procurando construir vínculo e garantir acesso e escuta a esse grupo por vezes negligenciado.

Revisão de literatura

A adolescência é uma categoria sociocultural, historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão biopsicológica, quanto a cronológica e a social. O fato é que estar na adolescência é viver uma fase em que múltiplas mudanças acontecem e se refletem no corpo físico, pois o crescimento somático e o desenvolvimento em termos de habilidades psicomotoras se intensificam e os hormônios atuam vigorosamente, levando a mudanças radicais de forma e expressão. No que tange ao aspecto psicológico, muitas são as transformações, principalmente as relacionadas à labilidade no humor. Surgem dúvidas e questões de várias ordens, desde sobre como viver a vida, os modos de ser, de estar com os outros, até a construção do futuro com as escolhas profissionais (FERREIRA *et al.*, 2007).

No entanto, apesar de a adolescência ser vigorosamente marcada por processos psicobiológicos, esta fase não deve ser tomada como um conjunto de fenômenos universais implicados no crescimento e desenvolvimento somático-mental, uma vez que as transformações pelas quais passam os adolescentes também resultam de processos inerentes aos contextos sociais (históricos, políticos e econômicos) nos quais os sujeitos adolescentes estão imersos. Neste sentido, pensar a saúde do adolescente implica pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida. Por sua vez, implica um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para esta parcela significativa da sociedade, os adolescentes (RAMOS, 2001).

Ao propor uma ação de promoção à saúde do adolescente na comunidade, a responsabilidade de execução, no âmbito da saúde, recai sobre as equipes de ações básicas. Admite-se que três grupos são importantes na compreensão dos elementos associados a uma proposta dessa natureza: as famílias com adolescentes, os profissionais de saúde da família e os próprios adolescentes. Quando se trata de uma proposta de elaboração de ações de promoção à saúde, é fundamental uma aproximação com os conteúdos subjetivos dos atores sociais envolvidos. Primeiro, como forma de alcançar as impressões, opiniões, sentimentos e saberes dos diferentes grupos; depois, porque interessa conhecer quais os recursos e as dificuldades de cada um desses segmentos (pais, adolescentes e profissionais) em promover a saúde dos adolescentes na comunidade (JEOLAS; FERRARI, 2003).

Um olhar mais aprofundado sobre a Aids indica que há participação intensa de homens jovens na dinâmica da epidemia. Paradoxalmente, a despeito de tal fato, esse grupo se encontra praticamente à margem de uma atenção adequada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De um modo geral, verifica-se que as ações realizadas no nível da atenção básica voltam-se à distribuição esporádica de preservativos masculinos por unidades básicas de saúde, podendo-se afirmar que tal abordagem não considera, com propriedade, as questões que envolvem sua saúde sexual e reprodutiva. Dessa forma, faz-se necessário que a assistência à saúde dos homens jovens tenha como princípio que são atores com necessidades de saúde, sexualidade e

reprodução a serem consideradas, tanto na suas relações com o outro, como em sua especificidade, conforme sugeriu Figueroa-Perea (1998).

Coincidindo com a escassa presença dos homens jovens – principalmente os adolescentes – como foco das ações de atenção à saúde reprodutiva e sexual, observa-se que os estudos que tomam como referência tal grupo têm procurado conhecer e descrever práticas sexuais e comportamentais que possam agregar riscos de infecção ou transmissão do HIV. No entanto, as experiências afetivo-amorosas que, na maior parte das vezes, antecedem o início da vida sexual e ocorrem, pela primeira vez, na adolescência, como beijar, ficar e namorar, vêm sendo pouco abordadas e exploradas por estudiosos do campo da saúde coletiva (BORGES; SCHOR, 2007).

No Brasil, as políticas públicas para adolescentes, criadas e regulamentadas na década de 80, desenvolvem-se de forma fragmentada e desarticulada, “cada setor do governo desenvolve suas políticas, estratégias e ações isoladamente [...] não representando um trabalho intersetorial expressivo dirigido à integralidade da atenção ao adolescente” (RUA, 1998). Em face dessa realidade, em outra perspectiva, a política de saúde que pode mudar a situação atual dos adolescentes no país é a Estratégia da Saúde da Família (ESF), por se aproximar mais das condições socioculturais e assim cumprir os princípios que norteiam o SUS (BRASIL, 1998).

A idéia de utilização de tendas educativas sobre DST e Aids como forma de aproximação dos adolescentes com a Unidade de Saúde da Família tenta responder à necessidade de reestruturação das práticas de saúde voltadas para adolescentes. Além disso, propicia um terreno fértil para a promoção da saúde, tão valiosa na prática da ESF. Contudo, certos cuidados devem ser tomados antes de se iniciar uma atividade com o recorte etário aqui definido, para se evitar uma classificação rígida e limitada dos indivíduos que estão passando por este ciclo de vida. Muitas vezes estas classificações se dão através de idéias preconcebidas, dificultando o diálogo franco e aberto com os adolescentes. No contexto de homogeneização de comportamentos e estilos de vida que caracteriza a sociedade contemporânea, ser “jovem” significa mais do que uma delimitação etária: ser jovem é ser novo e inovador, projetado para o futuro; juventude é beleza, leveza, humor, responsabilidade, coragem, ousadia e... sexo (VILLELA; DORETO, 2006).

No entanto, nem todos os jovens se expõem igualmente a essa concepção de juventude, pois as informações se difundem de modo distinto pelas camadas sociais e são elaboradas contextualmente, fazendo com que a idéia de juventude, do que é adequado ou não a esse período, ou mesmo a sua duração, seja vivenciada de maneira particular nos diversos grupos. Se hoje uma jovem inicia sua carreira reprodutiva entre 15 e 20 anos, como suas avós e bisavós, há o sentimento de que está deixando de aproveitar as oportunidades que o mundo lhe oferece, em especial em termos de escolarização e trabalho. O mesmo ocorre em relação aos rapazes, que, frente a uma gravidez da parceira, devem parar de estudar para trabalhar e sustentar a família. Em alguns casos, as trajetórias se constroem exatamente como foi descrito, mas essa não é uma regra. Nem todos os jovens interrompem definitivamente a sua formação profissional pelo fato de terem filhos, nem todos os jovens que têm filhos tinham interesse, capacidade e chance de maior escolarização e inserção qualificada no mercado de trabalho. O mesmo pode ser dito em relação à infecção pelo HIV que, embora cada vez mais se transforme em uma doença crônica com a qual é possível (com) viver, ainda é entendida por muitos como uma sentença de morte (VILLELA; DORETO, 2006).

A epidemia pelo HIV é uma ameaça real, e não apenas para os jovens. As gestações não planejadas também, em qualquer idade. Assim, são necessárias políticas públicas de saúde e de educação que minimizem os riscos relacionados ao exercício da sexualidade pelas pessoas em qualquer idade (VILLELA; DORETO, 2006).

Todos esses fatores foram considerados na elaboração da abordagem aos adolescentes na comunidade através das tendas de saúde, a fim de se evitar generalizações castradoras do processo educativo construtivo e compartilhado.

Metodologia

Os profissionais participantes da tenda educativa foram treinados pelo enfermeiro residente, a fim de homogeneizar o discurso sobre prevenção e tratamento de DST/Aids. Durante o treinamento foram abordadas, além das questões biológicas as dimensões psicossociais da temática a ser desdobrada durante a atividade educativa.

A escolha do local, horário e dia destinados a fixação da tenda levou em conta o trânsito dos adolescentes pela comunidade e a viabilidade dos mesmos dispensarem momentos de atenção ao evento. Esta seleção tomou como base o conhecimento dos ACS acerca do território. Escolheu-se um dia da semana para montagem da tenda e a atividade ocorreu no período da manhã e à tarde. Apesar de a atividade ter sido planejada visando a atingir os adolescentes da área, outras pessoas, adscritas ou não ao território, ao passarem pelo local, também visitaram a tenda.

Todas as pessoas que visitaram a tenda tiveram seus dados pessoais (nome, idade e endereço) registrados, visando a quantificar e justificar a distribuição dos preservativos. Os materiais utilizados foram: álbum seriado e cartazes sobre DST/AIDS, preservativos masculinos, próteses dos órgãos sexuais femininos e masculinos. Os materiais foram utilizados como ferramentas para explicação e esclarecimento de dúvidas em relação ao assunto. Também foram distribuídos preservativos masculinos aos que visitaram a tenda.

As etapas abaixo, para abordagem dos adolescentes, foram previamente construídas e pactuadas pelos profissionais. Deixou-se claro que o roteiro era apenas um norte para o rompimento da inércia da atividade, devendo a particularidade e dúvidas de cada participante ser respeitada. O roteiro seguia as seguintes etapas:

1. abordagem ao adolescente convidando-o a participar da tenda;
2. registro dos dados do adolescente (nome, endereço e idade);
3. Perguntar se ele desejava receber preservativos. Em caso de resposta afirmativa, perguntava-se ao adolescente por que se deve usar o preservativo e como. Estas perguntas possibilitaram o início de um diálogo sobre o uso de preservativo e todas as questões envolvidas nesta ação. Em caso de resposta negativa, partia-se para a etapa 4, que também foi realizada com aqueles que responderam afirmativamente a questão anterior;
4. perguntar ao adolescente se ele desejava participar da construção de um grupo voltado para adolescentes com conteúdo totalmente selecionado pelos próprios participantes. Em caso de resposta afirmativa, entregava-se o convite para um encontro com os profissionais de saúde e outros adolescentes, respeitando a disponibilidade de horário do indivíduo a ser convidado. Em caso de resposta negativa, registrava-se a recusa;

Resultados

A tenda contou com a participação de 73 indivíduos. Destes, 4,1% (3) eram de áreas não cobertas pela ESF, 82,2% (60) eram adolescentes e dos adolescentes participantes 70% (42) eram do sexo masculino e 30% (18) eram do sexo feminino. Todos os adolescentes do sexo masculino desejaram levar preservativos para casa, porém apenas metade das meninas pegou os preservativos. Todos os adolescentes demonstraram interesse em participar ativamente da construção de um grupo para jovens na unidade de saúde. Durante a atividade, uma usuária solicitou a criação de um grupo de discussão para mulher sobre sexualidade.

Conclusão

A dinâmica das relações de gênero impõe às moças o recato em relação ao sexo, enquanto que, para os rapazes, é esperado que não haja muito pudor ou embaraço em relação ao tema (VILLELA; DORETO, 2006).

Por isso, a maior participação dos adolescentes do sexo masculino já era previsível e até mesmo desejada, tendo em vista que este grupo compõe a parte da população cadastrada que menos interage com o Saúde da Família, até mesmo porque inexistem atividades voltadas para este público. Contudo, as atividades em que os adolescentes estão envolvidas na Unidade de Saúde da Família são ainda muito incipientes e mais voltadas para a saúde reprodutiva, o que justifica a inclusão de algum atrativo para o público feminino em uma próxima oportunidade de execução da tenda educativa.

Mesmo com esta ressalva, a tenda educativa mostrou ser um instrumento pertinente para a aproximação dos profissionais de saúde da família aos adolescentes. As perguntas formuladas no roteiro de fato foram úteis para se iniciar uma discussão sobre o tema em voga. Foram despertadas curiosidades para além das perguntas feitas, propiciando um momento de troca e intercessão de conhecimentos únicos. O material utilizado, sobretudo a distribuição de preservativos foram importantes atrativos para que as pessoas se aproximassem.

Além disso, a presença dos profissionais na rua proporcionou um momento de oportunidade de comunicação com pessoas de outras faixas etárias, que também verbalizaram o interesse em par-

participar de grupos de discussão sobre saúde. Esta oportunidade foi devidamente aproveitada e espera-se que resulte na criação de um grupo de discussão voltado para mulheres. Houve também a oportunidade de solucionar dúvidas acerca do funcionamento da Unidade de Saúde da Família e a distribuição regular de preservativos.

Dados os resultados proveitosos gerados pela ação educativa, justifica-se aplicá-la junto a outras equipes de saúde da família e torná-la uma ação sistemática. Contudo, é necessário que a mesma seja dinâmica, apresentando sempre novos atrativos para o público e aproveitando as oportunidades surgidas das demandas apresentadas pelos usuários, mesmo que estes não sejam adolescentes. Esta dinâmica pode contar com os próprios adolescentes participantes dos grupos agendados na Unidade de Saúde, a partir do momento em que os grupos estiverem acontecendo regularmente. A modificação dos atrativos da tenda pode possibilitar seu uso para outros fins, como a integração dos profissionais com outros grupos da população além dos adolescentes, bastando para isto identificar um ponto de interesse comum daqueles para quem se deseja dirigir à prática educativa.

Referências

- BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Out 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de humanização. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. 2ª ed. Série B textos básicos de Saúde. Brasília DF: MS, 2006.
- FERREIRA, M. de A. et al. Saberes de adolescente: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Out 2007.
- FIGUEROA-PEREIRA, J. G. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, Supl 1, p. 87-96, 1998.
- JEOLAS, L. S.; FERRARI, R. A. P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. *Ciênc.*

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Out 2007.

RAMOS, F. R. S. Bases para uma resignificação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: *Projeto Acolher. Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília (DF): ABEn; 2001. p. 11-8.

RUA, M. G. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. In: COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (Org.). *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde/ Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998. p. 731-49.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Out 2007.

A valorização do conhecimento e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool visando ao cuidado integral

FERNANDA FERREIRA DA FONSECA¹

Introdução

O presente estudo tem como objetivo analisar o conhecimento, opiniões e expectativas dos trabalhadores acerca do uso e abuso de álcool, visando ao cuidado integral através da elaboração de um programa de promoção da saúde no trabalho e prevenção de riscos relacionados ao uso abusivo dessa substância.

O crescente consumo de álcool e suas devastadoras consequências tornaram-se um dos problemas mais graves dos dias atuais. O número de pessoas que se tornam dependentes e que são gradativamente destruídas por essa substância aumenta assustadoramente a cada dia. O abuso de álcool verificado nos últimos anos e suas consequências na vida do indivíduo e da sociedade é considerado hoje um problema de saúde pública (CALDEIRA, 1999).

O uso abusivo de álcool constitui, na atualidade, uma ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas do Estado e da sociedade. Suas consequências afetam a todos os espaços geográficos, incluindo todos os indivíduos, independentemente da classe social e econômica (BRASIL/MJ, 2001). Isso faz com que haja uma preocupação cada vez maior por parte das famílias, profissionais de saúde, de educação e autoridades governamentais quanto ao crescente número de alcoolistas no país. O problema tem-se espalhado

¹ Professora substituta no Departamento de Saúde Pública da EEAN / UFRJ. Endereço eletrônico: fenferreira@hotmail.com.

nas sociedades industrializadas atingindo dimensões epidêmicas, transformando-se num sintoma inquietante de um novo e profundo mal-estar na civilização, trazendo sérias conseqüências não só no que diz respeito à saúde, como também gerando grandes gastos financeiros para os governos.

O alcoolismo e as doenças orgânicas associadas ao álcool constituem uma das principais causas de internação no Brasil. Também nos hospitais psiquiátricos, o alcoolismo tem sido apontado como a causa mais freqüente de internação, com números variando entre 19% e 50 %, dependendo do estudo (FERREIRA, 2000).

Trata-se de uma questão que acomete principalmente os grupos mais jovens e também os adultos que trabalham, nos quais as conseqüências podem ser fatais, dada a possibilidade dos acidentes de trabalho. Além disso, afetam também a produtividade das empresas. Seus graves efeitos se estendem também à questão social e familiar, esta última tendo em vista a desestruturação da família, inclusive no aspecto econômico, uma vez que grandes quantias de dinheiro são gastas pelos trabalhadores no consumo de bebidas.

Em 1948, a Organização Mundial da Saúde incluiu o alcoolismo como um item diferenciado da intoxicação alcoólica e psicoses alcoólicas, na Classificação Internacional de Doenças (CID). Atualmente, o alcoolismo encontra-se classificado pela CID na sua 10ª revisão, no capítulo referente aos transtornos mentais e de comportamento.

O trabalho é considerado um dos fatores psicossociais de risco para o alcoolismo crônico (BRASIL/MS, 2001). O consumo coletivo de bebidas alcoólicas associadas a situações de trabalho pode ser decorrente de prática defensiva, como meio de garantir inclusão no grupo. Também pode ser uma forma de viabilizar o próprio trabalho, em decorrência dos efeitos farmacológicos próprios do álcool: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e antisséptico. O uso de álcool existe cada vez mais entre pessoas incorporadas à vida produtiva, trazendo como conseqüências a diminuição da produtividade, alterações das relações na ordem laboral, interpessoal, familiar, social e da saúde.

O estímulo para discutir essa temática emergiu da prática na condição de Enfermeira inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF) no

município de São Pedro da Aldeia, no Rio de Janeiro. Nesse contexto tenho acompanhado, através da consulta de enfermagem, um número cada vez maior de trabalhadores que fazem uso abusivo de álcool e, não raro, tornam-se vítimas de acidentes de trabalho.

A ESF é um novo modelo de assistência à saúde que visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os princípios do SUS. Uma das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica comum à ESF é o desenvolvimento de ações focalizadas sobre grupos de risco e fatores de risco comportamentais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis. A partir deste enfoque, o presente estudo tem como objetivo analisar o conhecimento, opiniões e expectativas dos trabalhadores acerca do uso e abuso de álcool, visando à elaboração de um programa de promoção da saúde no trabalho e prevenção de riscos relacionados ao uso abusivo dessa substância.

A pesquisa torna-se relevante uma vez que se apóia na necessidade de produzir conhecimento científico e prático relacionado ao fenômeno “uso e abuso de álcool no trabalho”. Além disso, o estudo pretende trazer para a comunidade científica novos conteúdos sobre essa temática, através do levantamento de informações sobre o conhecimento e opiniões dos trabalhadores acerca da temática citada. Pretende-se contribuir também com o próprio trabalhador, buscando fortalecer a participação do mesmo na elaboração de um “programa participativo”, trazendo-lhe maior segurança profissional e valorização pessoal.

Teorizando sobre o alcoolismo e o trabalhador

O alcoolismo refere-se a um modo crônico e continuado de usar bebidas alcoólicas, caracterizado pelo descontrole periódico da ingestão ou por um padrão de consumo de álcool com episódios freqüentes de intoxicação e preocupação com o álcool e seu uso, apesar das conseqüências adversas desse comportamento para a vida e a saúde do usuário (BRASIL/MS, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a Síndrome de Dependência do Álcool é um dos problemas relacionados ao trabalho. A Sociedade Americana das Dependências, em 1990, considerou o

alcoolismo como uma doença crônica primária que tem seu desenvolvimento e manifestações influenciadas por fatores genéticos, psicossociais e ambientais, freqüentemente progressiva e fatal.

O álcool é considerado a substância de uso mais comum tanto na perspectiva da Saúde Pública como, particularmente, na Saúde do Trabalhador. No Brasil, a Associação dos Estudos do Álcool e Outras Drogas estimou, em 1990, que o alcoolismo é o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho, sendo a causa mais freqüente de aposentadoria precoce e acidentes de trabalho, e a oitava causa para concessão de auxílio doença pela Previdência Social.

Hoje o trabalho tem papel fundamental para os indivíduos no mundo. Contribui para a formação da sua identidade e permite que os indivíduos participem da vida social como elemento essencial para a saúde (MENDES; DIAS, 1999), daí a necessidade de se conhecer os fatores que interferem na qualidade de vida e no trabalho. Cada categoria profissional tem suas especificidades ligadas ao seu passado histórico, ao nível de organização e combatividade nas conquistas incorporadas à legislação, ao sistema repressivo explícito à que está sujeita e aos fatores nocivos envolvidos especificamente na atividade laboral (HAAG *et al.*, 2001).

É importante salientar, no conjunto de fatores de risco associados à etiologia multicausal do alcoolismo crônico, que a própria ocupação desenvolvida pelo trabalhador pode ser considerada como fator de risco. As profissões de maior risco são aquelas em que os indivíduos trabalham por muitas horas seguidas, trabalhos noturnos ou que exijam constante vigilância e profissionais que atuam em ambiente de grande estresse (MONTEIRO, 2000). Também os trabalhadores de saúde se enquadram na questão do risco devido a um alto índice de ansiedade, relacionado ao próprio trabalho, o que os leva a buscar mecanismos compensatórios. Além disso, há uma grande freqüência de casos (individuais) de alcoolismo observada em ocupações que se caracterizam por serem socialmente desprestigiadas e mesmo determinantes de certa rejeição, como as que implicam contatos com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de cães; atividades em que a tensão é constante e elevada; de trabalho monótono em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias) e situações de trabalho que envolvem afas-

tamento prolongado do lar (viagens freqüentes, plataformas marítimas, zonas de mineração) (BRASIL/MS, 2001).

No entanto, estudos mais recentes indicam que no Brasil, atualmente o maior consumo de álcool ocorre no primeiro escalão das empresas (dirigentes e altos executivos) tendo como justificativas a necessidade de reduzir o estresse decorrente da competitividade (DONATO, 2002). Devido à extensão do problema e suas graves conseqüências, as autoridades governamentais recomendam prioridade nas ações de combate ao alcoolismo, com o objetivo de diminuir os agravos à saúde do trabalhador e os acidentes de trabalho. Destacam-se os programas de prevenção e promoção da saúde que têm por objetivo identificar situações de alcoolismo ou tendências para ele.

Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas e álcool no setor de trabalho é uma intervenção eficaz e de menor custo para a sociedade. Nesse contexto, a equipe de enfermagem, como parte da equipe de saúde, desenvolve papel importante para ajudar os indivíduos a manter sua saúde. A equipe de enfermagem deverá estar empenhada em promover, manter e restabelecer a saúde do trabalhador, onde a promoção de saúde desenvolve estratégias no sentido de valorizá-la, visando a reduzir os riscos relacionados com sua saúde e, conseqüentemente, preservar a integridade e satisfação no trabalho além da mais alta produtividade (ROGERS, 1994).

De acordo com o Programa Nacional Antidrogas [PNAD] (BRASIL/MJ, 2001), no ambiente de trabalho as doenças relacionadas com o uso e abuso de álcool e drogas trazem como conseqüência o absenteísmo, custos diretos e indiretos decorrentes do uso dessas substâncias, acidentes e/ou aumento do risco de acidentes, diminuição da produtividade, aumento de conflitos de grupo e problemas interpessoais com os companheiros de trabalho.

Nesta realidade complexa em que, de um dia para o outro, o trabalhador é incapacitado ou limitado por um acidente ou por outros motivos de saúde para desempenhar suas funções na empresa, torna-se uma questão de grande relevância. Se o trabalhador se ausenta freqüentemente do trabalho ou quando retorna não pode levar adiante as funções adequadamente, ou não atende às exigências de produtividade, esses fatos provocam transtornos e perdas para a organização e devem ser esclarecidos para serem tratados.

Alguns fatores contribuem para que o consumo de bebida alcoólica venha aumentando significativamente nos últimos anos. É possível destacar a valorização do álcool reproduzida pela mídia como objeto intermediário nas relações sociais, onde são exibidos altos executivos tomando um “drinque” para relaxar após uma importante reunião, ou aqueles grandes amigos que após o trabalho sentam-se à mesa de um bar para comemorar algum evento, ocasião na qual não pode faltar a bebida alcoólica para intermediar a alegria daquele momento. Além disso, os próprios atrativos naturais do álcool, como o sabor e o efeito euforizante, quando consumido em pequenas doses, facilita a inserção do indivíduo na cultura consumidora desta substância.

Algumas culturas seguem regras predeterminadas para o consumo do álcool ou têm rituais estabelecidos de onde, quando e como beber. Assim sendo, têm menores taxas de uso abusivo de álcool quando comparadas com outras que não seguem quaisquer padrões. No entanto, no Brasil, o indivíduo abstinência pode chegar a ser discriminado diante da recusa na parceria nas rodadas alcoólicas com amigos. Isso faz com que a bebida seja dificilmente dissociada da vida das pessoas, inclusive dos trabalhadores (DONATO, 1999).

Podemos ainda identificar fatores psicossociais negativos relacionados ao trabalho como determinantes de risco ao desenvolvimento do alcoolismo, dentre eles Donato (1999, p. 25) destaca:

[...] o inadequado desenvolvimento e aproveitamento dos potenciais, a sobrecarga de trabalho, a insegurança profissional, a desigualdade no salário, os erros dos supervisores, as relações conflituosas no trabalho, a falta de reconhecimento profissional, a frustração quanto à realização de projetos de vida e ao aumento da qualidade de vida, o trabalho executado em turnos e o perigo físico.

Diante da complexidade e da diversidade de fatores de risco que podem levar o trabalhador ao alcoolismo, acredito que programas devem ser desenvolvidos com a finalidade de atendimento aos trabalhadores que fazem uso abusivo de álcool e de prevenção visando àqueles que não consomem a substância. Esses programas devem ser criados sob um olhar amplo, de forma que sejam analisados os fatores multicausais que podem levar ao alcoolismo. Através desse olhar, serão mais fáceis à compreensão da doença e a adesão do

paciente aos programas, tornando a prevenção do risco de acidente de trabalho uma meta a ser alcançada mais facilmente.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, sendo desenvolvido e fundamentado na abordagem qualitativa, por melhor adequar-se à análise do objeto e alcance dos objetivos. A pesquisa qualitativa é aquela em que se trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2004). Por esse motivo, tal abordagem veio perfeitamente ao encontro à perspectiva de alcançar os objetivos da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores que buscaram atendimento médico e que passaram pela consulta de enfermagem em uma Unidade de Saúde da Família no município de São Pedro da Aldeia, Região dos Lagos, Rio de Janeiro. Totalizaram um número de 15 trabalhadores entrevistados, sem haver planejamento prévio quanto ao número de participantes.

O interesse da pesquisa qualitativa não está focalizado em contar o número de vezes que a variável aparece, mas sim que qualidade elas apresentam, não sendo necessário definir previamente o número de entrevistados. A decisão de encerrar a coleta de dados é tomada quando o pesquisador percebe que as informações colhidas até o momento são suficientes para atender os intuítos do estudo (LEOPARDI, 2001).

Ressalto que nessa ocasião os sujeitos procuraram a Unidade com queixas diversas e foram escolhidos aleatoriamente conforme aceitavam participar da entrevista. Os depoimentos foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada, com o uso de gravador. Dessa forma, entendo que foi possível permitir ao sujeito pensar e produzir respostas livres, além de oportunizar o estabelecimento de uma relação dialógica com o entrevistado.

A coleta de dados tomou por base três questões norteadoras: “Que informações os trabalhadores têm acerca do fenômeno uso e abuso de álcool?”, “Quais os fatores de risco relacionados ao abuso de álcool no trabalho?” e “Como o conhecimento, opiniões e expectativas dos trabalhadores acerca do uso e abuso

do álcool podem contribuir para a elaboração de um programa de prevenção ao alcoolismo?”.

Os trabalhadores foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assegurados de que teriam sua identidade preservada. Todos assinaram um termo de comprometimento livre e esclarecido, respeitadas as determinações que constam na Resolução nº 196/96, do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Além disso, houve aprovação e liberação para realização da pesquisa, emitida pelo então gestor municipal de saúde.

A coleta de dados iniciou-se após obter o consentimento dos participantes. Cabe ressaltar que, ao iniciar as entrevistas, esclareceu-se aos participantes a necessidade do uso do gravador para facilitar o registro, na íntegra, dos depoimentos e sua posterior transcrição. As informações foram trabalhadas por meio de análise temática, a qual propicia conhecer uma realidade por meio das comunicações de indivíduos que tenham vínculo com a mesma. Como resultado, emergiram cinco unidades temáticas, denominadas: o alcoolismo como “um problema dos outros”; busca dos efeitos atrativos do álcool; alcoolismo como fator de risco no trabalho; alcoolismo como doença e sentimentos confessados: a dependência ao álcool.

Apresentação e discussão dos dados

O alcoolismo como “um problema dos outros”

Durante as entrevistas, alguns sujeitos reconheceram que o alcoolismo é um problema, porém o vêem como algo que não os prejudicaria apesar de fazerem uso de bebida alcoólica.

[...] esse negócio de alcoolismo é para gente fraca que não sabe beber. Eu sempre bebi e nunca fiquei “ruim”, pelo contrário, fico até mais alegre. (E1)

Conheço um cara que é alcoólatra. Ele já acorda bebendo cachaça [...]. Não é o meu caso. Eu bebo só pra descontrair [...]. (E8)

De acordo com essas falas, pode-se observar que existe certa banalização do tema. Os entrevistados parecem ver o alcoolismo como algo distante de si, apesar de fazerem uso da substância com alguma frequência. Além disso, pode-se perceber distorções do pensamento, em alguns casos evidenciando a negação, isto é, o bebedor

alcoólico tende a não reconhecer que faz uso abusivo do álcool. Mais da metade dos pacientes com problemas relacionados ao álcool não são identificados. Somando-se o subdiagnóstico, o preconceito e obstáculos em motivar o paciente para o processo de mudança de comportamento, o resultado é a enorme dificuldade no diagnóstico e tratamento (DONATO, 1999). Outro discurso que revelou o uso do álcool pelo sujeito e seu conhecimento acerca disto:

Não tenho o hábito de beber todos os dias, mas no final de semana tem que ter uma cervejinha para relaxar [...] tem gente que não consegue parar, acho que isso que é alcoolismo [...] mas eu sei a hora de parar. (E5)

Neste relato observamos que o sujeito demonstra conhecer que o uso do álcool leva à dependência, porém não reconhece em si mesmo o risco, embora também faça uso da substância.

Atualmente, 84% da população brasileira apresentam crescente consumo ocasional do álcool e, no mínimo, 3 a 10% destes terão início de cronificação pela bebida. É importante lembrar que o consumo de álcool em quaisquer volumes deve sempre ser evitado ao máximo como medida preventiva, pois é tênue o limite que separa o uso do abuso e suas graves conseqüências, e também se for levado em conta o fato de que o alcoolismo é uma doença insidiosa, de evolução lenta e quase despercebida (DONATO, 1999).

O indivíduo que faz uso de bebida alcoólica, até chegar à dependência, passa por um processo de evolução da doença que possui várias fases, e uma delas é exatamente aquela em que a pessoa tem o primeiro contato com o álcool. À medida que o uso esporádico dessa substância vai-se tornando uma rotina, aos poucos a bebida passa a fazer parte de sua vida. Ela está presente nas comemorações, nas reuniões com os amigos, enfim, lentamente o álcool vai-se tornando parte indissociável da vida das pessoas. A partir daí, o risco para dependência vai se tornando gradativamente maior.

Portanto, não reconhecer em si mesmo que o uso da bebida alcoólica, mesmo que esporádico a princípio, pode levar à dependência, é uma séria questão, pois grande parte desses usuários se tornarão alcoolistas com o tempo. E em se tratando de trabalhadores, resalto a questão do risco para acidentes de trabalho como um fato que deve ser levado em consideração.

Alcoolismo como fator de risco no trabalho

Alguns sujeitos fizeram colocações expressivas quanto ao risco que o alcoolismo representa para o trabalhador durante o desenvolvimento de suas funções:

Acho que se o cara estiver trabalhando alcoolizado ele corre o risco de cometer erros [...] dependendo do trabalho que ele faz, isso pode até representar risco de vida [...] risco de vida dele e às vezes de outras pessoas também (E11).

A afirmativa deste trabalhador corresponde a uma realidade. De acordo com dados do Programa Nacional Anti Drogas 2001², o uso de drogas e álcool aumenta em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho, relacionando-se com 5 a 13% das ocorrências. Sabe-se que no sistema nervoso dos alcoolistas ocorre perda da identidade total ou parcial e do domínio dos próprios movimentos na embriaguez. Isso quer dizer que o risco aumenta significativamente nesse estado. Trabalhadores que atuam diretamente operando máquinas ou dirigindo carros, ônibus ou caminhões, por exemplo, colocam não só suas vidas em risco, mas também a de outras pessoas que possam com ele estar envolvidas naquele momento.

Pra falar a verdade eu mesmo tive um problema [...] eu dirigia ônibus e um final de semana eu exagerei na cerveja [...] era um aniversário [...] perdi o controle do coletivo e bati. Não era pra mim beber naquele dia, eu assumo o meu erro.

De acordo com esse relato, é possível perceber que o trabalhador se expôs ao risco, mesmo tendo consciência dele. Os trabalhadores podem até desafiar o perigo e construir o que é chamado de “ideologia defensiva”, como mecanismo coletivo de proteção contra o medo (DEJOURS, 1992). Esta é uma estratégia segundo a qual, diante de atividades reconhecidamente arriscadas, os trabalhadores tendem a desafiar o perigo se expondo a ele. Ao desafiarem o risco, eles teriam a sensação de dominá-lo. No entanto, tendo o sujeito feito uso excessivo de álcool, ocorre um agravante, pois além da exposição ao risco ligada à profissão o trabalhador sob efeito do álcool perde a capacidade de conduzir com segurança seu instrumento de trabalho aumentando a possibilidade da ocorrência de um acidente. Apesar deste fato, o trabalhador algumas vezes só reconhe-

ce o risco após ter passado pelo acidente, e programas preventivos de esclarecimento podem ser úteis nesse aspecto.

Alcoolismo como doença

Na construção deste tema, percebe-se a presença da palavra *doença* colocada pelos sujeitos e apresentada como algo de certa forma desprezível. E ao mesmo tempo vêem o alcoolista com certo preconceito, vítima de uma doença causada por ele mesmo devido à sua “fraqueza”.

Alcoolismo é uma doença. O cara que é alcoólatra é um cara doente, que tem que se tratar [...] isso aí é uma fraqueza que ele tem pela bebida. Eu não bebo nem por distração [...] (E2).

Observa-se aqui que o sujeito reconhece o alcoolismo como uma doença. O que é uma realidade, conforme classificação na décima edição do Código Internacional de Doenças (CID 10), onde podemos encontrá-la caracterizada como doença crônica, conforme já citado. No entanto, notam-se também nas afirmações geradas pelos sujeitos, traços de preconceito pelo indivíduo alcoolista.

O desprezo percebido nessas afirmações pode ter relação com representações negativas geradas na sociedade relacionadas com o indivíduo que faz uso abusivo de álcool. A visão de que o alcoolista é alguém fraco o torna socialmente rejeitado. Os sujeitos que assim vêem o alcoolismo também o fazem por terem uma vivência anterior com o problema que foi negativa, experiências vividas com pessoas conhecidas e até familiares, trazem à lembrança acontecimentos desagradáveis que geram certo desprezo pelo tema. O alcoolismo é tido como uma doença familiar, capaz de prejudicar a saúde física e emocional de qualquer membro da família (GILTOW; PEYSER, 1991). O uso da substância etílica traz impactos diretos sobre o cônjuge e os filhos em termos físicos, psicológicos e de imagem social dos papéis onde desempenham suas funções. Os prejuízos poderão ainda se apresentar através das questões financeiras, rendimento escolar, entre outros.

A crise da família pode representar uma incubadora onde se desenvolve o risco da droga e do álcool, porque a falta de afetividade e relacionamento familiar difícil ou desestruturado entre seus mem-

bro, pode levar a fuga sem volta para o alcoolismo ou outras formas de drogadização (CARRILLO, 2002).

Alcoolismo é uma doença. A pessoa que começa a beber tem que saber que depois não vai conseguir parar [...]. conheço gente que tem esse problema, mas eu mesmo não gosto nem do cheiro da bebida [...] (E10).

Nesta afirmação é possível identificar a definição do alcoolismo como doença mais uma vez, no entanto, o sujeito coloca o problema como algo sem solução, uma doença incurável quando diz: “depois não vai conseguir parar”, evidenciando seu desconhecimento a respeito do problema. Sabe-se que o alcoolismo é uma doença perfeitamente tratável e curável quando acompanhada adequadamente. No entanto trata-se de uma doença crônica que ainda não tem respostas únicas e certas de tratamento a partir do modelo puramente biomédico, levando-se em consideração os fatores psicossociais que podem levar o indivíduo ao desenvolvimento dessa doença. Ainda assim, o alcoolista devidamente acompanhado pode livrar-se da dependência.

Sentimentos confessados: a dependência do álcool

Durante as entrevistas um dos sujeitos relatou sua posição como alcoolista que reconhece seu problema e está em tratamento:

Já tive problema com esse negócio aí. Já perdi até o emprego uma vez por causa disso [...] mas aprendi a lição [...]. Tô me tratando no CAPS [...] é uma doença muito difícil [...] Perdi amigos, o trabalho, pessoas da família não confiam mais em mim [...] Mas eu vou mostrar pra todo mundo que agora eu to diferente [...] as coisas mudaram (E4).

Entre os fatores que levam à dependência, destacam-se os fatores culturais, segundo os quais o indivíduo é valorizado por aquilo que ele tem e não por aquilo que ele é, pois vivemos numa cultura capitalista, consumista, onde o “descartável” se faz presente. No dia-a-dia tudo se torna descartável ou pode deteriorar-se: as relações, os compromissos, as cotidianas responsabilidades, o caráter e os valores dos seres humanos (CARRILLO, 2002). Também nesse sentido, sabe-se que há uma porcentagem estável de 13% de pessoas que fazem uso de álcool se transformam em dependentes. Mas a concepção psicologicamente

determinada para a etiologia do alcoolismo coexiste também com a teoria da vulnerabilidade biológica (DONATO, 2002).

Dessa forma, entendo que existe uma série de fatores que tornam alguns indivíduos mais suscetíveis ao alcoolismo do que outros por diversas razões, o que faz afirmar que o indivíduo alcoolista ser chamado de “fraco” é um preconceito social. Muitos estudos surgem nos dias atuais, nos quais à concepção médica da doença alcoolismo, acresce-se a uma multicausalidade, considerando os fatores de vulnerabilidade genéticos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais, políticos e ideológicos, que podem estar, numa visão sistêmica interagindo ou não, na realização do diagnóstico de alcoolismo.

Considerações finais

Com este estudo chegou-se à conclusão de que os trabalhadores em geral têm pouco conhecimento de que o uso abusivo de álcool pode levar à dependência e ainda aumenta a possibilidade de acidentes de trabalho. Observa-se que os trabalhadores em geral não vêem o consumo de álcool como fator de risco, considerando algumas vezes como problema de outras pessoas, apesar da sua própria exposição à substância etílica. Outros consideram o alcoolismo como risco de maior exposição aos acidentes de trabalho, levando-se em consideração a perda do domínio do próprio corpo na embriaguez. Outros o vêem como doença, embora encarada com certo preconceito.

Além disso, há também um fator agravante, devido ao fato de não ser uma doença de fácil identificação inicialmente, devido à fase de negação do alcoolismo, o que faz com que os trabalhadores estejam mais suscetíveis a se tornarem dependentes da substância e, conseqüentemente, mais expostos a riscos para acidentes de trabalho.

Diante da apresentação deste grave problema, concluo que medidas urgentes devem ser tomadas no sentido de prevenir o aparecimento de novos casos de alcoolismo, assim como atuar na promoção da saúde daqueles que já se encontram envolvidos com esta doença, tendo em vista a integralidade do cuidado a essa clientela de riscos não só para o desenvolvimento de doenças provenientes do alcoolismo, como também a prevenção de acidentes. Por se tratar de um problema de saúde pública, acredito que a prevenção deve

começar por uma política governamental com campanhas informativas veiculadas através da mídia, devido ao seu largo alcance, com o objetivo de levar informações mais claras a respeito do alcoolismo e suas graves conseqüências.

Além disso, programas de prevenção devem ser elaborados desde a Rede Básica de Saúde, por se tratar da “porta de entrada” do atendimento em saúde, até as empresas nas quais atuam esses trabalhadores. Acredito que a aquisição de conhecimento pode levar a uma mudança de comportamento e através dessa mudança, minimizar as graves conseqüências do alcoolismo, principalmente no que se refere ao risco para acidentes de trabalho. Dessa forma, viabilizar o cuidado integral a essa clientela com o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, visando ao cuidado integral.

Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Programa nacional antidrogas (PNAD). Brasília (DF); 2001.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. 1ªed. Brasília; 2001.
- CALDEIRA, F. Z. Drogas, indivíduo e família: um estudo das relações singulares [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
- CARRILLO, P. L. L. *Uso e abuso de álcool e outras drogas, ações de promoção e prevenção no trabalho: uma perspectiva na integração da enfermagem*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- DEJOURS, C. A. *Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez, 1992.
- DONATO, M. O combate ao alcoolismo: contribuições para a prática do enfermeiro do trabalho. Rio de Janeiro: Fundação Gutenberg, 1999.
- _____. Reinserção do trabalhador alcoolista no contexto laboral: a percepção do enfermeiro do trabalho. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- FERREIRA, M. J. Saúde no trabalho. São Paulo: Roca; 2000.
- GITLOW, S. E.; PEYSER, H. S. *Alcoolismo: um guia prático de tratamento*. Porto Alegre(RS): Artes Médicas, 1991.
- HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. S. (Org). *A enfermagem e a saúde dos trabalhadores*. Goiânia: AB; 2001.
- LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa científica*. Santa Maria: Palloti, 2001.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z. *et al. Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MONTEIRO, M. *Sinal de alerta*. Rio de Janeiro, 2000.
- ROGERS, B. *Enfermagem do trabalho: conceitos e prática*. Lisboa: Lusociencia, 1994.

Avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: reflexões sobre a integralidade do cuidado em saúde

FABIANE MINOZZO¹

CLARICE MAGALHÃES RODRIGUES DOS REIS²

ÁVILA TEIXEIRA VIDAL³

MARCELINA ZACARIAS CEOLIN⁴

IRACEMA DE ALMEIDA BENEVIDES⁵

Introdução

A Atenção Primária a Saúde (APS) vem alcançando progressivamente mais espaço de discussão no cenário mundial das políticas de saúde, a partir da Conferência de Alma Ata em 1978, quando foi definida como importante estratégia para diminuir as iniquidades dos serviços de saúde. Starfield (2004) define a APS como a porta de entrada no sistema de saúde, focalizando a atenção sobre os indivíduos, as famílias e a comunidade de maneira contínua e sistemática, devendo ser o eixo orientador determinante do trabalho dos demais

¹ Psicóloga graduada pela Unisinos, pós-graduada em Saúde Coletiva, modalidade residência na ênfase Atenção Básica em Saúde, pelo Centro de Saúde - Escola Murialdo e Escola de Saúde Pública/RS, especializando em Saúde Mental pela Universidade de Brasília. Assessora Técnica na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Secretaria de Atenção à Saúde(SAS)/Ministério da Saúde (MS).

² Cirurgiã-dentista graduada pela UFC, pós-graduada em Saúde da Família pela UEVA, modalidade residência - Universidade Estadual do Vale do Acaraú/Escola de formação em Saúde da Família Vicente de Sabóia e especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela UECE. Assessora Técnica na CAA/DAB/SAS/MS.

³ Nutricionista graduada pela UFRJ, pós graduada em Saúde Coletiva, modalidade residência pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC/UFRJ, mestranda em Gestão e Avaliação Tecnológica pela ENSP/ FIOCRUZ. Assessora Técnica na CAA/DAB/SAS/MS.

⁴ Enfermeira graduada pela UFSM/RS, pós-graduada em Saúde Coletiva, modalidade residência na ênfase Atenção Básica em Saúde, pelo Centro de Saúde - Escola Murialdo e Escola de Saúde Pública/RS. Assessora Técnica na CAA/DAB/SAS/MS.

⁵ Médica graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais, especialista em Cirurgia Geral e em Saúde da Família. Coordenadora da CAA/DAB/SAS/MS.

níveis hierárquicos desse sistema, abrangendo os aspectos da promoção, prevenção, manutenção e a melhoria da saúde. Em sua forma mais altamente desenvolvida, a APS é responsável pela resolução de 85% dos problemas de saúde da população (STARFIELD, 1994).

No Brasil, a APS foi denominada Atenção Básica e, atualmente, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é responsável por um dos mais significativos movimentos de reorganização do sistema de saúde brasileiro, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988. Sua crescente expansão, na última década, possibilitou uma significativa ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, contribuindo para a implementação da universalidade, o primeiro dos princípios constitucionais do sistema.

O desafio atual para as três esferas de gestão está em alcançar resultados igualmente relevantes em relação à qualidade das ações desenvolvidas pelas equipes de ESF em todo o país e, neste sentido, avançar na consolidação de outro princípio fundamental do SUS: a integralidade.

A Constituição Federal, quando institucionalizou o SUS, previu em que bases o novo sistema de saúde deveria apoiar-se e sinalizou a necessidade do atendimento integral, priorizando as ações preventivas sem detrimento das assistenciais (BRASIL, 1988). Para Starfield (2004), a integralidade exige que a APS reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Já Mattos (2001) abre a reflexão em torno da integralidade, amplia o conceito descrito na Constituinte e aponta outras possibilidades que devem ser exploradas, reunindo-as em três conjuntos de sentidos: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas em saúde e a integralidade na construção de políticas especiais.

No primeiro caso, o autor reflete sobre a fragmentação da atitude dos médicos e posteriormente amplia para outros profissionais de saúde que reduzem o paciente ao sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida. A integralidade passa a ser considerada como um valor e deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus pacientes, em que buscará reconhecer suas demandas e necessidades de saúde, bem como incorporar ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras.

Outro conjunto de sentidos para a integralidade foi baseado na importância de organizar as práticas dos serviços de saúde norteadas pelas necessidades da população, sejam estas explícitas ou não. Para isso, é importante equilibrar a demanda espontânea com a programada, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde.

Para finalizar, o autor discute o terceiro conjunto de sentidos da integralidade, sinalizando para a construção das políticas governamentais perante certos problemas de saúde e necessidades de grupos específicos. Tais políticas devem abarcar os diversos grupos como também as várias nuances que envolvem a atenção à saúde. Dessa forma, a integralidade é tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas.

Assim, a busca da integralidade nos serviços de saúde ainda é um processo em construção, sendo a ESF um fértil campo ao fomento de práticas integrativas no Brasil, já que atualmente cerca de 50% da população brasileira é coberta por essa estratégia (<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>).

Com o intuito de incentivar a qualidade da estratégia SF, buscando alcançar verdadeiramente os princípios constitucionais, o Ministério da Saúde desenvolveu, validou e implantou em 2005 o Projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que propõe a integração dos campos da Avaliação e Qualidade e convida os profissionais das equipes de ESF a refletirem sobre seus processos de trabalho e construir suas próprias soluções a partir da identificação dos problemas. O conjunto dos instrumentos de auto-avaliação do AMQ compõem ao todo 300 padrões de qualidade, propostos e validados nacionalmente, dirigidos a gestores, coordenadores e profissionais da estratégia SF (www.saude.gov.br/amq). O projeto tem demonstrado ser uma importante ferramenta de trabalho para as equipes SF, tendo em vista que mais de 800 municípios já aderiram à proposta, em todos os estados do Brasil. A experiência desse trabalho vem sendo relatada em diversos espaços coletivos de discussão envolvendo gestão, serviços e universidades.

Este trabalho tem por objetivo refletir sobre a proposta do AMQ, de incentivo à auto-avaliação do processo de trabalho da gestão, no âmbito municipal, e das equipes de ESF e sua interface com a integralidade do cuidado em saúde. A reflexão aqui proposta

associará vários sentidos da integralidade com a abordagem metodológica do AMQ, suas diretrizes, concepções e alguns padrões de qualidade do projeto. Além disso, contará com depoimentos de profissionais de saúde, gestores municipais e coordenadores da Atenção Básica/Saúde da Família, expostos em suas apresentações orais, durante o Seminário Nacional da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ), Integração com a Vigilância em Saúde e I Mostra de Resultados Qualitativos na Estratégia Saúde da Família do Espírito Santo, que ocorreu em Vitória no ano de 2007. Essas apresentações foram autorizadas, pelos autores, a serem disponibilizadas no site do Projeto AMQ⁶.

As falas serão percebidas neste texto como analisadores⁷ do impacto do AMQ na integralidade do cuidado em saúde, aproximando o leitor da experiência viva do projeto nas realidades locais.

O Projeto de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

O movimento de expansão da estratégia SF demandou a qualificação da Atenção Básica ofertada à população como condição para sua sustentabilidade. Para isso, tornou-se necessário o desenvolver e implementar ferramentas que permitissem a avaliação permanente da implantação da estratégia e que possibilitassem agilidade nos processos decisórios, refletindo nos resultados esperados (SOUZA, 2002).

O projeto AMQ foi desenvolvido a partir desse contexto de expansão e consolidação da ESF como modelo para a Atenção Básica à Saúde no SUS. O projeto possui como diretrizes a livre adesão e a ausência de incentivos ou sanções financeiras ou outras relacionadas aos resultados. Utiliza como metodologia avaliativa padrões de qualidade organizados em estágios incrementais (estágio de qualidade:

elementar, em desenvolvimento, consolidada, boa e avançada⁸), auto-aplicáveis, baseados nos princípios da ESF e na abordagem sistêmica proposta por Donabedian – estrutura, processo e resultado. As ferramentas buscam orientar os processos de melhoria da qualidade tanto no âmbito da gestão quanto das equipes de ESF, considerados participantes essenciais do processo avaliativo (BRASIL/MS, 2006).

Além disso, o projeto propõe a realização de um ciclo de melhoria da qualidade, que é composto de três momentos avaliativos e suas respectivas etapas de intervenção, nas quais o profissional de saúde é ator do processo de reflexão e mudança do seu processo de trabalho. O AMQ busca avançar na consolidação da ESF, oferecendo uma ferramenta crítico-reflexiva para que a gestão e as equipes de saúde da família possam trabalhar, dentre outras temáticas, os princípios de integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação social, que têm se configurado como desafios de todos os atores envolvidos na Atenção Básica à Saúde. No decorrer deste trabalho, será aprofundada a discussão sobre a importância do projeto na construção do cuidado em saúde pautado na integralidade.

AMQ: desafiando a fragmentação do trabalho em saúde

Tomando como referência os diversos sentidos da integralidade na atenção à saúde, tem-se a intenção, neste momento, de refletir sobre a possibilidade do AMQ de incitar a integralidade na produção do cuidado, já que é reconhecido ser esse um valor fundamental na prestação de serviços de saúde.

O cuidado no campo da saúde é a sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam

⁶ Disponível em: <www.saude.gov.br/amq.>

⁷ De acordo com Paulon (2003), os analisadores são considerados eventos ou acontecimentos que por condensarem questões políticas, afetivas e conflitivas trazem à tona dimensões do cotidiano dificilmente exploradas. Segundo Barembliitt (1998), alguns analisadores são naturais e emergem espontaneamente e outros podem ser criados pelos pesquisadores (analisadores artificiais), a fim de disparar mudanças nas lógicas instituídas e auxiliar na auto-análise e autogestão dos coletivos.

⁸ Padrões do Estágio E - Qualidade Elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia SF);

Padrões do Estágio D - Qualidade em Desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho);

Padrões do Estágio C - Qualidade Consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações);

Padrões do Estágio B - Qualidade Boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados);

Padrões do Estágio A - Qualidade Avançada (colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados) (BRASIL/MS, 2006).

no campo. Por isso, podemos utilizar o cuidado como uma categoria analítica para interrogar os modos como são produzidas as ações de saúde e organizadas as instituições responsáveis por essa produção (SILVA JUNIOR *et al.*, 2005, p. 79).

No primeiro momento, toma-se como fio condutor o sentido da integralidade que busca a integração, as intersecções e as interfaces entre os profissionais na produção do cuidado e que critica o saber e as atitudes que fragmentam o sujeito e que o reduzem a um ou a alguns aspectos da vida.

A adesão ao projeto já pressupõe o desejo de interferir e transformar as práticas e incide sobre o coeficiente de autonomia dos trabalhadores e gestores, o que é imprescindível para um trabalho eficaz e resolutivo, como apontou Campos (2000). Em sua concepção, o caráter de livre adesão do AMQ valoriza a autonomia e a conseqüente escolha da decisão de avaliar e monitorar o processo de trabalho por parte dos gestores e equipes. Além disso, a avaliação interna situa equipes, coordenadores e gestores como autores do processo de efetivação do SUS. Em processos de avaliação externa, ao contrário, são atores alheios à produção que realizam a análise e formulam julgamentos.

Durante o processo de implantação, os participantes são estimulados a se encontrarem para responder os instrumentos coletivamente, dialogarem sobre seu processo de trabalho, sobre as discordâncias e concordâncias relativas aos padrões, visualizarem suas potencialidades e dificuldades e planejarem ações para a resolução dos problemas. Com isso, o projeto busca favorecer a auto-análise e a autogestão, a apropriação do trabalho, a melhoria das relações institucionais e coloca em análise a forma de produção do cuidado.

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007, s/p).

Além dos encontros entre os membros das equipes para realização das auto-avaliações do projeto, encontramos no instrumento da equipe de SF, na subdimensão “Organização do Trabalho em Saúde da Família”, padrões de qualidade, exemplificados abaixo, que indicam a

dedicação das equipes de SF para a realização de reuniões semanais para a organização de seu processo cotidiano de trabalho. Esses padrões, em consonância com outros, podem se constituir em dispositivos de encontro para a construção da responsabilidade de todos os membros da equipe, na busca do objetivo maior: a saúde do usuário.

4.15	C	A ESF dedica um período da semana para reunião de equipe.	(S) (N)
O padrão refere-se a um período de até quatro horas semanais que a equipe dedica à realização de reunião com todos os seus membros, em conjunto ou não com a coordenação. O objetivo desta atividade é permitir a discussão dos casos, o planejamento das ações, avaliações, resolução de conflitos e troca de conhecimentos. Para as equipes que assistem zonas rurais, o padrão considera duas reuniões mensais de quatro horas.			

4.16	C	A ESF dedica uma reunião mensal à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações.	(S) (N)
O padrão refere-se a ESF dedicar mensalmente uma das suas reuniões, em conjunto ou não com a coordenação, à avaliação dos resultados alcançados e planejamento da continuidade das ações. O padrão desconsidera as reuniões dedicadas à operacionalização do fechamento de dados para o SIAB, em que as ações de avaliação e planejamento não estão incluídas.			

Infelizmente, muitas instituições formadoras de profissionais de saúde têm deixado lacunas importantes referentes ao aprendizado do cuidado, gerando deficiências em ordens técnicas, políticas e gerenciais nos serviços de saúde, que podem afetar diretamente a integralidade. Tais dificuldades consistem em desafios no trabalho com a ESF, já que esta preconiza o trabalho em equipe como eixo central da organização dos serviços, com a necessidade de integração das diversas áreas do saber e práticas em saúde.

Mattos (2001, p. 53) alerta que “a integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde”. É fundamental que todos da equipe busquem a incorporação das dimensões psicoafetivas, sociais e éticas na análise das demandas e necessidades, ajustando e adequando a oferta de serviços.

Para elucidar a discussão feita até o momento, são expostas algumas falas de profissionais e gestores de saúde, referidas em suas apresentações no Seminário Nacional do AMQ.

O AMQ é importante e essencial para a participação da equipe e sua integração. É indispensável à avaliação dos problemas da equipe para posterior melhoria.

O AMQ resgatou e consolidou o trabalho em equipe e sua integração, e principalmente a responsabilização pelo usuário e pela comunidade.

“A adesão dos Agentes Comunitários de Saúde [...], os quais descobriram que trabalhar em equipe é aprender a respeitar as diferenças, onde cada um em sua função é muito importante no processo.

As microáreas ganharam um novo foco. Deixaram de ser responsabilidade só das Agentes Comunitárias e passaram a ser responsabilidade de toda a equipe. Através do retrato de cada micro-área o planejamento de saúde é direcionado.

Pelo exposto, pode-se afirmar que o AMQ propõe o rompimento da fragmentação do trabalho, do individualismo, dos especialismos, os quais são percebidos como obstáculos ao princípio da integralidade, sem o intuito de “homogeneizar as práticas ou negar as diferenças existentes entre as profissões” (GOMES, 2005, p. 108). Busca-se garantir as especificidades relativas aos campos de saber profissionais, os diversos “saberes e as responsabilidades distintas que são fundamentais para a realização dos serviços em saúde” (*idem*).

Acolhimento: dispositivo para a integralidade

O que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que procuram explicar dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tenciona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos (BARROS, 1997, p. 189).

Gomes e Pinheiro (2005, p. 290) realizam um “exercício teórico de formulação de uma definição operatória de integralidade como modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança”. Dessa forma, referem que a integralidade existe em ato, “sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que tem em suas concepções a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades” (GOMES; PINHEIRO *apud* PINHEIRO, 2001). As autoras também apontam que a

visibilidade da integralidade se traduz na resolubilidade da equipe e dos serviços, através de discussões permanentes, capacitações, utilização de protocolos e na reorganização dos serviços. Sendo assim, reconhecem o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas integrais (GOMES; PINHEIRO *apud* PINHEIRO, 2002).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2006), a responsabilização e o vínculo estão dentre os princípios da ESF. Estes partem do pressuposto de que as equipes devem assumir como sua responsabilidade a construção de estratégias para a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos sujeitos e das famílias. Para isso, torna-se necessário desenvolver esforços a fim de oferecer atenção humanizada, valorizando a dimensão subjetiva e social nas práticas, favorecendo a construção de redes cooperativas e de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Sendo assim, entende-se que o acolhimento pode ser considerado um dispositivo para a integralidade, já que pode se tornar uma forte potência criadora, capaz de disparar, tensionar, movimentar, produzir e fazer funcionar arranjos organizacionais, técnicos e posturais nas equipes de SF, que levem em conta as várias dimensões da vida.

Acolhimento é um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os valores vem sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde. Podemos pensar no acolhimento em três dimensões: como *postura*, como *técnica* e como princípios de *reorientação dos serviços* (KENNETH *et al.* 2006, p. 226).

Segundo Camargo Jr. *et al.* (2006), o acolhimento é percebido como importante na construção da *postura* dos profissionais baseadas em receber, escutar e tratar humanizadamente os usuários e suas demandas. Representa um projeto institucional que norteia a proposta de trabalho do serviço (*reorientação dos serviços*) e auxilia para instrumentalizar a geração de procedimentos e ações organizadas (*técnica*). Dessa forma, buscando incentivar que as equipes de SF reflitam sobre a importância do acolhimento e o insiram em suas relações e em seu cotidiano de trabalho, o AMQ, em seu instrumento destinado às equipes de saúde da família, possui uma subdimensão dedicada a essa ferramenta-dispositivo. Para exemplificar, são citados alguns padrões de qualidade e um depoimento de equipe:

4.28	C	Existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da USF.	(S) (N)
Padrão refere-se ao acolhimento dos usuários em período integral, com escuta da demanda realizada em espaço apropriado da USF, por profissional da equipe. A partir desta escuta qualificada são determinadas as ações e os serviços mais apropriados, de acordo com a necessidade dos usuários e os critérios clínicos estabelecidos.			

4.30	B	A ESF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários.	(S) (N)
O padrão refere-se à ESF desenvolver iniciativas, tais como: grupos operativos, oficinas ou atividades similares tendo como eixo principal o estímulo ao desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários. Considerar a resposta como afirmativa quando experiências concretas puderem ser apresentadas.			

Quando reunimos toda equipe para responder o instrumento AMQ, as Agentes Comunitárias de Saúde e técnicas acharam que isto seria mais trabalho. Fizemos três reuniões e à medida que fomos respondendo fomos também avaliando cada item. Isto permitiu uma uniformização da linguagem da equipe, melhorou o atendimento e o acolhimento na unidade.

Percebe-se que o AMQ aponta para direções no trabalho das equipes, a fim de que sejam mobilizadas algumas dimensões do acolhimento apontadas por Camargo Jr. *et al.* Organizando-se o trabalho a partir do acolhimento, incita-se outro aspecto das relações humanas: o vínculo. Este, por sua vez, é um instrumento fundamental no cuidado em saúde, pois envolve estabelecimento de confiança, de relação terapêutica, de continuidade do tratamento, etc., além de implicar responsabilização do profissional “pela condução da proposta terapêutica, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada, nem impessoal” (CAMARGO JR. *et al.* 2006, p. 228) e na co-responsabilização do usuário por sua saúde.

Assim, quando essa subdimensão do AMQ for vivenciada como uma prioridade pelas equipes de saúde da família, a construção de propostas de trabalho levará em conta a singularidade da comunidade, do território, da rede de serviços e dos processos de saúde/doença, de forma que as equipes consigam escutar a si próprias e aos usuários, acolhendo e resolvendo de forma particular cada situação.

AMQ: estimulando a integração da rede de serviços

Após refletir sobre o impacto do AMQ na organização do trabalho em equipe e do acolhimento como uma prática integral, será

abordado outro sentido da integralidade, que está associado ao acesso do usuário a diferentes níveis de atenção à saúde. Nesse aspecto, discutem-se algumas provocações da ferramenta AMQ na gestão municipal da saúde, em relação à integração da rede de serviços.

De acordo com Silva Júnior (2005, p. 83), muito se tem avançado nas propostas de organização do processo de trabalho e de educação permanente na atenção básica em saúde, porém, “esse nível não é auto-suficiente e sua maior qualificação tem exigido novas atitudes e novos aportes de conhecimento dos demais níveis de assistência”. Sabe-se que ainda são inúmeras as dificuldades que os pacientes encontram de acessar alguns serviços de saúde, principalmente os de média e alta complexidades, e que a Atenção Primária, segundo Starfield (2004), tem dentre suas atribuições a função de coordenar a atenção – sendo assim, torna-se imprescindível que sejam articuladas ações e propostas que enfrentem o problema.

No sentido de fortalecer a gestão municipal da saúde, para que observem e planejem ações referentes a esse desafio, o AMQ possui no instrumento destinado aos gestores uma subdimensão voltada para a integração da rede de serviços, a qual é composta por 19 padrões de qualidade. Estes orientam na ampliação e organização da rede, em função da implantação da ESF no município. Alguns padrões podem auxiliar no entendimento dessa proposta.

1.20	PB	E	A gestão municipal da saúde amplia e ou faz adaptações na rede de serviços em função da implantação da SF no município.	(S) (N)
Compreende-se por reorganização da rede municipal ações como ampliação da oferta de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, consultas especializadas e leitos para internações. Outras ações incluem a transformação ou construção de unidades para servirem de apoio e referências às USF. A resposta deverá ser afirmativa quando alguma dessas ações estiver contemplada.				

1.24	PB	C	A gestão municipal da saúde desenvolve estratégias para assegurar à população adscrita das equipes de SF referência para internações hospitalares nas clínicas básicas.	(S) (N)
A garantia de internação para os moradores adscritos na SF é fundamental para assegurar o vínculo, a responsabilização, a confiança e a satisfação. Para este instrumento são consideradas clínicas básicas: Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia/ Obstetrícia e Cirurgia Geral.				

Observando-se esse recorte de padrões, percebe-se que o AMQ pode nortear a gestão municipal para que se possam analisar as demandas e necessidades de saúde da população e organizar e/ou

reorganizar a rede municipal de referência e contra-referência, assegurando a continuidade do cuidado e, portanto, a integralidade. Além disso, o projeto propõe o planejamento do fluxo da rede de saúde do município, quando auxilia a gestão municipal a acompanhar e dialogar ações junto com as equipes, aproximando os gestores da realidade da população.

As falas seguintes se referem à organização da assistência em saúde, após a primeira auto-avaliação em um município, em que as equipes de saúde da família identificaram alta prevalência de problemas relacionados à hipertensão e diabetes na sua população e a necessidade de ampliar as ações de atuação para seu enfrentamento e prevenção.

Agora temos dois cardiologistas e um neurologista que nos dão o suporte em pacientes mais complicados, e quando necessário, exames como teste ergométrico, ecocardiograma com doppler, holter, tomografia computadorizada, são realizados.

Garantia junto ao gestor do seguinte arsenal terapêutico: Hidroclorotiazida, Furosemida, Espironolactona, Captopril, Enalapril, Metildopa, Propranolol, Atenolol, Nifedipina e Nifedipina Retard, Anlodipina, Nimodipina, Losartan Potássico, Glibenclâmida, Metformina, insulina regular e NPH, AAS e Simvastatina.

Duas fisioterapeutas e uma nutricionista, agora, dão suporte às equipes.

Melhor direcionamento para construção do plano de ação da estratégia no município.

O AMQ possibilita, assim, o fomento da construção de uma rede de serviços integral, na qual a ESF assume seu papel primordial de responsabilidade por sua comunidade adscrita, promovendo saúde e impactando a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde. Com isso, o projeto incide na mudança do paradigma sanitário e de suas práticas, incorporando a lógica do cuidado integral, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade, da complexidade, do coletivo.

Considerações finais

A AMQ traz desafios imensos. Mas pouco tempo de sua aplicação revela melhorias importantes na qualidade da atenção primária à saúde. Resta às equipes de SF reconhecer seus próprios limites e trabalhar com o que se tem, e não com o que se sonha ter, sem nunca desistir de sonhar.

O AMQ baseia-se no paradigma de educação fundamentado no fortalecimento da reflexão, da participação no processo de aprendizagem, na construção da capacidade de escolha e na utilização do conhecimento com discernimento. Oportuniza, assim, atitudes inclusivas, participativas e mais adequadas às realidades culturais e locais. Para tanto, a concepção usada busca alcançar a desconstrução da linearidade do saber de alguns profissionais, muitas vezes consequência do modelo de formação acadêmica.

A mudança não ocorre sem que se transformem os valores sobre o que é aprendizagem, doença, saúde, cura, cuidado, etc. Dessa forma, busca-se construir a ESF com qualidade, capacidade crítica e articulação com os demais níveis de assistência, sendo parte integrante da rede. A efetivação da rede requer o engajamento de todos os profissionais e sociedade, para que as lacunas nela existentes possam ser tecidas com fios fortes e visíveis. Isso não é possível sem que se haja atores que os agenciem. Para tal, o AMQ é um instrumento que auxilia na visibilidade dos problemas existentes em cada território e sistema, o que torna os trabalhadores mais conscientes de seu processo de trabalho e de seus resultados. Aliado a isso, o projeto ainda indica os pontos a serem transformados, oferecendo instrumento de planejamento.

Na esteira dessa perspectiva, o AMQ provoca que se coloquem em ato alguns sentidos da integralidade, quando propicia reflexões sobre como se estabelece a relação entre equipe e usuários, como se concebe e se realiza o acolhimento, como se organiza o trabalho, como funciona a rede, como se efetiva a participação e responsabilização dos atores sociais para a promoção da saúde da população. Possibilita, desse modo, que as equipes, as coordenações da AB/SF e os gestores tenham direções na organização de suas ações, atividades, projetos e políticas.

O AMQ consiste, enfim, num potente instrumento para a construção da integralidade, favorecendo a troca, o diálogo, a escuta, a interdisciplinaridade, o acolhimento com vínculo e responsabilidade, contribuindo para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica no Brasil, trilhando o caminho da qualidade.

Referências

- ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. T.: a challenge for family health strategy consolidation. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr 2008.
- BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 4 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.
- BARROS, R. B. Dispositivos em ação: O grupo. In: LANCETTI (Org). *Saúdeloucura: subjetividade*. São Paulo: Hucitec, n. 6, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde 2006.
- BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. M. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 223-244.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, H. T. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978 Set 6-12; Alma-Ata, URSS. Disponível em: <http://www.udomfyc.org/descarga/ALMA%20ATA.pdf>
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 Maio 2008. doi: 10.1590/S1414-32832005000200006.
- GOMES, R. da S.; PINHEIRO, R. GUIZARDI, F. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 105-116.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

PAULON, S. M. *et al.* *Desinstitucionalização da loucura, práticas de cuidado e a reforma psiquiátrica no RS*. Projeto de pesquisa. São Leopoldo, Unisinos, 2003.

PINHEIRO, R. *et al.* A Integralidade na Atenção à Saúde da População. In: MARINS, J. J. *et al.* *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: ABEM, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 77-90.

SOUZA, H.M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, n. 6, p. 10-15, 2005.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B. Is primary-care essential? *Lancet*, v. 344, n. 8.930, p. 1.129-1.133, 1994.

Cartografia do atendimento ao louco na emergência de um hospital “quase geral”

FÁTIMA CRISTINA ALVES DE ARAUJO¹

Na trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil, assim como em vários países do mundo, os mais diversos argumentos foram utilizados para justificar a exclusão do louco² do convívio com a sociedade. A necessidade de manutenção da ordem social, a ascensão do saber psiquiátrico científico e o lucro obtido com as internações psiquiátricas pelos empresários da loucura serviram como forma de justificar a internação do louco e concretizar a lógica manicomial (RESENDE, 1987).

Mais do que uma mudança nas práticas, reforma e humanização da assistência psiquiátrica, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira – iniciado no final da década de 70 e influenciado principalmente pelo movimento reformista italiano do mesmo período – é considerado um processo global, no qual quatro dimensões (epistemológica; tecnoassistencial; jurídico-legislativa e sociocultural) se articulam (AMARANTE, 2003).

Seguindo a influência italiana, a rede brasileira substitutiva ao manicômio considera o hospital geral como um dos possíveis dispositivos de cuidado substitutivos ao manicômio. O atendi-

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva IMS, Serviço de Educação Continuada Hospital Estadual Pedro II. Endereço eletrônico: fatimacaa@hotmail.com.

² “Louco”, “paciente com transtorno psiquiátrico”, “portador de transtorno mental”, “doente mental” são termos utilizados para designar pessoas em tratamento psiquiátrico. Apesar de cada uma delas ser oriunda de diferentes concepções teóricas e políticas nesse estudo terão os seus sentidos agregados.

to ao louco em hospitais gerais se estrutura de diversas formas. De acordo com a Portaria nº 224 (BRASIL, 1992), ele pode ser feito em leitos psiquiátricos em hospital geral, emergência psiquiátrica, e unidade de internação. Entretanto, o atendimento ao louco e a loucura, realizado em hospital geral, ainda é pequeno em relação ao realizados em hospitais psiquiátricos tradicionais. A maioria dos serviços psiquiátricos em hospitais gerais concentra-se em hospitais universitários, situados nas capitais das cidades das regiões Sul e Sudeste (BOTEGA; SCHECHTMAN, 1997).

Como menciona Rotelli (1994), apesar de o hospital geral não parecer o lugar adaptado aos problemas psiquiátricos, é necessário ter consciência de que existe uma demanda para ele. E, para poder dialetizar essa demanda, é preciso estar inserido no hospital geral. E meu interesse reside na possibilidade de um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado geral, atender também os casos de psiquiatria, integrando a rede de cuidados psiquiátricos como uma das possibilidades dentro da rede de serviços substitutivos ao manicômio. Considero necessário pontuar a possibilidade de conflito advindo da aproximação da psiquiatria com a medicina geral. Afinal, o modelo biomédico que ainda é hegemônico na saúde vincula-se a um “imaginário científico” correspondente à medicina clássica (CAMARGO JR, 2005) e é oriundo da mesma lógica que instituiu o saber psiquiátrico combatido pelo movimento da reforma psiquiátrica.

Mas, apesar disso, Botega (1991), Botega e Dalgalarondo (1993), Cassorla (1996) e Souza (1995) apontam que o atendimento psiquiátrico em hospital geral tem como vantagens: menor tempo de permanência; menor estigma; facilidade de acesso a outros especialistas e a recursos no caso de intercorrências de doenças orgânicas; maior intercâmbio entre os profissionais de várias especialidades; facilidade no contato com familiares e com a comunidade de origem; favorecimento da formação de profissionais em um modelo de assistência psiquiátrica mais humano, e redução dos custos hospitalares com medicação e procedimentos complementares, devido aos aspectos emocionais serem cuidados pelos membros do serviço de psiquiatria.

Estudar o hospital geral como parte da rede de cuidados substitutivos ao manicômio faz surgirem questões que são abordadas nesse estudo, entre as quais destaco a seguinte: *como articular a*

dinâmica de um hospital geral do SUS à dinâmica proposta para os serviços de psiquiatria substitutivos ao manicômio?

Considero que um dos caminhos possíveis seja através da discussão dos próprios princípios do SUS, que ganha mais força a partir do momento em que o Ministério da Saúde decide priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada de gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS (BRASIL, 2004).

A nova lógica psiquiátrica, cujos fundamentos teóricos e metodológicos busco utilizar neste estudo, encontra-se em consonância com os dispositivos institucionais do modo da integralidade, quais sejam: articulação, acolhimento, responsabilidade, vínculo, acessibilidade e atenção territorial (BRASIL, 2002; SOUZA, 2004). Mais do que isso, a integralidade também funciona na psiquiatria como um eixo norteador de práticas e valores que não estão restritos à organização de serviços e à criação de modelos ideais (AMARANTE, GULJOR, 2005). Já as noções de vínculo e acolhimento podem ser consideradas estratégias para a materialização da integralidade em experiências inovadoras do Sistema Único de Saúde (GOMES, 2005).

De acordo com Gomes (2005) e Pinheiro (2001), as relações entre sujeitos na prática cotidiana pode ser um espaço privilegiado para estudos e investimento na materialização da integralidade. Frente a isso, busquei neste estudo olhar a prática cotidiana de atendimento ao louco em hospital geral do SUS. Elas representam a “arte” onde gestos hábeis do “fraco” agem na ordem estabelecida pelo “forte” preservando a diferença entre aquilo que cada um faz e o que se escreve (CERTEAU, 1994).

Este estudo teve como objetivo geral analisar as práticas assistenciais ao louco no hospital geral e os seus efeitos na integralidade do cuidado. Para tanto, os objetivos específicos são:

- situar a unidade hospitalar e sua relação com a rede de serviços de saúde, destacando os aspectos sociais, políticos e culturais a que se referem;
- compreender os sentidos, significados de integralidade, acolhimento e vínculo envolvidos nas práticas assistenciais aos pacientes com transtornos mentais agudos;
- identificar a existência de nexos entre essas práticas e as diretrizes preconizadas pela reforma psiquiátrica para esse tipo de atendimento;

- mapear os dispositivos de poder existentes, identificando seus efeitos e repercussões nas práticas voltadas para o cuidado e atenção ao louco no hospital geral.

Optei por recursos metodológicos que possibilitassem a produção de um conhecimento operado não com raciocínio, moral, regras, normas e julgamento; e sim optei por um conhecimento operado com sentimento e vontade, avaliação, motivado por afetos e pela alteridade. Conhecimento que é denominado nômade (CECCIM; FERLA 2005). De acordo com esses autores, os recursos cartográficos são boa opção para que esse tipo de conhecimento seja sistematizado. Cartografia significa criação de língua e história para a realidade em processo (CECCIM; FERLA, 2005). Um estudo cartográfico é visto como um processo, um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem se dão. Onde a linguagem é, em si mesma, criação de mundo. Onde o cartógrafo deve estar atento às linguagens que encontra, devorando as que lhe parecem elementos possíveis para a composição da cartografia que se faz necessária (ROLNIK, 1989).

Visando a reduzir os vieses e ampliar a apreensão da realidade, foi necessário utilizar múltiplas fontes de dados. Utilizando a observação direta, análise documental, entrevistas e conversas no cotidiano, tornou-se possível trazer elementos contrastantes ou complementares que possibilitem uma visão calendoscópica do fenômeno em estudo (SPINK, 2004).

O cenário

O Hospital Estadual Pedro II (HEPII) foi escolhido como cenário porque, além da minha inserção como pesquisadora, mantinha vínculo profissional com a instituição, ele é o único hospital da rede estadual a contar com unidade de internação psiquiátrica. Procurei realmente participar, embarcar na constituição de territórios existenciais, constituição de realidade. E para tal aproveitei-me das situações em que não estava no campo como pesquisadora, e sim, como enfermeira da educação continuada, para cunhar matérias de expressão e criar sentido para as práticas assistenciais ao louco na emergência do hospital. Nesse movimento tinha clara a regra do cartógrafo – a defesa da vida (ROLNIK, 1989).

O HEPII, tal como é hoje, foi inaugurado em 1976. Entretanto, desde 1920 ele tem estreita relação com a comunidade de Santa Cruz e adjacências. Neste ano, devido a um surto de palustre, a antiga escola D. Pedro II³, chamada de “colégio grande” pelos moradores da região foi transformada em um hospital de isolamento – o hospital velho (OLIVEIRA, 2000).

De acordo com um dos gestores, o HEPII é considerado referência para atendimento emergencial para a população da zona oeste, especificamente da AP 5.3. – constituída pelos bairros de Santa Cruz, Sepetiba e Paciência.

O hospital é um hospital de emergência. Ele tem uma diversidade de atendimentos [...] numa zona oeste dessa que tem um quantitativo de população muito alto. (Gestor A).

O serviço de saúde mental do HEPII foi criado em 1999. Foi projetado para funcionar em quatro eixos: unidade de internação psiquiátrica, serviço de interconsulta às clínicas do hospital, emergência psiquiátrica e ambulatório.

A modalidade de atendimento ambulatorial divide-se em “ambulatório de crise” – que visa dar suporte aos pacientes até que eles possam iniciar tratamento na unidade de saúde para onde foram encaminhados – e “ambulatório de álcool e drogas” – que por falta de psiquiatras encontra-se fechado.

O projeto de trabalho do serviço de saúde mental define a “interconsulta” como uma modalidade de atendimento voltada para os pacientes já internados no hospital. Além de intervenção qualificada a interconsulta pode ser considerada um dispositivo de orientação técnica junto às equipes contribuindo para a integralidade das ações terapêuticas.

Cassorla (1996) distingue interconsulta de profissional de ligação na área da psiquiatria. Ele aponta que o interconsultor é o profissional de saúde mental que atende as demandas do hospital quando solicitado. Já o profissional de ligação faz parte da equipe dos setores. No HEPII, ambas as modalidades de atendimento estão presentes. Sendo que a chegada dos profissionais concursados, em

³ É interessante que até os dias atuais os moradores de Santa Cruz e adjacências não chamam o hospital de Pedro II e sim de D. Pedro.

2005, promoveu um incremento dessas ações, como aponta um dos gestores da unidade.

Nós ocupamos setores que estavam antes [...] não sendo negligenciados, mas pouco assistidos por falta de pessoal [...] Os psicólogos agora estão atuando na maternidade, pediatria, na clínica médica e Grupo de Acolhida. (Gestor B).

A internação psiquiátrica só deve ocorrer quando todos os outros recursos terapêuticos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001). No HEPII a internação não se limita a tratamento medicamentoso e caráter médico, mas se expande para outras abordagens de caráter psicossocial, devendo ser o mais curta possível, não ultrapassando 45 dias. Porém, a partir do que foi dito pelos gestores, é possível evidenciar que na unidade não há consenso que este seja um tempo curto para internação em uma unidade psiquiátrica em hospital geral.

a internação é o último recurso que deve ser utilizado e ainda assim deve ser breve. O mais breve possível [...] (Gestor B).

O que seria um atendimento de 24 ou 72h passa a ser um atendimento prolongado. Os pacientes estão aqui há muito tempo como se fosse uma clínica psiquiátrica. (Gestor A).

O atendimento às urgências e emergências psiquiátricas também é um dos eixos dos serviços, que visa ao atendimento às demandas da emergência, geralmente através de chamados dos plantonistas ou antecipando-se a estes nas passagens pelo setor, somente no horário diurno⁴. Busca-se uma abordagem adequada, farmacoterápica e/ou psicoterápica, visando a maior resolutividade possível, de modo a controlar a crise em curtíssimo prazo, isto é, em 24 horas.

Para descrever o espaço físico do pronto-socorro, procurei me ancorar no conceito de ambiência, a fim de ir além da composição técnica simples e formal dos ambientes. Na saúde, ambiência refere-se “ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006).

⁴ No período noturno, os pacientes da unidade de internação psiquiátrica ficam sob os cuidados da equipe de enfermagem composta por um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem.

Frente ao observado na emergência do HEPII, foi possível identificar prejuízos na confortabilidade devido a superlotação, ausência de privacidade e odor fétido nos corredores; empecilhos aos encontros devido à arquitetura, que faz com que os funcionários sequer visualizem os pacientes em observação, e a ambiência não utilizada como ferramenta para mudanças no processo de trabalho, visto que espaços criados para determinados procedimentos específicos são subutilizados. Em suma, a observação do espaço físico da emergência pelo viés da ambiência permite considerar que o tratamento dado ao espaço físico não favorece o tipo de atenção preconizada pelo Ministério da Saúde.

Acolhimento x estigma

Acolhimento, mais que um mecanismo de humanização das práticas ou recepção dos usuários, está relacionado ao modo de organização de práticas integrais centradas no usuário (FRANCO *et al.*, 1999; HEMMINGTON, 2005; SILVEIRA, 2003). Tal organização pode ser ilustrada a partir da fala de um dos profissionais: “Acolher bem é a pessoa ser bem tratada” (Profissional A).

Acolher não significa que de forma tirânica e milagrosa todo aquele que procura o serviço seja por ele absorvido. Mas sim, que quem procure o serviço seja acolhido, ouvido e reconhecida à legitimidade da procura como uma forma de cuidado (CAMPOS, 2003).

O acolhimento é a peça chave. É você tá informando. Se fazendo presente. Saber o que falar, quando falar, não prometer, mas tá sabendo direcionar a pessoa. (Profissional A).

O acolhimento faz parte das noções que compõem o novo psiquiátrico que visa a substituir o modo asilar (SOUZA, 2004). O hospital geral, como parte da rede de serviços substitutivos ao manicômio, tem como uma das suas vantagens contribuir para a redução do estigma atribuído ao louco (BOTEGA, 1991; BOTEGA; DALGALARRONDO, 1993). Segundo um dos gestores, essa possível redução do estigma está atrelada ao reconhecimento do hospital como local de tratamento de saúde e não como um local segregador destinado a “maluco”.

O fato de esse dispositivo estar no hospital geral, que é um lugar reconhecido pela comunidade como um lugar de tratamento, aonde

a população vai à busca de solução dos seus problemas de saúde. Isso contribui pra diminuir a discriminação. O paciente vai ou é levado ao hospital geral porque é um lugar de tratamento de saúde. Não é um lugar de M-A-L-U-C-O. (Gestor B).

Apesar disso, é mencionado por um outro gestor que o estigma atribuído à doença mental pode funcionar como um empecilho para a materialização de práticas acolhedoras ao louco no HG, uma vez que o fato de ser tratar de um doente mental anula as possibilidades de cuidado.

O atendimento da psiquiatria aqui na emergência eu vejo como precário para o doente mental, pelo estigma que já tem a doença. Falou que é doente mental acabou. (Gestor C).

De acordo com Goffman (1988), estigma está relacionado a uma característica que difere ou quebra as expectativas normativas da sociedade e faz com que um indivíduo que poderia facilmente ser recebido na relação social cotidiana seja afastado, destruindo a possibilidade de atenção a outros atributos seus. Qualquer traço que fuja dos padrões “normais”, e que pode levar um grupo social a discriminar, rejeitar ou excluir uma pessoa ou grupo pode ser considerado estigma.

A loucura é uma doença que traz consigo um histórico de estigma. Em grande parte, este estigma pode estar associado aos pressupostos de irrecuperabilidade, incurabilidade e imprevisibilidade atribuída à doença e ao doente mental como demonstram alguns profissionais da emergência.

Morro de medo de ser agredida. (Profissional B).

A auxiliar estava fazendo a medicação e um doido do nada deu um soco nela. Por isso que não gosto de cuidar de doido”. (Profissional C)

A influência do estigma da loucura sobre o acolhimento foi evidenciada quando, ao se desviar da conduta prevista pelo grupo de profissionais, uma paciente aproximou-se do que eles consideravam estereótipo de louco. De acordo com Goffman (1988), a manutenção do estigma está relacionada ao estereótipo. Ao demonstrar-se “impaciente” e recusar submeter-se aos procedimentos prescritos, uma senhora internada no corredor da emergência enquadrou-se no estereótipo de louca, desorientada.

Frente a isso, as ações se voltaram somente ao atributo estigmatizante, tendo como base a gestão da periculosidade (GOFFMAN, 1988; ROTELLI, 2001). Os profissionais mobilizaram-se para contê-la junto à maca, por meio de ataduras de crepom e assim fazê-la aceitar as condutas prescritas.

Por divergir do pensamento daquele grupo de profissionais, por buscar garantir acolhimento nos atendimentos a portadores de transtornos mentais no PS, e por ter em mente a regra do cartógrafo – defesa da vida – optei por intervir na situação. Foi possível identificar que não havia nenhum comprometimento mental, seja loucura ou desorientação. Tratava-se somente de uma senhora com grave problema de coluna, que devido à restrição de movimento, estava com úlceras por pressão (justificativa para a solicitação de internação hospitalar) e que ansiava explicações sobre a terapêutica prescrita.

A banalização do fato de um paciente etilista encontrar-se sobre uma poça de urina, em uma maca sem colchão ou lençol e, amarrado pelos quatro membros, aliada à fala de um profissional lotado na emergência, corroboram a crença de que alguém com um estigma não é completamente humano: “Isso aí é um bebum” (Profissional D).

Com base nessa crença, vários tipos de discriminação acontecem, através das quais efetivamente, e até muitas vezes sem pensar, reduzem as chances de vida dos estigmatizados. A pessoa estigmatizada é tratada como uma “não pessoa”, como se não existisse, não sendo então digna de atenção (GOFFMAN, 1988): “As pessoas não vêem que os pacientes psiquiátricos têm necessidades” (Gestor C).

O não-acolhimento ao louco devido ao estigma a ele atribuído pode extrapolar o espaço intra-hospitalar e contribuir para que serviço de emergência pré-hospitalar também não o acolha. De acordo com o acompanhante de um paciente psiquiátrico que se encontrava na emergência, o SAMU⁵, diferentemente do preconizado pelo Ministério da Saúde, e do que foi proferido no I Congresso Bra-

⁵ O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um programa assistencial com finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência. Funciona 24 horas por dia, com equipes formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de naturezas traumáticas, clínicas, pediátricas, cirúrgicas, gineco-obstétrica e de **saúde mental** da população (BRASIL, 2006).

sileiro de CAPS, pelo Ministro da Saúde da época⁶, não presta atendimento às urgências de psiquiátricas.

Foi difícil trazer ele pra cá porque ele tava estranho, agitado e não falando coisa com coisa. Aí, o “192” não pega, aí tive que esperar os bombeiros. (Acompanhante A).

SAMU e Corpo de Bombeiros têm propostas de atuação diferentes para o atendimento as emergências psiquiátricas. O primeiro tem função de atender as situações de emergências, encaminhando ao pronto socorro mais próximo somente quando o telemedico ou atendimento local não tenham obtido êxito. Já o Corpo de Bombeiros, não se propõe a atender as situações de emergência, mas remover os doentes mentais para hospitais e casa de saúde (Lei nº 2.920, de 1998). Essa diferença de atuação, além de poder comprometer a possibilidade de acolhimento ao louco no atendimento pré-hospitalar, pode reforçar o estigma de que o internamento é a única possibilidade de atendimento ao louco.

Num contexto de reforma psiquiátrica, onde o foco é a cidadania do louco, profissionais e gestores chamam atenção para a necessidade de se investir em estilos de trabalho que evidenciem e valorizem as pessoas, abrindo possibilidades para a expressão de outros atributos.

Ainda no mundo de hoje tratam o paciente da saúde mental como uma coisa e não como ser humano. Eu gostaria que a sociedade um dia se mobilizasse, interagisse e agisse mais. (Gestor A).

Ninguém é totalmente louco o tempo todo. Acho que às vezes as pessoas acham que louco não sente nada. (Profissional E).

Vínculo x desresponsabilização

No contexto da saúde, especificamente no campo da política e gestão, a noção de vínculo aparece atrelada ao conjunto de noções que favorece a materialização da integralidade nas práticas assistenciais em

⁶ O I Congresso Brasileiro do CAPS foi realizado em São Paulo, no ano de 2004. O então Ministro da Saúde, Humberto Costa, referiu-se ao SAMU e às situações de emergência psiquiátrica. Foi dito que as urgências psiquiátricas seriam atendidas no domicílio ou removidas para unidades hospitalares, se necessário. Segundo ele, o doente mental não poderia ser tratado como criminoso e sim como doente. Devido a isso, seu transporte não deveria ser feito em viaturas da polícia ou em qualquer outro meio que não garantisse que fosse tratado dignamente como alguém que necessita de cuidados de saúde.

saúde. De acordo com Silva Jr e Mascarenhas (2004), a noção de vínculo está relacionada à afetividade, relação terapêutica e continuidade.

Atender situações de emergência psiquiátrica é um dos eixos do serviço de saúde mental do HEPH. É previsto, de acordo com um dos gestores, que médicos ou quaisquer outros membros da equipe dêem respostas à solicitação de parecer ou a antecipem-se à solicitação, por meio de visitas ao setor.

A rotina é de atendimento as emergências, juntamente a assistência aos pacientes já internados [...]. Com relativa frequência outros técnicos fazem esse tipo de atendimento, embora não possam fazer intervenção medicamentosa. Mas, podem dar a devida orientação, encaminhar [...]. A equipe que atua diariamente já tem o pronto-socorro como lugar natural de atuação [...] (Gestor B).

A reordenação do processo de trabalho a partir desta noção estimula a produção de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde (CAMPOS, 2003), como demonstram alguns profissionais. Criar vínculos implica construir uma relação entre usuários e profissionais que possa servir a construção da autonomia do usuário. É sentir-se responsável pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal (MERHY, 1994).

Vínculo é uma questão de compromisso (Profissional F).

Vínculo pra mim é responsabilidade (Profissional A).

Mas o cotidiano das práticas assistenciais ao louco na emergência revela que profissionais do setor e, algumas vezes do próprio serviço de saúde mental, não se sentem responsáveis ou comprometidos pela co-produção de saúde dos loucos que procuram a emergência.

O bombeiro agora tá trazendo de atacado. Trouxe dois malucos, rapazes jovens. Um amarrado e outro não. Mas graças a Deus já foram embora. (Profissional D).

[Em relação ao destino de um paciente que se encontrava aguardando avaliação do psiquiatra] “Já foi embora graças a Deus. (Profissional G).

[em relação à ficha de atendimento do mesmo paciente] “Sei lá! Acho que a família levou. (Profissional G)

Fui lá em cima, mas a psicóloga disse[...] se der eu desço pra conversar. Tenho que resolver os problemas das enfermarias primeiro. (Acompanhante B).

Dentro da intrincada rede de cuidados de saúde o hospital pode ser considerado uma “estação”, pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades e em momentos de vida singulares (CECÍLIO; MERHY, 2003). Estabelecer vínculos exige que o hospital possa ir além do atendimento as demandas de maior gravidade ou complexidade, relacionando-se, e integrando-se com a comunidade em seu território (MERHY, 1994).

Nós somos a peça que move a máquina, mas nós não somos a máquina. (Profissional A).

Contudo, essa relação e integração com a comunidade, quando vistas a partir das práticas assistenciais ao louco na emergência, foram percebidas como precárias. Seja pelo desconhecimento da rede de serviços disponíveis na comunidade; seja pela não-gestão dessa relação e integração com a rede de cuidados; ou seja, ainda, pela busca da integralidade no hospital. Segundo Merhy (2002), por mais que se amplie e se aprimore a rede básica, as pessoas continuam buscando as emergências, talvez como uma estratégia intuitiva e “selvagem” na busca da integralidade.

Não existe o encaminhamento porque vem a questão da remoção, que é bastante complicada aqui na unidade. É falta de ambulância. No momento a nossa tá até quebrada. Não tem uma ambulância especializada com proteção para o paciente. É complicado quando se quer tirar um paciente daqui de dentro. Sem falar que às vezes não é oferecida vaga. (Gestor C).

Estudos, como o realizado por Furtado (2001), ancoram a noção de vínculo na relação profissional / usuário. Para o autor a criação de vínculo se apóia na figura do profissional de referência. Contudo, profissionais e gestores apontam que, para a efetivação do vínculo nas práticas de saúde o comprometimento e responsabilização não devem ser restritos a usuários e profissionais. Faz-se necessário um processo de conhecimento gradual e de interação permanente entre profissionais, usuários e gestores.

Eu não posso assumir a total responsabilidade, me comprometer, porque eu não trabalho sozinha. (Profissional A).

Normas e formulários não conseguem dar conta da articulação do trabalho das diversas equipes e serviços de uma rede de saúde. Faz-se necessária uma discussão conjunta de processos de trabalho e pactuações, incluindo a população. Na condução desses pactos, o papel do gestor é fundamental. (SILVA JR. *et al.*, 2005). Contudo, ainda é escasso o protagonismo dos gestores nessa função (GOMES; PINHEIRO, 2005). Fato que é corroborado pelos profissionais da emergência do HEPIL.

Quem dá o tom é o chefe [...] Mas fazer o que? Tartaruga não sobe em árvore. Se ela está lá foi porque alguém colocou. (Profissional I).

Não dá pra ter motivação pra trabalhar assim. (Profissional E).

Segundo Merhy (2002), poder pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos de cuidado de maneira eficaz com conquista de resultados é um nó crítico a ser trabalhado.

Repercussões do poder nas práticas assistenciais ao louco na emergência

Seja na forma técnica, administrativa ou política, o poder faz parte do setor saúde (TESTA, 1992). O hospital, como parte integrante desse setor, representa uma instituição complexa, onde poder e conflito estão presentes. Novas configurações do agir em saúde muitas vezes esbarram e são despotencializadas pelas relações de força e poder que determinam historicamente o campo da saúde, marcadas por modos do fazer organizados e enrijecidos (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

As práticas cotidianas desenvolvidas no interior do hospital, mais do que respeito às normas, representam uma estratégia utilizada pelos “fracos” para agirem na ordem estabelecida pelos “fortes” (CERTEAU, 1994). “Forte” e “fraco” ou dominante e dominado são definidos por Bourdieu (2005), a partir do acúmulo de uma espécie de capital social dentro de um determinado campo. Na instituição hospitalar o médico detém a maior parte desse capital social e ocupa o pólo dominante das relações.

Luz (1979), baseando-se em Foucault, afirma que a natureza do poder médico advém do “poder saber”. As formas como esse “poder saber” circula constitui e legitima o saber de outros profissionais e dos

usuários. De acordo com Atkinson, citado por Carapinheiro (1998) e alguns gestores do HEPII, o saber dos demais profissionais passa a ser visto como periférico ao poder médico, cujo alcance, condições de exercícios e estratégias são definidas por ele.

Fica tudo envolvido com o médico. Tudo é atrelado ao médico. A resolução é sempre do médico. Eu sinto que a maior resolução é com os médicos. (Gestor C).

Faz parte da cultura do hospital na engenharia do Pronto-Socorro, a supervalorização da figura do médico. Aliás, qualquer hospital é centrado na figura do médico [...]. Quando nós que não somos médicos tentamos discutir um caso com o médico do pronto socorro, recebemos como resposta explícita ou implícita: você não é médico, então não me interessa conversar com você. (Gestor B).

Ainda para o referido autor, o saber do doente é visto como um saber profano, não lhe sendo concedida qualquer forma de poder oficialmente reconhecida. A lógica da produção de atos e intervenções da saúde é restrita e exclusivamente presa às competências específicas de alguns desses profissionais, sem que se promova uma ação integralizada e unificada em torno do usuário (MERHY, 2002). Nem sempre este processo produtivo impacta ganhos de graus de autonomia no modo do usuário andar a vida. Como demonstra o acompanhamento de um paciente que aguardava a avaliação do psiquiatra.

Ela já devia ter sido vista e fica rolando a coisa [...]. Não tinha o médico para resolver. Chegou aqui e veio à enfermeira, mandou fazer a medicação que o médico da emergência passou, mas não resolveu porque ela ficou correndo. (Acompanhante C).

Nada no espaço hospitalar se impõe naturalmente, tudo é objeto de permanente disputa e construção. Porém, as relações de poder comportam contra-reações, que no espaço singular do hospital são muito criativas (CECÍLIO, 1999). O aumento do número de licenças médicas entre os profissionais de enfermagem após a mudança da escala de trabalho do enfermeiro da UPC pode ser considerada uma dessas contra-reações. A resposta de um profissional da emergência, insatisfeito com a conduta médica referente a uma paciente deprimida com história de tentativa de suicídio também pode ser considerada como contra-reação à relação de poder no campo:

A médica veio aqui no pronto-socorro responder o parecer, mas não falou nada com a equipe. Mandou o doente ir embora e não escreveu nada sobre a conduta e encaminhamento. Não escreveu sequer que estava dando alta para o paciente. Isso é um absurdo, é um risco. Afinal é uma suicida. Ela precisava ser ouvida e encaminhada para tratamento. Até porque já tinha ido ao psiquiatra, mas ela disse que ele sequer tinha olhado para a cara dela. Ele só passava remédio. Mas fiz questão de registrar tudo isso em prontuário e pedi que as médicas que estavam passando visita, fizessem o mesmo. Quem sabe isso não sirva para alguma coisa? (Profissional E).

Considerações finais

Nesse movimento de cartografia do atendimento ao louco na emergência, procurei dialogar com a vida. Busquei defendê-la e não normatizá-la. Reforço que o objetivo não era julgar, normatizar ou ordenar. Era sim, ser capaz de produzir um conhecimento teórico que servisse, que pudesse ser útil não só para a teoria, mas ser útil às pessoas. Se em alguns momentos posso ter sido considerada impiedosa, foi em nome da vida. Segundo Rolnik (1989), o cartógrafo pode e deve ser absolutamente impiedoso quando se trata de defender a vida.

Frente a isso, mergulhei no trabalho de campo, e foi possível identificar que na rede de serviços de saúde da AP5.3 da Cidade do Rio de Janeiro, o Hospital Estadual Pedro II é o único hospital de emergência. Além disso, ele é a única “porta aberta” para o atendimento às emergências psiquiátricas. O espaço físico da emergência foi considerado pouco favorecedor de uma atenção acolhedora, resolutiva e humana, seja para o louco, ou para qualquer outro paciente. A relação do HEPII com a rede de serviços do território foi considerada precária. E a comunicação percebida como uma iniciativa pessoal dos profissionais através de contatos informais.

Com este estudo foi possível evidenciar que, apesar do atendimento ao louco na emergência se constituir em um dos eixos de um serviço que se propõe a ser substitutivo ao manicômio, o modo asilar ainda é predominante no direcionamento das práticas assistenciais cotidianas. As noções de acolhimento, vínculo e integralidade fazem parte do discurso dos atores envolvidos nas práticas assistenciais.

Contudo, verificou-se que tais noções ainda não conseguiram avançar das discussões teóricas, rumo às práticas de saúde. Seja pelo estigma atribuído ao louco, seja pela desresponsabilização na co-produção de saúde ou ainda pela forma com que as relações de poder se articulam no cotidiano do hospital.

O estigma atribuído à doença mental foi identificado como um entrave ao acolhimento da clientela com transtorno mental que procura a emergência. Na tentativa de ampliar essa relação entre estigma e acolhimento, nasce uma inquietação: será que o “não acolhimento” se dá especificamente pelo estigma atribuído à loucura? Ou será possível considerá-lo resultado da “não-tolerância” a *qualquer* comportamento que se desvie das expectativas normativas do grupo social do hospital? Caso se busque investir na potencialidade do acolhimento como estratégia para a materialização de práticas integrais em saúde essa questão deve ser aprofundada em outros estudos.

A noção de vínculo entre os atores envolvidos nas práticas assistenciais mostrou-se atrelada à idéia de responsabilização, conhecimento gradual e interação permanente entre gestores, profissionais, usuários e a rede de serviços do território. Contudo, a observação das práticas cotidianas em relação ao louco na emergência demonstrou, que tanto alguns profissionais da emergência, quanto do próprio serviço de saúde mental, não se sentem responsáveis pela co-produção de saúde do louco que busca a emergência. Foi possível evidenciar também que é escasso o envolvimento dos ocupantes da gestão formal no processo de construção de vínculos, seja entre profissionais, usuários e rede de serviços.

Para que o louco ocupe outro lugar na sociedade é preciso, mais do que práticas “humanizadas”. É mister que as relações de poder que o envolvem sejam alteradas. Faz-se necessário investir no aumento de poder de contratualidade dessa clientela. O hospital, como parte da rede de serviços substitutivos ao manicômio, aponta para a necessidade de outros arranjos nas relações de poder institucionais. No caso da emergência do HEPII, elas se assemelhavam às relações de poder presentes em quase todas as organizações hospitalares (CECÍLIO, 1999). Os médicos acumulam e centralizam o capital social relevante no campo hospitalar. A hierarquia na linha de mando

da enfermagem é rígida. E as linhas de fuga são utilizadas como estratégias para se subverter o poder dominante.

Sem a intenção de ser prescritiva ou normativa, e sim, à guisa de conclusão, teço algumas considerações sobre a integração do hospital geral a rede de serviços substitutivos ao manicômio. A primeira delas advém, como mostra este estudo, da possibilidade do hospital geral ser considerado mais uma proposta de cosmético da psiquiatria. Ao invés de constituir-se em um dispositivo substitutivo ao manicômio, o HG corre o risco de ser mais uma proposta que continuaria reproduzindo os mecanismos do dispositivo psiquiátrico. Sendo uma expressão de uma reforma superficial, que mantém a função da psiquiatria como saber-poder (TORRE; AMARANTE, 2001).

A fim de garantir que os princípios da reforma psiquiátrica se materializem nas práticas desenvolvidas ao louco no HG, deixo como sugestão o investimento em outros arranjos institucionais, que possibilitem o deslocamento dos modos de produzir atos de saúde dos profissionais (profissional-centrado) para os usuários (usuário-centrado). A abertura da gestão do trabalho para o coletivo, e para um mundo novo no campo da saúde, operando lógicas pelas quais o mundo dos usuários possa e deva invadir o núcleo tecnológico das ações (MERHY, 2005).

Deixo ainda como sugestão, que a dimensão cuidadora possa ser inserida em todo o ciclo de formação dos profissionais de saúde dos diversos níveis, e que haja engajamento no desenvolvimento de ações voltadas para aqueles que já estão inseridos no mercado de trabalho. E ainda, que haja ênfase nas dimensões da reforma psiquiátrica, especialmente na dimensão sociocultural. Visto que esta dimensão estimula a reflexão sobre princípios, preconceitos e opiniões sobre a loucura e contribuem para que o ideário reformista se expanda para além dos “guetos” psiquiátricos (AMARANTE, 2003).

O atendimento ao louco na emergência do HEPII mostrou-se um caminho interessante para revelar que ainda há muito a ser conquistado pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileiro. E que está posto o desafio de transformar o cenário do hospital geral, rumo à efetivação da sua inserção na rede de serviços substitutivos ao manicômio.

Apesar de os achados desse estudo apontarem para a (des)integralidade nas práticas assistenciais ao louco no HG, perma-

nece a imagem-objetivo do hospital geral como um local, onde a integralidade ao louco se materializa por meio da alteridade com o usuário; somando-se a uma clínica baseada em pessoas, e não somente em doenças; e ainda, pelo aumento da permeabilidade ao controle social (PINHEIRO *et al.*, 2005).

Referências

- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.
- AMARANTE, P. D. (org.). *Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- AMARANTE, P. D. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- AMARANTE, P. D.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re) construção da Demanda no Corpo Social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos*. IMS-UERJ, 2005.
- BOTEGA, J. N. SCHECHTMAN, A. Censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais geral: I. situação atual e tendências *Revista ABP-APAL*. n. 19, v. 3, p. 79-86, 1997.
- BOTEGA, J. N. Residência de psiquiatria no hospital geral: uma enquete nacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. set. v. 40, n. 8, p. 419-422, 1991.
- BOTEGA, N. J.; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência: humanização do “território” de encontros do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Portaria da Secretaria de Assistência a Saúde n ° 53, de 1 de março de 2004. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
- BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde n ° 224 de 19 de janeiro de 1992. Brasília, 1992.
- CAMARGO JR, K. R. A biomedicina. In: *Physis-Revista Saúde Coletiva*. v. 15 (supl.). Rio de Janeiro, 2005. p. 177-201.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CASSORLA, R. M. S. Psiquiatria no hospital geral: reflexões e questionamentos. *Revista ABP-APAL*. n. 18, v. 1, p. 1-8, 1996.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre Escuta e Escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos*. IMS-UERJ, 2005.
- CECÍLIO, L. C. O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.
- CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano: 1-artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura*. 7ª ed. Perspectiva: São Paulo, 2004.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun. 1999.
- FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (orgs.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)*, v. 9, n. 17, mar/ago, 2005.
- GOMES, M.C.P.A. *Acolhimento, vínculo e integralidade: o poder do discurso ou o discurso sem poder? Um estudo sobre as práticas cotidianas em saúde da família em grandes centros urbanos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- HENNINGTON, E. E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Caderno de Saúde Pública*, v. 21, 1, p. 256-265, jan-fev, 2005.
- LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- MENEGON, V. M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 2004.
- 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 reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- OLIVEIRA, L. H. de. *A Enfermagem no Velho Hospital D. Pedro II – Santa Cruz, 1920-1954*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. (orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Quando dádiva se transforma em saúde: almas questões sobre integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidade e poder. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A; COSTA, N. R. (orgs). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Clube do Livro, 1989.

ROTELLI, F. *et al.* Desinstitucionalização uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI, F. *et al.* *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROTELLI, F. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. D. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

SOUZA, A. C. *Em tempos de PSF*. Novos rumos para atenção em saúde mental? Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, J. C. R. P. de Consultoria psiquiátrica na Santa Casa de Campo Grande. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 44, n. 3, p.123-128, mar. 1995.

SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 2004.

TAVARES, I. M. *O tratamento de paciente psiquiátrico no hospital geral: possibilidades e limitações*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

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

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

Caminhos do acolhimento: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

KARLLA ASSAD DA SILVA¹
NEYLA DURAES FERNANDES²
MAURO CEZAR SILVA XAVIER³

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), adotada pelo Ministério da Saúde como reorganizador da atenção básica em saúde, tem como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, a integralidade do cuidado e relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006).

Entretanto, apesar da prerrogativa política, alguns autores contestam que a mudança do modelo assistencial se dê apenas com a instituição ou a determinação de um novo modelo de atenção ou estratégia de atuação, Franco e Merhy (1999) afirmam que o Programa de Saúde da Família (PSF) reconhece que a mudança do modelo assistencial se dá a partir da reorganização do processo de trabalho. “Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer a assistência”, esse programa propõe um novo modo de operar o traba-

¹ Cirurgiã-Dentista. Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

² Psicóloga. Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

³ Enfermeiro. Aluno do Curso de Especialização em Saúde da Família nos Moldes da Residência - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).
Endereço eletrônico: maurocsx@yahoo.com.br

lho em saúde estruturado a partir de equipes multiprofissionais. Apesar disso, nada garante uma ruptura no modelo hegemônico atual, médico-centrada, porque o PSF “aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho no qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional”, que realmente definem o perfil da assistência.

Neste contexto de operação em microprocessos do processo de trabalho, o acolhimento surge no âmbito da atenção básica como estratégia para reconfigurar o processo de trabalho, pois, segundo Malta *et al.* (1998), esta reconfiguração é possível através de ações que possam: melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde; humanizar as relações entre profissionais de saúde e usuários; aperfeiçoar o trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria; aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos problemas concretos vividos pelos usuários em seu contexto existencial e elevar os coeficientes de vínculo e confiança entre eles. E o acolhimento pode operar no sentido de convergir para melhorar o acesso e atendimento de demandas do usuário tornando o sistema centrado nas necessidades do usuário.

Um dos preceitos principais da estratégia de saúde da família é o vínculo, que, de acordo com Campos (2002), trata da circulação de afeto entre pessoas. E este afeto, segundo o autor, é obscuro e nem sempre obedece à conveniência ou é consciente. Em geral, não temos consciência do padrão de vínculo que estabelecemos com outros. Ele pode, considerando um dado objetivo, ser negativo ou positivo. Atrapalhar ou ajudar. Os vínculos se constroem quando se estabelece algum tipo de dependência mútua: uns precisam de ajuda para resolver questões sanitárias; outros precisam ganhar a vida, exercer a própria profissão.

Se há algo importante em qualquer serviço de saúde, é a necessidade de os trabalhadores desenvolverem a capacidade de interação com quem demanda atenção. No caminho percorrido em um serviço de saúde, da entrada à saída, o usuário sempre está em busca de identificar alguém que possa conduzi-lo à almejada solução de seus problemas de saúde. Deseja ser acolhido, compreendido em

suas necessidades, examinado, orientado e sentir-se confiante da atenção e responsabilização dos profissionais em manter, recuperar ou restabelecer seu bem-estar (MERHY, 1998).

O acolhimento é uma ação que pressupõe mudanças nas relações que se estabelecem entre os profissionais e os usuários e mudanças nesse modo predominante de operar os processos de trabalho (MALTA, 1998; FRANCO; BUENO; MERHY, 2000).

Pode-se afirmar que a ESF possui em seu âmago os preceitos para o desenvolvimento da atenção baseada no vínculo, responsabilização, e portanto, sendo potente para o acolhimento dos usuários pelos quais é responsável. Em nossa prática no curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes de Residência (ENSP/FIOCRUZ), que tem duração de dois anos iniciados em 2006, nos deparamos com a realidade de unidade de saúde onde se fazia necessário discutir o acolhimento. Essa Unidade de Saúde da Família, localizada no município do Rio de Janeiro, possui cinco Equipes de Saúde da Família, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, além de três equipes de saúde bucal (três cirurgiões-dentistas, duas atendentes de consultório dentário e uma técnica em higiene bucal), totalizando, 50 profissionais de saúde. Optamos neste momento por classificar neste relato os profissionais em duas classes: ACS e os não-ACS, que são os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e a equipe de saúde bucal. Assim, o funcionamento desta unidade parecia no primeiro momento apresentar no seu processo de trabalho posturas que seriam dificultadoras do modelo centrado no acolhimento dos usuários.

Este fato foi observado através de nossa vivência em campo (relatada em nossos “diários de campo”) e por relatos de alguns usuários e profissionais de saúde que ali atuam: a recepção (considerada a porta de entrada do usuário à unidade de saúde e chamada de “acolhimento” pelos profissionais) não facilitava o acesso dos usuários. A atitude de muitos profissionais não demonstrava a valorização das queixas e a escuta ativa. O aviso na entrada da unidade parecia demonstrar tais atitudes: “mantenha a porta fechada”. À primeira vista era um aviso inofensivo, mas observamos que diante do mesmo, muitos usuários exitavam em entrar na unidade, ou, quando entravam, não conseguiam uma resposta para seu problema.

A recepção (porta de entrada) era assim configurada: dois agentes comunitários de saúde (ACS) faziam a “triagem” diária dos usuários que chegavam, embora deixassem evidente não se sentir preparados para tal função. Como as consultas são agendadas, muitas vezes, os usuários que procuravam a unidade através de livre-demanda não recebiam atendimento, às vezes, nem uma resposta a sua queixa. As emergências eram encaminhadas para o pronto-socorro e se a pessoa não morasse no território, era imediatamente encaminhada para o Posto de Atendimento Médico (PAM) mais próximo. Além disso, havia dias predeterminados para verificação da pressão arterial.

As insatisfações diante dessa configuração existiam. Assim, nós cinco, residentes, propusemos discutir com as cinco equipes o conceito de acolhimento e tirar uma proposta, através de consenso, para implantar o acolhimento na porta de entrada (recepção) do usuário, que, segundo as equipes, era o maior problema a ser enfrentado.

Fundamentação teórica

Diante do desafio apresentado, é importante identificar que a idéia de acolhimento nos serviços de saúde acumula farta experiência em diversos serviços de saúde do SUS. Tal experiência é heterogênea e tem acúmulos positivos e negativos. Reconhecer isso significa, por um lado, reconhecer que grande parte do que sabemos hoje se deve a esse acúmulo prático, mas também, por outro, é preciso esclarecer a qual acolhimento estamos nos referindo (BRASIL, 2006).

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, restringem-se a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo (BRASIL, 2006).

Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Ou seja, desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população

busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar limites necessários (SMS/CAMPINAS, 2001). Nessas atitudes, encontra-se a escuta ativa e, logo, o acolhimento. “Acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação de necessidades (PASTOR, 2004).

A construção de vínculo é um recurso terapêutico. Não se trata, portanto, de uma preocupação tão somente humanizadora, mas, também, do estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho em saúde. O paciente somente constituirá vínculo com a equipe se ele acreditar que ela poderá contribuir de algum modo para a defesa de sua saúde. O vínculo começa quando dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda (usuários); outros se encarregando desses pedidos (profissionais de saúde) (CAMPOS, 2003).

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 2006). O acolhimento, como ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006). Contudo, deve-se tomar cuidado de não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea” (BRASIL, 2006). A recepção não deve ser um local para avaliação de risco. Alguém da equipe técnica deve encarregar-se dessa avaliação, manejando os casos conforme sua gravidade, desconstruindo burocracias e garantindo o acesso, para qualificar a recepção (CAMPOS, 2003). Dessa forma, o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2006).

Assim, para garantir verdadeiramente o acesso, o acolhimento precisa cumprir algumas tarefas, como: avaliar o risco e as necessidades de saúde caso a caso; resolver os casos conforme complexidade e capacidade do técnico em serviço; encaminhar os examinados conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria unidade de saúde, ou pronto-socorro ou serviço de referência, responsabilizando-se pelo sucesso do encaminhamento; cadastramento de pacientes ainda não matriculados e que pertençam

à região de cobertura da unidade de saúde; desenvolver ações preventivas e de educação em saúde (SMS/CAMPINAS, 2001).

Todas essas atitudes repercutem claramente no processo de trabalho. Segundo Malta (1996) *apud* Pastor (2004), o acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção. É um instrumento, pois deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento.

Fica evidente que, sem “acolher” e sem “vincular”, não há produção de responsabilização clínica e sanitária nem intervenção resolutiva, com resposta às queixas dos usuários, extinguindo-se, assim, a ótica usuário-centrada (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003). Muitas vezes, o acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários estão submetidos (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003). O acolhimento, como uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, transfere o foco do atendimento do médico para a equipe multiprofissional de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e qualificar a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário, o que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (ASSOCIAÇÃO, 2006).

Porém, o grande desafio a ser enfrentado pelos trabalhadores da saúde, gestores e usuários, deve ser transpor os princípios aprovados pelo SUS nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde. Deve-se restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso – todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006). E o tema do acolhimento apresenta essa possibilidade: a de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade. Segundo Pastor (2004), o acolhimento não pressupõe hora, local ou profissional específico para fazê-lo, devendo a postura acolhedora fazer parte das habilidades dos membros das equipes em sua relações com a população, em todos os momentos.

Olhando dessa forma, o acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003). No dia-a-dia das unidades de saúde, as equipes devem se preparar para utilizar a sua infra-estrutura de forma criativa, garantindo os pressupostos do acolhimento, adequado às realidades locais. (PASTOR, 2004).

Desse modo, acolher significa, também, compreender as fragilidades estruturais das pessoas e segmentos funcionais. A compreensão dos medos que as pessoas têm em vivenciar uma situação nova, que foge aos padrões até então estabelecidos, é também uma forma de conscientização inicial dos benefícios que serão colhidos (DORIA; POLIDORO, 2004). Portanto, o acolhimento é um organismo vivo, que respira e processa atitudes e comportamentos, nem sempre adequados, mas sempre deve se empenhar em dar uma resposta aos receptores, de forma organizada, atenuada e clara, trocando uma postura de indiferença por uma atitude de solidariedade (DORIA; POLIDORO, 2004).

Em nossas conjecturas e observações, identificamos que existiam opiniões divergentes a respeito do que era desenvolvimento no espaço da recepção pelos ACS, muitos profissionais julgavam justo e necessário para o bom andar da unidade que os agentes desempenhassem esta função, e que estavam capacitados para a mesma. Entretanto, os ACS afirmavam enfaticamente que não possuíam formação para aquela atividade e que sentiam muita insegurança ou que não eram atendidos quando queriam esclarecer alguma dúvida. Assim, podemos identificar que existiam conflitos encobertos neste processo e que seria necessário um espaço de esclarecimento, confronto e produção de novos sentidos em torno desta temática.

Metodologia

O caminho metodológico se apropriou da complexidade colocada anteriormente, ou seja, a existência de opiniões divergentes, conflitos não declarados e acima de tudo uma produção insuficiente de fazer saúde para essa população. Nosso intento era aproximar aquela atividade do modelo proposto pela literatura, mas também devíamos considerar a textura viva daquela unidade, ou seja, seus

trabalhadores, seus processos de trabalho e todo o trabalho que já era desenvolvido naquela unidade de saúde. Se fosse implantada de forma vertical alguma proposta de remodelação daquele processo de trabalho, o produto poderia ser uma ação de triagem administrativa e de mero repasse de encaminhamentos para outros serviços. Seria um erro não evidenciar o processo de trabalho em saúde ou restringir-se a uma ação isolada e descomprometida com os processos de responsabilização.

Seria necessário, desta forma, que todos os profissionais da unidade envolvidos com o cuidar pudessem participar e que houvesse uma intersecção de pensamentos para que o confronto de idéias acontecesse e produzisse transformação. Assim, optamos pela Metodologia da Roda, que, segundo Campos (2002), é um espaço coletivo, um arranjo onde existam oportunidades de discussão e de tomada de decisão. Que pode ser formal (uma comissão ou conselho oficial), ou informal (reunião para enfrentar o tema do lixo, temas ambientais, da produção ou consumo de alimentos, da violência, etc.) e tem o potencial de transformar num lócus onde circulam afetos e onde vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo.

Aliada à Metodologia da Roda, utilizamos a técnica de grupos focais, pois a mesma, de acordo com Sanches (1999), é um tipo especial de grupo em termos do seu propósito, tamanho, composição e dinâmica, a essência do grupo focal consiste justamente em se apoiar na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador (que vai ser no caso o moderador do grupo). Uma vez conduzido, o material obtido será a transcrição de uma discussão em grupo, focada em um tópico específico (por isso grupo *focal*). Assim, optamos em cada encontro pela presença de um moderador que provocaria a discussão e um relator que registraria o que estaria sendo produzido, dois papéis a serem exercidos pelos residentes.

Como a proposta envolvia a discussão de todos da unidade e o quantitativo de pessoas era grande, para tomar a discussão mais efetiva e para efeitos de intersecção de diálogos, dividimos os grupos com diferentes categorias de profissionais e de diferentes equipes, assim os profissionais foram divididos em cinco grupos de dez a doze participantes. Foram propostos encontros semanais de duas horas e meia

cada, nas manhãs de sexta-feira. Deste modo, cada grupo se encontraria a cada cinco semanas, tendo tido tempo para a leitura dos textos e elaboração maior do que havia sido discutido anteriormente.

Como elemento que pudesse nortear a discussão e apontar nós críticos que identificamos anteriormente, optamos por apresentar a discussão em forma de casos que envolviam os diversos preceitos do acolhimento e que traduziam situações que deveriam apontar a interferência de diversas categorias e o processo de trabalho de diversos profissionais e também do trabalho em equipe. Após a discussão, realizava-se a leitura de textos para confronto entre os apontamentos da prática e da literatura existente sobre assunto em questão, o acolhimento.

De acordo com a observação que havíamos realizado, seria necessário discutir, nesses encontros, conceitos e posturas a respeito do acolhimento e, portanto, modos de operar nesta lógica. Também seria necessário discutir conceitos de emergência e urgência, o que também se apresentava como um elemento desencadeador de posturas que dificultavam o acesso das pessoas à unidade de saúde. Ao final, seria produzida uma proposta de acolhimento para aquela unidade, que seria um produto obtido através das discussões do coletivo.

Primeiro encontro: acolher para quê?

Como elemento para discussão, foi disposto para os presentes um caso que poderia ter ocorrido na unidade, com se segue abaixo:

Usuária, 38 anos chega a Unidade com queixa de dores fortes de cabeça, disse que já tentou consulta com ACS, mas o mesmo disse que não havia atendimento para os próximos dias e também foi à emergência onde foi medicada, mas o medicamento não está mais fazendo efeito. (Grupo de Residentes).

Após apresentação do caso se seguiram as provocações, relacionadas com as seguintes questões:

- Qual a postura que seria mais adequada?
- Quais ações que deveriam ser realizadas?
- Quais as barreiras existentes para o atendimento?
- O ACS sentia-se capacitado para avaliar e encaminhar o usuário para outro atendimento?
- O que seria Acolhimento para o grupo?

A atividade seguinte foi a leitura do texto “Acolhimento - Instrumento/ferramenta de trabalho, de tecnologia leve, de uso por equipes de saúde na sua relação com o usuário do serviço de saúde” (PEREIRA, 2006), com confronto do que foi produzido pelo grupo e aprofundamento da discussão.

Segundo encontro: urgência e emergência, como acolher?

Como elemento para discussão foi disposto para os presentes um caso que poderia ter ocorrido na unidade, com se observa abaixo:

Mãe adentra a unidade, às 12h30min, com criança no colo, 04 anos, com ferimento em rosto e ventre, segundo relato de mãe por água fervente. Criança chora muito e a mãe está totalmente transbordada, diz a todo o momento que a culpa é sua, e que de qualquer jeito quer atendimento para sua filha e que não vai para outro lugar. (Grupo de Residentes).

A apresentação do caso se seguiu de provocações, relacionadas com as seguintes perguntas:

- Este usuário seria atendido na Unidade?
- Qual a postura que seria mais adequada?
- Quais ações que deveriam ser realizadas?
- Quais as barreiras existentes para o atendimento?
- O ACS sentia-se capacitado para avaliar e encaminhar o usuário para outro atendimento?
- Qual seria o papel da ESF no atendimento as Urgências?

Após a discussão, realizou-se leitura do texto “Política Nacional de Atenção às Urgências”, com confronto do que foi produzido pelo grupo e aprofundamento da discussão.

Terceiro Encontro: Acolhimento, quais caminhos?

O terceiro encontro teve como objetivo apresentar a síntese do que foi discutido nos encontros anteriores e que o relator do grupo havia registrado. Também se buscou o consenso de cada grupo de trabalho acerca de qual caminho a unidade deveria seguir para que houvesse o desenvolvimento do acolhimento.

A partir da leitura da produção dos grupos, a equipe de residentes para efeito de sistematização avaliou que seria mais profícuo elaborar

questões, que foram mais frequentes nas discussões, para possibilitar a discussão e formulação de propostas pelos cinco grupos. Assim, em relação ao acolhimento, os grupos deveriam elaborar respostas e propostas de intervenção, tomando como referências as questões: onde se faz? Quem faz? Como se faz? E o que é necessário para tal?

Resultados

Os grupos chegaram às seguintes respostas: o acolhimento deve ser feito por todos os profissionais da equipe, vai acontecer em visitas domiciliares, em ações na comunidade, na recepção e no atendimento aos usuários. No entanto, ressaltaram que ainda são necessários alguns investimentos em grupos de estudos, educação permanente, estruturação da rede de referência e contra-referência, qualificação da saída e definição de fluxos pela gestão municipal. Para tanto, seria necessário um grupo para propor idéias, discussões e formulas seminários de discussão.

Após as discussões dos grupos, surgiu uma nova proposta para organizar a recepção da unidade e possibilitar a melhoria da qualidade do acolhimento aos usuários. Segundo essa proposta, diariamente uma das equipes seria a responsável pelo acolhimento dos usuários, com a disponibilização de um profissional não-ACS que funcionaria com “técnico de referência”. Esta equipe seria a mesma a fechar a unidade e a escala das equipes seria decidida em conjunto pelo coletivo. Haveria dois ACS por turno na recepção e a equipe seria responsável por administrar a escala dos ACS. A equipe pactuaria quem será o técnico de referência responsável por selecionar/avaliar as urgência/emergências e as demandas espontâneas; este técnico ficaria livre para outras atividades no módulo, não devendo ter sua agenda preenchida. Se fosse considerada a necessidade de atendimento da demanda espontânea (ou livre) naquele dia, a própria equipe de referência do usuário deveria atender. Não sendo caso de atendimento no dia, estaria disponível na recepção um livro de recados para cada equipe com as anotações necessárias (nome do usuário, endereço, motivo da visita, quem é o ACS) para futura marcação de consulta. Haverá uma escala para a cobertura do horário de almoço entre os ACS e os técnicos para sempre ter alguém disponível a atender os usuários.

Após o consenso, a proposta deveria ser apresentada a todos os profissionais da unidade de saúde. Mesmo tendo a participação da maioria dos profissionais da unidade, foi necessária a marcação de mais um encontro com os profissionais não-ACS, para que a proposta fosse apresentada e discutida. Ao ser realizado este encontro, alguns profissionais retomaram discussões anteriores, demonstrando certo incômodo com o fato de ter sido apontada a necessidade de um “técnico de referência” disponível para a recepção. Resolveram apresentar uma contraproposta, que ao final não apresentou mudança consistente no que já havia sido pactuado: a proposta em seu cerne foi a mesma já descrita. A implantação da nova proposta foi pactuada para ser iniciada no dia 02 de abril de 2007, com o acordo de revisão trimestral.

Considerações finais

Através dos encontros com trabalhadores de diversas profissões e de diversas equipes, foi possível confrontar as opiniões, dificuldades e anseios de todos os envolvidos no processo. Contudo, os relatos dos ACS foram extremamente potentes no sentido que interferiram decisivamente na opinião que os profissionais não-técnicos possuíam a respeito do processo de trabalho desenvolvido na recepção. Nesse sentido, entendemos que a prática de auto-análise e auto-avaliação pelos próprios trabalhadores proposta pelo movimento institucionalista pode ser um passo na direção da reflexão acerca da prática do acolhimento, na ótica da relação trabalhador-usuário, de favorecer a tomada de consciência e sensibilizar trabalhadores para um trabalho mais implicado, segundo os afetos e intensidades vividas no seio da própria relação com o usuário, de incorporar o acolhimento como uma tecnologia leve (MERHY *et al.*, 1997) da caixa de ferramentas, e uma questão do campo de competência e responsabilidade de todos os trabalhadores de saúde (BUENO; MERHY, 1998; FRANCO, BUENO; MERHY, 1998; MATSUMOTO, 1998).

Outro aspecto muito importante foi a discussão de casos vividos na unidade que trouxeram elementos da prática que descortinaram dificuldades, barreiras e sofrimentos vividos pelos ACS no espaço onde desenvolviam a atividade de recepção do usuário. Vários relatos apontaram a dificuldade de avaliação que o ACS tinha em

relação às demandas dos usuários; sobretudo que quando havia dúvidas, dificuldades, não havia a quem recorrer para esclarecer essas questões ou prestar algum suporte técnico naquele momento. Assim, ficaram notórias as discussões, com afirmação Merhy (1997), de que um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde se localiza na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam e no modo como representam o processo saúde e doença.

Quando pensamos na potência do acolhimento como disparador para a mudança de modelo, não estamos pensando em uma grande alteração estrutural, mas sim na sua produção em processo, como possibilidade de fazer fluir nas brechas do instituído os fluxos de intensidades desejadas, no interior do encontro. E também na reflexão sobre as práticas atuais de saúde, buscando identificar que sujeitos e projetos terapêuticos (MERHY, 2002) que estão em disputa e em construção; quais valores e concepções de saúde/doença os norteiam, relacionando-se ao foco principal da saúde, o homem e suas necessidades e sofrimentos, e qual direcionalidade dos resultados se tem alcançado.

Ao mesmo tempo, mesmo após as discussões e pactuações, foi necessário outro encontro exigido pelos profissionais não-ACS, para rediscussão das propostas. Foi formulada uma segunda proposta por este grupo, que seria apreciada pelo coletivo. Como mencionado anteriormente, essa proposta não configurou mudança substancial em relação a que foi elaborada anteriormente. Entretanto, no olhar dos residentes, apontou-se uma forte tensão provocada pela mudança do processo de trabalho relacionada ao acolhimento, criando-se uma reconfiguração na micropolítica do trabalho que estava instituída naquela unidade. Desta forma, o acolhimento deve configurar-se como um campo de transversalidade, que, para se realizar, propõe que o trabalhador ultrapasse instituídos, rompendo regras e normas, criando caminhos e soluções, tomando como referencial o seu projeto assistencial (MATSUMOTO, 1998).

A equipe de residentes que foi colaboradora desta discussão entende, com este trabalho, que a partir do entendimento dos papéis de cada profissional e a responsabilização gerada na pactuação re-

alizada para implantação do acolhimento através de equipes de acolhimento, haja um efetivo processo de responsabilização de todos e que este seja o início de um processo mais duradouro de mudanças no processo de trabalho dessa unidade de saúde. Entretanto, apontamos para o horizonte de realizarmos posteriormente estudos de avaliação para extrair a impressão e opinião dos usuários a respeito desta proposta de acolhimento.

Pactuamos, assim, com Malta (1998), que ressalta que o acolhimento é processo, processo de relações, de produção de subjetividades. É produzido ao mesmo tempo em que produz as ações de saúde, implicando envolvimento entre as partes (equipe/trabalhador-usuário), escuta, responsabilização pelo outro, pelo problema apresentado, pelo cuidado, bem como favorecendo o desenvolvimento da autonomia e cidadania do usuário.

Referências

- ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA. SÃO PAULO. *Acolhimento: a saúde em boas mãos*. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.org/projetos/acolhimento.htm>>. Acesso em 1 ago. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de humanização. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*, 2ª ed. *Serie B textos básicos de Saúde*. Brasília: MS, 2006.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 3, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>
- CAMPOS, G. W. S. Vigilância sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde, *Revista Interface*, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- DORIA, S. C. B.; POLIDORO, M. A. Implementação do Acolhimento Resolutivo na UBSF/PA Jd. Macedônia São Paulo – SP, 2004. Disponível em: dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/segunda%20mostra/implementacao_acolhimento_resolutivo.pdf. Acesso em: 07 set. 2007.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *PSF: contradições e novos desafios*. Unicamp, 1999. 9p. Mimeografado.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, junho/2000.
- _____. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. *et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MALTA, D. C. *et al.* Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R. *et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.
- MATSUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em um unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 225f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e do dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde. um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p 111- 152.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no modo de trabalhar assistência. In: CAMPOS, C. R.; *et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.
- _____. *O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde*. Campinas, abril 1999.
- PEREIRA, R. P. A. Acolhimento: instrumento/ferramenta de trabalho, de tecnologia leve, de uso por equipes de saúde na sua relação com o usuário do serviço de saúde. *Interativo – Jornal da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade*. Ano 1, ed. 1, maio, 2004, p. 3. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/acolhimento.htm>. Acesso em: 15 out. 2007.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS (SMS/CAMPINAS) Programa Paidéia: As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde - Gestão 2001 – 2004 – *Projeto Paidéia de Saúde da Família*. Campinas, 2001.
- SANCHES, M. T. Grupo focal como estratégia de Trabalho em Coletivos. In: _____. *Metodologias de Trabalho em Grupos*. Florianópolis: Art e Letra, 1999.

O cuidador integrado na promoção de saúde da pessoa idosa hospitalizada

PATRÍCIA SANTORO¹
MÁRCIA NASCIMENTO²
SIMONE BASTOS³

Introdução

No século XX, produziu-se uma revolução de longevidade. A notável transição demográfica que se está produzindo fará que, pelos meados do século, as porcentagens da população mundial correspondentes a velhos e jovens sejam iguais.

No Brasil, a população de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos em 1940 era 4,1% da população nacional e em 2000 passou para 8,6% (IBGE, 2007). Projeções estatísticas indicam que em 2020 chegará a representar quase 13% da população (IBGE, 2004). No Estado do Rio de Janeiro, o percentual de idosos é superior ao da média nacional, com 9,2% em 1991 e 10,7% em 2000. E é ainda um pouco maior, considerando-se somente o município do Rio de Janeiro, com 11,2% em 1991 e 12,8% em 2000 (IBGE, 2000).

O aumento da longevidade tende a conduzir para maior incidência de doenças crônico-degenerativas, com suas sobreposições e comorbidades comuns na velhice. Os idosos apresentaram números

¹ Fonoaudióloga do Hospital Municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro. Pós-graduanda em Motricidade Oral pelo CEFAC, mestranda em Ciência da Motricidade Humana pela UCB, relatora na apresentação oral do trabalho destinado à temática relacionada a Serviço.

² Fisioterapeuta do Hospital Municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel, especialista em Neurofisiologia pelo IBMR. Endereço eletrônico: mrnasc@oi.com.br

³ Terapeuta ocupacional no Hospital Municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel, especialista em Psiquiatria Social pela ENSP/FIOCRUZ, Pós-graduanda em Ergonomia pelo CESERG/COPPE/UFRJ.

mais expressivos de doenças crônicas, quando comparados às demais faixas etárias. Segundo Veras (2003), a mudança no perfil epidemiológico no Brasil, em decorrência da emergência da população de mais de 60 anos, tem acarretado grandes despesas na área da saúde, em particular com tratamentos médicos e hospitalares.

O progressivo incremento absoluto e relativo do contingente populacional de idosos impõe ao sistema de saúde financiar a elevação dos custos da atenção às doenças crônico-degenerativas e adequar sua organização às necessidades próprias desse grupo etário. Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os outros grupos etários. Em 2001, 18,3% das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (dados relacionados a autorizações de internações hospitalares, ou AIH, classificadas em tipo 1, emitida no início da internação) corresponderam a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (LOYOLA FILHO *et al.*, 2004). Em consequência, a internação de idosos consumiu 37,7% dos recursos totais com hospitalização (PEIXOTO *et al.*, 2004).

Costa *et al.* (2000) mostram que parte expressiva das causas de morbimortalidade (relacionadas aos cinco principais fatores de risco em Saúde Pública: hipertensão; tabagismo; consumo de álcool; dislipidemias; e obesidade ou sobrepeso) entre idosos brasileiros poderia ser reduzida através de programas de prevenção, promoção da saúde ou tratamento adequado.

A Lei Federal nº 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, no seu art. 16 assegura aos idosos hospitalizados “o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral, seguindo critério médico”. Acrescenta ainda, no seu art. 18, que “as instituições de saúde devem promover orientação a cuidadores familiares”.

Na internação de uma criança, geralmente seus pais a acompanham para cuidar e protegê-la. Dificilmente vemos uma criança só em um hospital. Porém, quando se trata de uma pessoa idosa internada, diversas situações ocorrem: alguns são abandonados à equipe do hospital, alguns recebem atenção e cuidados constantes de familiares, outros recebem uma atenção parcial, além de identificarmos os que são acompanhados por cuidadores formais. Leite (2000) verifica que “o período de hospitalização faz com que tanto os

familiares cuidadores como os pacientes vivenciem uma fase de insegurança, incerteza, medo e dificuldades advindas da própria doença e do desconhecido”. Nossa experiência clínica gerontológica evidencia que algumas incertezas são expressas através de questionamentos em relação ao tempo de internação, ao nível de gravidade da doença, às mudanças de comportamento, às expectativas quanto às competências e desempenhos funcionais relativas à marcha e alimentação por via oral, entre outras dúvidas.

A hospitalização da pessoa idosa gera mudanças na rotina da família, causa impacto na saúde financeira e acentua problemas domésticos. Segundo Pena e Diogo (2005), os conflitos e o pouco envolvimento do familiar no cuidado do idoso são situações frequentes que acarretam prejuízo ao bem-estar e ao tratamento do paciente. Em contrapartida, Dore e Roman (2001), ao analisarem o comportamento de cuidadores, constataram que alguns apresentavam hiperatividade, outros se tornavam impulsivos e falantes, mas a alteração de comportamento mais comum observada nestes entes foi depressão. Estes aspectos de modificações comportamentais são fortemente observados quando em situação de internação hospitalar, provocando impacto direto sobre as relações interpessoais, no binômio cuidador familiar x equipe de enfermagem, interferindo de forma negativa na assistência prestada a este ente.

Laitinen (1992) relata que a participação do cuidador familiar do idoso hospitalizado no cuidar pode ser favorecida pelo fornecimento de informações relevantes sobre as possibilidades de participar do planejamento, da tomada de decisão e da avaliação do cuidado. A área da reabilitação atuando no restabelecimento funcional da pessoa idosa hospitalizada contribui de forma relevante na adaptação psicossocial, preocupando-se sobretudo com a manutenção da sua autonomia e independência. Sob este prisma, as intervenções diretas e indiretas se complementam. Segundo Beresford (2002):

Valor corresponde a tudo aquilo que preenche positivamente uma determinada carência, vacuidade ou privação de um determinado Ser em geral, e do Ser do Homem de forma muito particular ou especial. Isso porque o Ser do Homem é o único Ser que tem a capacidade de valorar, em função de possuir, potencialmente, uma consciência intencional, que lhe permite viver no mundo da cultura e no mundo dos valores, e não no mundo da natureza como os demais Seres.

Sob o conceito de valor acima citado, delimitamos o objeto formal de estudo deste relato como o idoso, em um estado de carência (perda da autonomia e/ou independência – ser cuidado); identificamos então, através de nossa consciência intencional, possibilidades de condutas e comportamentos motores que possam suprir tal carência. A valorização do acompanhante familiar, neste processo de recuperação, se torna imprescindível e fundamental como elemento desencadeante.

Partindo desta breve fundamentação teórica, os profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional pretendem relatar, através do presente trabalho, a experiência vivenciada no GAIH – Grupo de Acompanhantes de Idosos Hospitalizados do Hospital Municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro.

O Hospital Municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro (HGGMP) é um hospital que presta serviços públicos médico-hospitalares e ambulatoriais, especializados em atendimento geriátrico e gerontológico da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. É uma unidade de saúde de média complexidade e curta permanência. Possui 39 leitos de internação hospitalar.

A pessoa idosa hospitalizada no HGGMP é assistida por equipe interdisciplinar composta por médicos, assistentes social, nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, terapeutas ocupacionais, odontólogos e psicólogos.

O que é o GAIH?

As unidades hospitalares (setor terciário na área da saúde) podem vir a ser importantes instituições que promovam a garantia da equidade, integralidade da assistência e participação da comunidade, desde que as práticas desenvolvidas não estejam comprometidas somente com a ótica biológico-curativista, mas também com a prevenção e promoção da saúde.

O GAIH é uma ação educativa e interdisciplinar, constituída por um processo de intervenção grupal dos seus participantes que visa à promoção de saúde do idoso hospitalizado e do seu acompanhante. É uma prática participativa que mobiliza os atores a formular e reformular conceitos, refletir práticas e saberes relacionados à saúde do idoso e reproduzi-las em sua comunidade.

O GAIH é uma prática de saúde que valoriza o cuidado e que tem em suas concepções a idéia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades.

“GAIH”, por que e como?

A proposta de assistência aos acompanhantes familiares de pessoas idosas hospitalizadas em um hospital público especializado em atendimento geriátrico e gerontológico surgiu da necessidade de sistematizar os esclarecimentos em relação à carência de informações relacionadas aos aspectos funcionais do idoso relatados pelos acompanhantes e também de orientação técnica específica visando à promoção de saúde dos idosos.

Inicialmente, o contato da equipe interdisciplinar com os acompanhantes ocorria durante a intervenção direta ao paciente na enfermaria hospitalar. A equipe identificou a necessidade de um espaço onde as orientações sobre as condutas de manejo com a pessoa idosa no período de hospitalização e pós-hospitalização fossem abordadas com maior acolhimento. Merhy (1994) *apud* Gomes e Pinheiro (2005) afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários. Esta demanda desencadeou a formação de uma atuação profissional interdisciplinar de caráter educativo, informativo e humanizado.

O GAIH desenvolve-se através de reuniões realizadas quinzenalmente com duração prevista de uma hora. A divulgação é desempenhada previamente através de cartazes fixados nas enfermarias. Os acompanhantes são convidados pessoalmente pela equipe do GAIH a participarem da reunião no horário após a colação vespertina dos pacientes (aproximadamente 14h30min). Este horário foi definido respeitando-se a característica identificada na rotina dos acompanhantes – a necessidade do cuidar referente à oferta do alimento ao seu respectivo idoso.

O espaço físico destinado à atividade pretendida foi definido de acordo com a observação pertinente à adequação da direcionalidade da atenção de seus participantes, retirando-os do local de desencadeamento do estímulo constante da “necessidade do cuidar”, ou seja, externo à enfermaria. Outro conceito que contribuiu

para a escolha do espaço físico pautou-se nas normas de distribuição arquitetônica para as atividades humanas em ambiente hospitalar, preservando os cuidados referentes ao controle de infecção hospitalar. Portanto, respeitando o potencial de risco de transmissão de infecção dos ambientes, selecionou-se área de classificação *semicrítica*.

Este espaço é prévia e devidamente preparado, obedecendo às normas de bem-estar arquitetônico e de facilitação à execução da metodologia adotada: sala arejada, com boa iluminação, ambiente silencioso, com cadeiras dispostas em círculo, visando privacidade e conforto dos participantes. A equipe é composta por uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional.

Os dez primeiros minutos são informativos. Os profissionais explicam o enquadre (limites funcionais – as normas básicas de funcionamento do grupo, a duração, sua periodicidade, o horário, o local), dentro do qual o grupo opera, orientam o preenchimento de ficha de identificação, distribuem folhetos explicativos e promovem momento de acolhimento.

Algumas condições devem ser consideradas no funcionamento do GAIH:

- o participante é o acompanhante familiar da pessoa idosa hospitalizada, não um visitante;
- sua participação é voluntária e ocorre durante o período que a pessoa idosa permanece hospitalizada, o que favorece um rodízio constante de participantes. Este aspecto constrói a característica de fechamento em um único encontro.

As bases teóricas do GAIH

O referencial teórico-metodológico adotado é o grupo operativo de Pichon-Rivière, pois é um recurso terapêutico facilitador da comunicação e da interação, cujo objetivo é promover, de forma econômica, um processo de aprendizagem. A definição de grupo segundo Pichon *apud* Baremlitt (1994) é:

Todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por uma mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade. Podemos dizer então que estrutura, função, coesão e finalidade, juntamente com o número determi-

nado de integrantes, configuram a situação grupal que tem seu modelo natural no grupo familiar.

Segundo Kamkhagi (1994):

A função essencial de um grupo operativo é a de aprender a pensar, isto é, desenvolver a capacidade de resolver contradições dialéticas sem criar situações conflitantes - aprender a pensar em termos de resolução de dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal e não em cada um de seus integrantes.

O grupo operativo se caracteriza por estar centrado, de forma explícita, em uma tarefa. A tarefa é a trajetória que o grupo percorre para atingir suas metas. Os integrantes entram em tarefa por meio de um disparador temático, sempre relacionado com a saúde do idoso.

No decorrer das atividades subsequentes do GAIH, percebemos que o disparador temático de aspecto muito teórico (palestras, longas explicações, etc.), dificilmente desperta os participantes. Porém, os de aspecto mais lúdico (dramatizações, dinâmicas, etc.) facilitam o interesse, a participação e colaboração. Segundo Saidon (1994), “o coordenador não está ali para responder às questões, mas para formular aquelas que permitirão o enfrentamento dos medos básicos”. Compete ao coordenador manter o enquadre criar condições de comunicação e diálogo, dissolver polaridades, distribuindo a palavra, mantendo a comunicação fluida, apontar os obstáculos, resistências e levantar hipóteses sobre as dificuldades do grupo. Pode intervir em todos esses sentidos, mas jamais interferir na independência ou mudar o destino do grupo.

O observador, que por sua distância tem uma percepção global do processo, realiza o exercício ativo da observação dos integrantes e do coordenador, a fim de escutar suas genuínas demandas, registrar as manifestações verbais e gestuais dos membros para posterior análise e discussão desses dados.

Cada participante do grupo comparece com sua história pessoal (com sua verticalidade). Quando se constituem em grupo, passam a compartilhar necessidades em função de objetivos comuns e criam uma nova história (a horizontalidade do grupo – que é uma construção coletiva).

Considerações finais

Segundo a OMS (1986), “promoção de saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. E a “saúde é um conceito positivo e multidimensional que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”.

Baseado nos conceitos e políticas de promoção de saúde, o Grupo de Acompanhantes de Idosos Hospitalizados (GAIH) realiza promoção de saúde do idoso hospitalizado e de seu cuidador familiar.

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 198, define o Sistema Único de Saúde (SUS). As ações e serviços do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada; constituem um sistema único, organizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, prestando atendimento integral, a partir da priorização de atividades preventivas (sem prejuízo das assistenciais) e com participação popular. E, segundo Mattos (2001), integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, definida no texto constitucional. Ela é uma “bandeira de luta”, repleta de valores que devem ser defendidos, e cujo conceito continua em construção.

Gomes e Pinheiro (2005) realizaram um exercício teórico de formulação de uma definição operatória de integralidade como:

Modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança. Entende-se o sujeito como ser real, que produz sua história e é responsável pelo seu agir. Respeita-se os saberes das pessoas (saber particular e diferenciado), saberes históricos que foram silenciados e desqualificados, e que, neste estudo, representam uma atitude de respeito que possa expressar compromisso ético nas relações gestores/profissionais/usuários.

Os eixos concebidos no referencial teórico-político do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar apontam para marcas e objetivos centrais que deverão permear a atenção e a gestão em saúde. Como exemplo dessas marcas desejadas para os serviços, podem-se destacar: a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário, seu acolhimento em

tempo compatível com a gravidade de seu quadro, a garantia do código dos usuários do SUS.

O processo transformador das relações humanas na prestação dos serviços de saúde sugere depender da oportunidade e horizontalidade do aprimoramento da gestão organizacional, tendo como base o comprometimento com os princípios norteadores das políticas de humanização dos espaços institucionais, favorecendo assim que os cuidadores se tornem parceiros nesse processo.

O GAIH tem-se mostrado como um recurso capaz de estimular a participação cidadã, ampliar os direitos dos usuários e melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários do Hospital Municipal de Geriatria e Gerontologia Miguel Pedro. Na medida em que esta interação se desenvolve, percebe-se que uma força criativa e de aliança se estabelece. Beneficiam-se tanto os usuários e suas famílias, como os funcionários e profissionais, que passam a contar com uma rede de ajuda maior para o desenvolvimento de suas atividades.

Cuidar não se restringe a curar, tratar, que passa pelas competências e tarefas técnicas. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo (AYRES, 2001).

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.63-72, 2001.
- BAREMBLITT, Gregório. *Grupos: teoria e técnica*. Rio de Janeiro: Graal, 1994.
- BERESFORD, H. *Valor: saiba o que é*. Rio de Janeiro: Shape, 2000.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei nº. 10741, de 03 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, out. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa nacional de humanização da assistência hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- COSTA, M. F. F. L.; GUERRA, H. L. *et al.* Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.
- DORE, G.; ROMANS, S. E. Impacto f bipolar affective disorder on family and partners. *J Affect Disord*, Londres, v. 67, n. 1, p. 147-158, 2001.
- GANDRA, Andréa M. Arquitetura Hospitalar. In: MARTINS, M. A. (Org). *Manual de Infecção Hospitalar*. Minas Gerais: Medsi, 2001. p. 782-791.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil de idosos responsáveis por domicílio no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – revisão 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos censos demográficos 1940 e 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

KAMKHAGI, Vida R. Horizontalidade, verticalidade e transversalidade em grupos. In: BAREMBLITT, G. (Org.). *Grupos: teoria e técnica*. Rio de Janeiro: Graal, 1994. p. 205-219.

LAITINEN, P. Participation of informal caregivers in the hospital care of elderly: patients and their evaluations of the care given: pilot study in three different hospitals. *J Adv Nurs*, [S. I.], v.17, n. 10, p. 1.233-1.237, 1992.

LEITE, Marínes T. *Cuidando do idoso hospitalizado: a experiência do familiar*. Ijuí: UNIJUI, 2000.

LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L. *et al.* Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Carta de Ottawa*. Ottawa: OMS, 1986.

PEIXOTO, S. V. ; GIATTI, L. *et al.* Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 13, n. 4, p.239-246, 2004.

PENA, S.; B. DIOGO, M. J. D. E. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 663-669, 2005.

SAIDÓN, Osvaldo I. O grupo operativo de Pichon-Rivière: guia terminológico para a construção de uma teoria crítica dos grupos operativos. In: BAREMBLITT, G. (Org.). *Grupos: teoria e técnica*. Rio de Janeiro: Graal, 1994. p. 169-203.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3. p. 705-715, 2003.

PESQUISA

A construção do cuidado num programa de atendimento domiciliar em Porto Alegre, RS

IVANI BUENO DE ALMEIDA FREITAS¹
STELA NAZARETH MENEGHEL²

Introdução

No Brasil, o decréscimo de uma situação de alta fecundidade e alta mortalidade propiciou mudanças significativas na pirâmide populacional, caracterizada pelo aumento progressivo e acentuado da população idosa³. As ações sociais e em saúde vêm contribuindo para a longevidade da população, mas as doenças crônicas não-transmissíveis acometem grande parte dos idosos, exigindo um rearranjo social. Atualmente, o número de idosos brasileiros chega a ser superior a 18 milhões, passando a representar 10% da população, enquanto no início da década de 1990 somava 11,4 milhões, isto é, 8% do total (IBGE 2000). Esse aumento da população idosa implica uma busca de informações para dar conta da atenção à saúde deste grupo populacional.

Dados do PNAD 2006 apontam o estado do Rio Grande do Sul como um dos estados com volume populacional idosa de 12,45%, correspondendo a 10.845.087 pessoas. No ano de 2000, Porto Alegre contava com 11,8% de sua população nesta faixa etária.

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Vale do Rio dos Sinos. Endereço eletrônico: ivanifreitas@terra.com.br

² Professora no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Vale do Rio dos Sinos.

³ A Organização das Nações Unidas, desde 1982, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos; o Brasil, na Lei nº 8.842/94, artigo 2 do capítulo 1, adota essa mesma faixa etária.

O município de Porto Alegre possui uma divisão territorial em saúde composta por 16 Distritos Sanitários e 8 Gerências Distritais. A região Noroeste é a segunda mais populosa em idosos, com 29.933 pessoas maiores de 60 anos, em 2000 (IBGE, 2001). É nesse território que se insere o Centro de Saúde IAPI. Sua estrutura física e administrativa conta com um Ambulatório de Especialidades (atenção de média complexidade) e a Unidade Básica de Saúde (UBS) IAPI, participantes da Rede Pública de Saúde municipalizada e que possuem o único Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA) da cidade.

Pesquisa realizada com moradores do bairro do entorno da UBS/IAPI subsidiou a implantação do PADA, no ano de 2003. Tratava-se de um projeto piloto que inicialmente atendia somente idosos acamados da área de atuação da UBS/IAPI. No primeiro semestre do ano de 2005, o programa passou a atender qualquer pessoa acamada e já contava com uma equipe interdisciplinar composta por médica geral comunitária, enfermeira, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e fonoaudióloga. Havia ainda a participação de alunos dos cursos de graduação em enfermagem, serviço social e nutrição de diversas universidades do município ou da região metropolitana em estágio no programa. A proposta do PADA atualmente é atender a pessoas acamadas, da área de atuação da UBS, por meio da busca pelo recurso por familiares, vizinhos e cuidador contratado, sendo o agendamento efetuado pela equipe.

A equipe de saúde vem se organizando para dar conta das demandas específicas dos cuidadores domiciliares, e um dos dispositivos encontrados foi a nucleação de um grupo aberto aos cuidadores constituído como um espaço de cuidado. Consideramos a nucleação do grupo como um momento histórico no PADA, onde aconteceu o encontro daqueles que operam com o cuidado – equipe de saúde e cuidadores domiciliares – configurando as primeiras iniciativas de cuidar do cuidador. Importante salientar a participação de uma das autoras como membro da equipe, cooperadora desse processo e como ator interessado na construção do conhecimento nesta área.

A partir desse quadro, formularam-se as seguintes questões norteadoras de pesquisa:

- Como vem ocorrendo a construção do cuidado no PADA?

- Quais os significados e sentidos da ação de cuidar para os atores que operam o cuidado?

Trajetória metodológica

Este é um estudo qualitativo caracterizado como estudo de caso, com o objetivo de entender a construção do cuidado no PADA/IAPI por meio dos sentidos atribuídos ao cuidado enunciados em grupos de cuidadores. Estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que procura entender uma situação em sua totalidade, escolhida para se examinar acontecimentos contemporâneos, podendo incluir a observação direta e as entrevistas em profundidade. Com este tipo de estudo se descrevem momentos e significados rotineiros ou problemas na vida das pessoas e grupos. Desta forma, acontece em um espaço de multiplicidade de práticas, exigindo escuta dialética dos atores sociais. A compreensão participativa é produzida a partir de conversas e diálogos, quando existe a possibilidade de evidenciar mediações e contradições entre a parte e o todo, tornando esta compreensão progressiva, contínua e esclarecedora sobre os significados (DENZIN; LINCOLN *et al.*, 2006).

Os sujeitos do estudo foram os operadores de cuidados do PADA, compreendendo a equipe técnica do programa, cuidadores domiciliares – familiares ou pessoa contratada para prestar cuidados à pessoa acamada e alunos em estágio no programa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob o número 132.

Na realização da pesquisa foram utilizadas informações obtidas em grupos de cuidadores realizados na UBS, informações prestadas pela equipe de saúde e observação participante registrada em diário de campo nos domicílios cujos cuidadores participavam das atividades em grupo e se encontravam em situação de vulnerabilidade, além de documentos institucionais.

Para constituir os grupos, usamos os referenciais de Fernández (2001), que descreve experiências de grupos ou rede de iguais que operam com o suporte solidário, produzindo um espaço reconstitutivo da identidade e dignidade perdidas, da expressão das emoções no campo grupal como meio curativo e de efeitos terapêuticos.

A análise dos dados foi embasada na perspectiva construcionista, que entende a realidade como histórica e socialmente construída,

exigindo o exercício do pensamento e a compreensão dos discursos. A análise das práticas discursivas busca entender a produção dos sentidos elaborada por atores sociais para os acontecimentos cotidianos; ou seja, havia o desejo de saber como as pessoas significam as relações de cuidado.

Para Foucault (2000), o discurso é o local da articulação entre saber e poder. Para empreender a análise de um discurso, deve-se antes considerá-lo como um elemento constituinte de uma série; deve-se considerar e conhecer também a regularidade dos fenômenos, isto é, dos eventos que estão em curso durante a elaboração desse discurso e os limites de probabilidade de sua emergência. Para entender as práticas de cuidado, usamos os referenciais de Michel Foucault (2004) sobre o cuidado de si, elaborados no terceiro volume da *História da Sexualidade*, em que o autor trabalhou especificamente esse tema. Nesse projeto sobre o si mesmo, Foucault procurou responder a três questões sobre a conduta individual do ponto de vista da Genealogia e da Ética: a) a relação com o conhecimento de si; b) com a Política e c) com a Pedagogia.

O PADA

A maioria dos usuários atendidos pelo programa em 2006 foram idosos, do sexo feminino e na faixa etária dos 80 aos 89 anos – portanto, muito idosos. Mais da metade deles apresentava grau de incapacidade 5 (a pessoa está acamada, necessita de ajuda para realizar todas atividades de vida diária e apresenta incontinência habitual). A atividade básica de vida diária é entendida pela realização de ações como: atravessar um cômodo da casa, comer, deitar-se e levantar da cama, usar o vaso sanitário, vestir-se e despir-se e tomar banho (LIMA-COSTA *et al.*, 2003). Quase todos moravam no bairro de entorno da Unidade de Saúde.

As doenças mais comuns apresentadas por esses sujeitos foram as cardiovasculares, seguidas de doença de Alzheimer/demência, depressão e esquizofrenia, sendo que o sofrimento mental é a situação que mais causava estresse aos cuidadores. Quanto às intercorrências, dez usuários foram acometidos por úlcera de pressão e sete pessoas fizeram uso de sonda nasointestinal, sendo que somente uma delas necessitava de aspiração freqüente em traqueostomia.

Quanto ao perfil dos cuidadores, estes eram em sua maioria familiares, principalmente filhos(as) e companheiros(as). Havia também a participação de cuidadores contratados, vizinho, mãe e religiosas. Observou-se grande quantidade de cuidadores idosos e mulheres, situação que se sabe presente em todo o país e que sobrecarrega ainda mais o contingente feminino. As famílias, em sua maioria, eram multigeracionais, havendo somente uma idosa sem familiar para o cuidado, e alguns dos idosos moravam sozinhos.

Em 2006, foram atendidos 31 usuários, dos quais 13 foram a óbito (41%). Eles eram mais velhos que os atendidos no ano anterior e mais da metade apresentava grau de incapacidade 5, sendo muito vulneráveis, portanto. Aconteceram seis hospitalizações, representando 19%. Em dezembro de 2006, havia 39 usuários em atendimento, evidenciando um aumento de 100% no volume de atendimentos em relação ao ano de 2005. A letalidade, em 2006 (41%), foi menor que em 2005 (48%), sugerindo que as atividades da equipe tenham contribuído com este índice.

O grupo de cuidadores

Em maio de 2006, a equipe do PADA iniciou uma atividade em grupo para os cuidadores, a partir da constatação da necessidade de dar apoio a esses sujeitos. Foram realizados 13 encontros no ano de 2006, nos quais 29 cuidadores participaram, sendo a maioria mulheres, idosas e familiares.

As características das pessoas acamadas, a necessidade de reorganização familiar pelos contextos socioeconômicos da modernidade e de vida de cada família, e a situação de estresse dos cuidadores familiares, evidenciada nas visitas, indicavam a vulnerabilidade desses sujeitos, reforçando a percepção da equipe de saúde em propor um espaço aos familiares cuidadores. Este cenário impulsionou a adoção do trabalho em grupo como estratégia educativa e de cuidado.

Nos primeiros encontros foram discutidas coletivamente as características de funcionamento do grupo: a formação circular (as pessoas dispunham suas cadeiras espacialmente, formando um círculo), a expressão de sentimentos de fraternidade e solidariedade, a proposta e realização de técnicas, o estímulo à construção de redes sociais, a participação coletiva no intento de desnodoamento de

problemáticas, relatadas a partir de um enfoque individual e, por vezes, tratado pelo tensionamento de idéias ou jogo de forças.

No transcurso do processo grupal, os cuidadores constituíram um espaço, que se associou metaforicamente ao oráculo de Delfos, como lócus de acolhimento, de escuta, de suporte ao que sofre e ao exercício da arte de si mesmo. Para tanto, buscou-se inspiração em técnicas semelhantes às usadas pelos gregos: a prática do exame de consciência pela reflexão, pelo recordatório, pela palavra e pela abertura do coração, ou seja, tecnologias de si. O exame de consciência como tecnologia pertence a uma classe de exame interior onde a escuta de si, dos pensamentos próprios, tem como papel primordial o conhecimento do mal e do bem para tomar decisões (FOUCAULT, 1996).

O grupo possibilitou a problematização coletiva do processo de “cuidar do outro”. Desta maneira, eles procuraram entender o que se passava em suas vidas, realizando uma reflexão, passada e presente, inquirindo os sentimentos, a noção de dever, os nós e os pontos obscuros em relação ao cuidado. A discussão provocou o desnodoamento de alguns desses pontos e o emergir de estratégias de resistência e conhecimento de si. No grupo de cuidadores, a dialogicidade foi a ferramenta fundamental para as novas conformações das relações consigo e com o outro.

Para Foucault (2004, p. 402), a escuta de palavras pronunciadas em torno do sujeito tornam-se “sementes de virtude”. O autor recorre à carta 108 de Sêneca para explicar a germinação desta semente na natureza, comparando a semeadura com a escola de Filosofia, quando alguns lá estão como discípulos e outros como locatários. Os locatários somente prestam atenção aos ornamentos, à voz, à escolha de palavras e aos estilos, enquanto que os discípulos impregnar-se-iam quais imersos em uma perfumaria.

Esse processo da escuta das vozes do grupo não aconteceu prontamente; por diversas vezes houve alguma referência, por parte dos cuidadores, quanto à necessidade da escuta. Eles falavam todos e ao mesmo tempo – “parece mais enxame de abelhas”, uma cuidadora disse ao grupo, afirmando que gostaria de escutar a todos. Essa impressão foi similar à da pesquisadora, quando registrou: “ocorreram muitas conversas atravessadas”. Por outro lado, o diálogo, que exige reflexão sobre determinada temática, foi observado

quando os cuidadores trocavam idéias baixinho, quando um deles falava e os demais iam tecendo idéias e complementando, ou ainda questionamentos ou observações de uns aos outros, exigindo um tempo para formular a resposta.

Foucault (2004) utiliza o pensamento de Epicteto, quando este propõe, no processo de escuta, o primeiro estágio da ascese. O objetivo final dessa ascese da época helenística era “colocar-se da maneira mais explícita, mais forte, mais contínua e obstinada possível – como fim de sua própria existência” (p. 400). A ascese realizada nessa época e a prática de si teriam a função de assegurar o discurso verdadeiro, de modo diferente da ascese cristã, que seria uma espécie de renúncia a si mesmo para produzir o discurso verdadeiro. O autor esclarece que a diferença fundamental da ascese helenística e romana é de “encontrar a si mesmo em um movimento, cujo momento essencial não é a objetivação de si em um discurso verdadeiro, mas a subjetivação de um discurso verdadeiro em uma prática e em um exercício de si sobre si” (p. 401). O autor segue se referindo ao pensamento de Epicteto: escutar é tão difícil quanto falar; as verdades não podem ser transmitidas em estado nu, pela lógica e pelo ensino. É necessário, primeiro, a *lexis* que trata da maneira de dizer as coisas, utilizando-se de certa variedade e firmeza de termos para cativar. A segunda é a forma de falar para não realizá-la de modo inútil. Para tanto se exige uma técnica, uma arte como a arte de esculpir. Para se escutar exige-se competência e experiência, habilidade adquirida pela prática assídua.

Esse exercício de subjetivação pela escuta e pela fala pretende realizar a arte do cuidado. O processo vivenciado no grupo produziu intercessão de mundos pelas histórias relatadas, pelos diálogos travados, olhares de auxílio, sorrisos nervosos e lágrimas libertadoras. A articulação da escuta com as experiências trazidas para os encontros pelos cuidadores surgiu como oportunidade de cuidado, retomado diversas vezes pela equipe como o cuidado de si.

O cuidado de si

Os preceitos assumidos para a cura nos centros gregos dedicados a Apolo, como o existente em Delfos, foram perdendo paulatinamente o valor, na medida em que se transformaram as concepções

históricas de saúde/doença. Foucault menciona que algumas interpretações indicavam que esses preceitos continham uma espécie de regra, um alerta da finitude dos homens, não devendo estes afrontar suas forças com as da divindade.

A noção do cuidado de si traduzido pelo latim “*cura sui*” quer dizer “se tudo faço no interesse de minha pessoa é porque o interesse que deposito em minha pessoa tudo precede” (FOUCAULT, 2004, p. 26). Para os gregos, a “*epiméleia heautou*” representa o fato de ocupar-se consigo, de preocupar-se consigo. A noção délfica “*gnôthi seauton*”, que quer dizer conhece-te a ti mesmo, trazia inclusas três questões: a) ocupar-se consigo mesmo; b) o eu com quem é preciso ocupar-se e c) o cuidado de si devendo consistir no conhecimento de si.

Nos primeiros tempos da Filosofia grega, o “conhece-te a ti mesmo” buscou o cuidado de si como conhecimento e como conduta comunitária, portanto, política, para na época do cristianismo, alcançar uma função catártica, individual, fechada em si mesma.

Na época helenística romana, a prática de si tratava de formar os indivíduos, não para a atividade social ou para uma profissão, mas para que eles pudessem suportar infortúnios possíveis que pudessem atingi-los.

Retornando ao grupo de cuidadores de Porto Alegre, sabíamos que, como na Grécia, buscar o conhecimento de si exige força, atenção acurada e reflexão que se prolonga ao longo da existência humana. No período de um ano de realização do grupo de cuidadores, foi possível dar início à construção coletiva de técnicas para o cuidado de si. Estabelecemos uma estreita relação com os princípios délficos quando, enquanto equipe de saúde, solicitávamos aos cuidadores que procurassem se ocupar consigo mesmos, instigando-os ao cuidado de si por meio do conhecimento de si.

Para Foucault (1996, p. 48), o saber sobre si mesmo consiste em “[...] *aceptar este saber como un valor dado, sino en analizar estas llamadas ciencias como juegos de verdad específicos, relacionados con técnicas específicas que los hombres utilizan para entenderse a sí mismos*”. Para tanto, propõe um tipo de tecnologia denominada “tecnologia de si”. Esta tem como característica a utilização de operações sobre o corpo e a alma para realizar a transformação de si mesmo com a ajuda de outros. O

objetivo dessa transformação é a felicidade, o estado de pureza, sabedoria ou imortalidade.

A genealogia foucaultiana demonstra que o cuidado de si tratava da conversão de si mesmo como se cada um fosse seu próprio médico, da exigência de preparar-se para a vida, estando completa esta construção apenas no momento anterior à morte, conferindo valor à velhice pelo cultivo de si e pela aquisição de sabedoria. Para se chegar ao estado de felicidade, deveria o sujeito debruçar-se sobre a arte da existência até a completude, utilizando de técnicas como suporte ao seu intento, incluindo operações sobre o corpo e a alma, a dietética e o cuidado com o corpo.

A dietética como técnica de cuidado foi tratada, no grupo de cuidadores, a partir do foco nos cuidados dietéticos e técnicas de boa alimentação, exigindo dos presentes reflexão sobre o assunto. Esses cuidados teriam o poder de modificar o humor do acamado; uma cuidadora observou que o acamado “quando escuta o liquidificador, emburra”. A cuidadora sabia que o alimento que preparava tinha um efeito negativo e a nutricionista lhe pediu que pensasse sobre a apresentação da comida. Não seria demasiado ruim na velhice receber uma alimentação como aquela? Aquela apresentação liquefeita dos alimentos não seria revoltante? Como se destacaria o sabor de cada um dos alimentos? Os acamados encontravam-se em estado precário de nutrição; na época, sete deles utilizavam sonda nasoentérica, a maioria por desnutrição grave. Refletindo sobre o diálogo da equipe com as cuidadores, percebemos o quanto a equipe assume o papel de controle e normalização, em momentos como esse, ou seja, faz uma exigência, que sabemos nem sempre o cuidador domiciliar consegue recursos (materiais, físicos, emocionais) para cumprir.

Outra técnica de cuidado utilizada no processo grupal foi a escuta. Escuta apreendida como arte demonstra a virtude do aprendiz e a relação de hierarquia daquele que está abaixo do mestre, tendo que escutar o *logos*, nos diz Foucault. A escuta, os espaços intercessores que vingam das relações, o trabalho vivo em ato são descritos por Merhy (1997) como tecnologias leves e leve-duras. As tecnologias leves estão centradas no conhecimento e nas atitudes, “sabedorias, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidades” (MERHY,

1997, p. 125) e as leve-duras possuem uma estruturação como um conhecimento estruturado, a clínica, a norma.

Ayres (2006, p. 70-71) refere-se à busca pelo sucesso prático de uma ação de saúde pautada no diálogo que dá espaço para a fala do outro, que possibilita surgir novas referências para modelar e redimensionar o cuidado na presença da interação terapêutica como horizonte normativo respaldado pela dimensão existencial.

No processo grupal, a ferramenta da escuta foi exercida nas duas direções: a equipe ouvindo as queixas dos cuidadores e esses ouvindo as problematizações da equipe (e também as normas). As posições contraditórias, tanto da equipe quanto dos cuidadores familiares, atravessaram o grupo: o cuidado foi enunciado como um modelo de humanidade nas relações em saúde, gerador de autonomia e de liberdade; por outro lado, às vezes ele se apresentou como normatizador e calcado na noção de dever. Num dos encontros, a equipe de saúde procurou “colocar ordem” no discurso das pessoas, como querendo organizar a liberdade de expressão dos participantes, enquanto que em outro encontro o trabalho da equipe fora validado pelos cuidadores familiares “enquanto ajuda e estar ao lado deles”.

Foucault (2004) identificou, na Era Cristã, a noção de *metanóia* (obrigação de se arrepender) que inicialmente tinha valor negativo e mais tarde (século III) recebeu valor positivo, no sentido de renovação do sujeito por ele mesmo. O valor negativo da *metanóia* está associado ao sentido de pesar e de remorso que deveria ser banido do ser pela recusa do prazer, das coisas que não deveriam ser feitas para se evitar o arrependimento. Esses elementos estão presentes na tensão de si para com o outro no cotidiano dos cuidadores.

No discurso moralizado dos cuidadores, o cuidado de si negligenciado ou a renúncia de si para, numa conformidade, alcançar a salvação não tem importância, pois o cuidado do outro retroalimenta e produz satisfação e sentimento de dever cumprido. Esta ambiguidade que constitui a renúncia de si para aceder à salvação é comentada por Foucault (2004) como constituinte da ética e estética do cuidado. Aponta o autor para uma tarefa urgente nos dias atuais, que é justamente a constituição de uma ética do cuidado que, a seu ver, é “fundamental, politicamente indispensável, se for verdade que, afinal, não há outro ponto, primeiro e último, de resistência ao

poder político senão na relação de si para consigo”, ou seja, no seu autogoverno ou governamentalidade (FOUCAULT, 2004, p. 306).

A politicidade do cuidado

A politicidade do homem está na sua dialética, e é nesse movimento que se encontra terreno propício à construção da autonomia individual e coletiva e da cidadania. É pela mediação de interesses, negociação árdua de projetos, pelo modo de ser solidário ou de vir a ser político que se reelaboram ações de cuidado e se evidencia a politicidade do cuidar (PIRES, 2005a).

A mudança do modelo assistencial requerida pelos trabalhadores em saúde, concatenada pelas políticas públicas, vem tensionando as transformações necessárias ao novo paradigma de cuidar em saúde. Os atores em saúde têm buscado, desde a implantação do SUS, estratégias e ações que dêem conta da utopia do cuidado em saúde considerando a dimensão arte.

Ayres (2005), em reflexão sobre o cuidado e a atenção em saúde, traz à tona a crise de legitimidade que a práxis do cuidado tem enfrentado, quando na aplicação de tecnologias existe a decisão sobre o que pode e deve ser feito pelos profissionais de saúde àqueles a quem assistimos e a nós próprios num encantamento mútuo de poder. Pires (2005a) menciona que o cuidado humano tanto oprime quanto liberta e que sua institucionalização numa disputa de normatização de sujeitos prioriza a tutela em detrimento da autonomia dos sujeitos. Ayres (2006, p. 71) propõe, então, que no encontro terapêutico humanizado seja possível criar espaços de diálogo onde o

poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do Cuidado não um sujeito (profissional da saúde) e seu objeto (usuário ou comunidade), mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, dismorfias, disfunções, sofrimentos etc.).

Aqui se evidencia a tênue linha que conduz o fazer saúde nos dias de hoje e que se depara com uma instigante possibilidade de caminhos possíveis a serem percorridos. Para tanto, a responsabilidade em saúde deve assumir uma posição de estar-aí, junto ao outro como para atualizar o projeto de felicidade existencial dos sujeitos. A visão de responsabilidade expressa por Ayres (2006) acompanha

na sua compreensão um caráter de compartilhamento, assumindo relevância em diversos níveis, interrogando-se “acerca de por que, como e quanto se responsabilizam em relação aos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuidam”.

Estas perguntas permitiram repensar e reconstruir práticas de saúde num processo fundamental de dialogicidade, transcendendo a tecnicidade e buscando “a flexibilização e permeabilização dos horizontes normativos das práticas de saúde” (AYRES, 2006, p. 73 e 75). O autor traz um novo conceito para o campo da saúde, que é a Heteroxia ou o exercício de novas intervenções em saúde menos ortodoxas que envolvam a educação, a cultura, o bem-estar social, o meio ambiente, o trabalho, incluindo-se a participação política de indivíduos e comunidades.

Merhy (2006), na Pesquisa sobre a Atenção Domiciliar e a Micropolítica do Trabalho, reforça esta produção de cuidado em saúde pautado pelo trabalho vivo em ato, gerador de multiplicidades anti-hegemônicas, de compreensão da multiplicidade e do sofrimento humano na produção da cidadania.

O sofrimento do adoecer e do cuidar

O verbete *sofrimento* em dicionários de Filosofia é descrito como “uma vivência de ordem física, psíquica ou moral que sobrevém ao sujeito dotado de conhecimento, pelo que constitui uma experiência profunda da sua finitude e dependência”. Há neste conceito um caráter imanente de passividade que o distingue do “fazer” ou “agir”. (LOGOS, 1992, p. 1254-1257). Esta experiência leva o homem a sua maturidade interior.

Pero este valor no lo pose directamente, sino o la manera como aquél lo acepta y le sale al encuentro, de ahí que también pueda frustrar-se. Enseña al hombre en forma profundamente íntima que es un ser limitado y dependiente, que estamos obligados a prestarnos recíproca ayuda, que nos hemos de esperar nuestra felicidad en esta existencia terrena (BRUGGER, 1972, p. 494).

Para o Dicionário Teológico, sentimentos como perda, doença, violência, medo e fracasso compõem experiências de sofrimento. Refere-se à perda de posses, à violência pela relação desumana entre os homens, ambição de poder e ao medo pela culpa não perdoada (BAUER *et al.*, 2000, p. 415-416). E de acordo com a Antropologia,

o homem é um ser vulnerável, sendo a vulnerabilidade ontológica em sua constituição, pois ele não é um ser absoluto e auto-suficiente, mas sim “*um ser dependiente y limitado, radicalmente determinado por su finitud*” (ROSELLÓ, 1998, p. 245). Portanto, é no sofrimento que o cuidado aflora, em busca de minimizar as assimetrias das experiências e dando espaço ao surgimento de estratégias solidárias.

Roselló (1998) relata a existência de um intervalo abismal entre pessoas e objetos, e que o cuidado com o ser humano é mais complexo, rico e árduo, devendo a ação de cuidar adquirir a dimensão da realidade humana. Quer dizer, ainda, que cuidar de alguém não é privá-lo de sua liberdade, arrastá-lo à força; é caminhar com alguém, é cercá-lo, respeitando seu ritmo.

É nesta relação incômoda de vivenciar o sofrimento numa jornada de respeito àquele que é cuidado que surgem as contradições do cuidado, como evidenciado nas falas dos cuidadores tensionadas entre o cuidado de si e o cuidado do outro. Uma das cuidadoras, que gosta muito de ler, relata que o prazer pela leitura é abortado pelo “senta, levanta constante” ao responder às solicitações do familiar acamado. Outra diz da obrigação em “ter o coração grande”, ou ainda que a “mãe, apesar de tudo [das queixas, das lamúrias, das reclamações] tem o coração bom”. Eles falaram de cuidar do outro e não cuidar de si; de dar sem receber. Os enunciados estiveram atravessados por sentimentos antagônicos, o senso do dever e a busca da singularidade, um ir e vir a polaridades diferentes. Os sentimentos foram expressos de modo confuso, a negação do próprio discurso pelas contradições é evidente, o intento em realizar algo muitas vezes se frustra no caminho, o desejo é oprimido pelo dever, o horizonte parece fora do alcance, a obrigação de ser grande e generoso em doações, quando na verdade se é cativo e finito se não reabastecido.

Num dos encontros foram selecionadas pela equipe frases e palavras mencionadas pelos cuidadores, em grupos anteriores, que deveriam ser escolhidas pelos cuidadores e, após reflexão, serem descartadas ou guardadas. Pequenos cartões em número com as palavras ou frases foram distribuídos sobre uma mesa. Próximo a eles, foram colocados os recipientes: um pequeno baú que tinha a conotação do “baú de boas lembranças” ou recordações agradáveis e uma sacola sem alça que simbolicamente recebeu o nome de

“mala sem alça”. Esta expressão fora utilizada algumas vezes por uma cuidadora em outros momentos e nesse encontro teria o significado daquilo que não serve para carregar, difícil de suportar e que desejavam descartar. A palavra que simbolizava os aspectos valorizados, e que, portanto, seriam guardados, seria depositada no baú. A escolha das palavras pelos cuidadores foi baseada em justificativas pessoais e na opinião dos demais participantes.

As palavras escolhidas para serem colocadas no baú foram: vizinhos, preservar a vida, lembranças do passado, vontade de viver, sonho, esperança, escolhas, família, equipe de saúde, ajuda, participação, responsabilidade, valores, medo, reflexão, atenção, lazer, limites, peso, cuidar, compromisso. As palavras depositadas na “mala sem alça” foram: brigas, culpa, estresse, cansaço, reclamação, inversão de papéis, pânico, dor.

Algumas palavras foram alvo de muita discussão, até se chegar à decisão do grupo quanto ao descarte ou a guarda. Neste tensionamento, algumas palavras tiveram seu destino escolhido pela voz da maioria, mas se observou que o cuidador que escolheu a palavra por vezes não concordava com a decisão, mas se submetia ao que fora julgado. As palavras foram: asilo, sofrimento, chorar e teimosia.

Para alguns, o asilo seria uma possibilidade de cuidado para o parente querido e para si; já para outros uma “possibilidade horrível” um “último recurso” de cuidado. O sentimento de falta de coragem em proceder ao asilamento do acamado expresso por uma cuidadora foi reforçado pela decisão do grupo em descartar essa palavra na mala. Esses cuidadores estão fortemente imbuídos de sentimento de dever e obrigatoriedade do cuidado em relação ao familiar.

O sofrimento foi tratado como sentimento de não-aceitação de uma realidade (“não aceito como meu pai está, isso é um sofrimento”, o cuidado ao outro deve ser uma opção). Mas também como propulsor de uma reconstrução de si (“eu estou mudando”). Esses diálogos disseram da dificuldade em colocar o sofrimento na mala até que isto foi realizado, ou seja, pareceu-nos que é mais fácil para eles aceitarem a dor, a limitação e a sujeição do que a autonomia. A vontade de chorar foi relativizada, na afirmação de que se chora por coisas boas e ruins. A dúvida “não sei se guardo ou jogo fora” foi resolvida quando concluíram “que chorar faz bem, então guar-

dar é melhor”. A teimosia foi relatada como portadora de aspectos bons e ruins. Para uma cuidadora familiar, conviver com ela é ruim, enquanto para outro, a teimosia tem sua positividade “no caso do serviço público, se vence pela teimosia”. Iniciou-se uma discussão e reflexão: “teimosia e persistência é a mesma coisa?” O cuidador que trouxe a positividade da palavra teimosia disse: “Faz parte...”.

Assim, as palavras asilo e sofrimento foram para a mala. A vontade de chorar e a teimosia, para o baú. O tensionamento e o jogo de forças foram a estratégia utilizada pelos cuidadores para a decisão sobre o destino das palavras, embora, como no cotidiano dessas pessoas, a vontade coletiva – mesmo quando representando a moral tradicional, a norma, a noção de dever – sobrepos-se à vontade individual.

Considerações finais

O grupo de cuidadores possibilitou a problematização coletiva do processo de cuidar do outro, vislumbrar possibilidades de cuidar de si mesmo, tornando-se um espaço de acolhimento e escuta qualificada. Os projetos de felicidade foram tensionados pela politicidade do cuidado, produzindo transformações necessárias à reconstrução de relações pautadas pela dialogicidade.

É na relação de atenção às pessoas e coletividades que passam pelo sofrimento que se vêm estabelecendo estratégias da rede básica de saúde. Estratégias que consideram a qualidade do relacionamento paciente – cuidador – família, havendo atitudes cuidadoras quando se trabalha sentimentos como a dor, a negação, a raiva, a culpa, o medo, aflorando a solidariedade e um papel social verdadeiro de respeito ao outro, tolerância e esperança.

O homem, como ser político e mediador de interesses, tem demonstrado atitudes de cuidado e solidariedade, propiciando terreno para a construção de um novo paradigma de cuidar em saúde, embora ainda haja muito por fazer.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERNÁNDEZ, A. M. *El campo grupal: notas para una genealogía*. 9. ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 2001.

FOUCAULT, Michel. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2000.

_____. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. 3. ed. Barcelona: Paidós Ibérica, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2000: características da população e dos domicílios: resultados do universo*. Rio de Janeiro, 2000.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio/jun. 2003.

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. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 117-160.

SOFRIMENTO. In: *LOGOS: enciclopédia luso-brasileira de filosofia*. Lisboa: Verbo, 1992. v. 4, p. 1254-1257.

SOFRIMENTO. In: BRUGGER, Walter. *Diccionario de filosofia*. Barcelona: Herder, 1972. p. 494.

SOFRIMENTO. In: BAUER, J. B.; MARBÖK, J.; WOSCHITZ, K. M. *Dicionário bíblico-teológico*. São Paulo: Loyola, 2000. p. 415-416.

ROSELLÓ, Francesco T. *Antropologia del cuidar*. Madrid: Mapfre, 1998.

Residência integrada em saúde: uma das alternativas para alcançar a integralidade de atenção em saúde

AGNES OLSCHOWSKY¹

SILVIA REGINA FERREIRA²

Introdução

O modelo de atenção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), originário da Reforma Sanitária Brasileira, movimento de resistência ao complexo médico-industrial e ao modelo de formação hospitalocêntrica, baseado na especialização e fragmentação do conhecimento e na visão da doença como fenômeno estritamente biológico (BRASIL, 2006).

O SUS propôs a adoção de um conceito ampliado de saúde, que considera as condições de vida das pessoas, ultrapassando a simples realização de procedimentos curativos, que visam ao tratamento de doenças do corpo biológico. Tal sistema buscou imprimir uma visão ampliada às questões da saúde. No entanto, embora tenha sido legalizado há quase 20 anos, os profissionais continuavam tendo um currículo organizado de acordo com a lógica do modelo clínico tradicional, hegemônico na área da saúde, valorizando exclusivamente os aspectos biológicos das doenças e os procedimentos curativos.

Neste sentido, o Ministério da Saúde estimulou a criação da Residência Integrada em Saúde (RIS) que tem como finalidade especializar

¹Professora Adjunta na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Endereço eletrônico: agnes@enf.ufrgs.br.

² Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Professora do Centro Universitário Metodista do Sul. Enfermeira do Grupo Hospitalar Conceição. Endereço eletrônico: silviarferreira@ibest.com.br

profissionais da saúde para atuarem, imbuídos pelos princípios do SUS, trabalhando em equipe interdisciplinar, buscando novas alternativas para o trabalho e objetivando uma atenção integral em saúde.

As informações e reflexões aqui apresentadas originaram-se de uma investigação acadêmica, vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que tem como temática a Residência Integrada em Saúde. Ao falarmos em “residência integrada”, buscamos estabelecer integração entre trabalho e educação, entre as diferentes áreas de conhecimento, entre as diferentes profissões, entre o ensino, serviço e gestão. Essa formação busca possibilitar ao aluno, aprender a pensar criticamente, desenvolvendo a capacidade de reconhecer e resolver seus problemas, preparando-o para uma ação transformadora no cotidiano do trabalho e na sociedade (CECCIM; FERLA, 2003).

A pesquisa ocorreu junto a RIS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), uma instituição de saúde localizada na cidade de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. O GHC é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde e, desde 2003, atende exclusivamente usuários pelo SUS. A RIS do GHC integra três áreas de ênfases: Saúde Mental, Intensivismo e Saúde da Família e Comunidade.

Percebemos a RIS do GHC como um programa que tem beneficiado esse serviço, pois sua implantação intensificou as atividades de ensino junto aos trabalhadores, proporcionando-lhes cursos de pesquisa e debates sobre as propostas dessa formação, mobilizando os profissionais para melhorar seu desempenho no trabalho, caracterizando-se como um fator positivo na atenção em saúde desse local.

A convivência dos trabalhadores com os residentes também se reveste na construção de novos conhecimentos, não somente para o aluno, mas a todos os envolvidos nesse processo de ensino-aprendizagem. Os alunos lançam um novo olhar sobre as práticas assistenciais, muitas vezes cristalizadas e naturalizadas, levando esses trabalhadores a refletir e a problematizar o seu processo de trabalho nos serviços de saúde. No entanto, constatamos, também, dificuldades na implementação da RIS, no GHC, devido à falta de familiarização de parte de alguns dos atores com o referencial teórico, que aborda as diretrizes da RIS e do próprio SUS, e à surpresa

causada aos trabalhadores por essa nova atividade, levando-os a se sentirem despreparados e explorados em suas funções.

Neste capítulo, pretendemos divulgar as concepções da Residência Integrada em Saúde (RIS), uma modalidade de ensino em serviço que pode ser considerada uma das alternativas para especializar profissionais da área da saúde, contribuindo na construção de novos saberes e fazeres que permitam uma atenção mais humanizada e integral à saúde da população por meio do trabalho interdisciplinar. Nessa perspectiva, a RIS pode ser considerada um modelo inovador de ensino em serviço, pois almeja ultrapassar a visão reducionista de saúde direcionada ao cuidado biológico individual e descontextualizada de sua produção social, cultural e histórica.

Trata-se de uma pesquisa analítica, descritiva, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, a qual busca retratar a realidade e enfatiza a interpretação para uma apreensão e compreensão mais completa de um determinado fenômeno (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Utilizamos, também, alguns pressupostos da Avaliação de Quarta Geração proposta por Guba e Lincoln (1989) para a coleta das informações. O grupo de interesse, escolhido para participar deste estudo foi o de residentes da ênfase em intensivismo da RIS do GHC, que estavam vinculados a este programa no período da coleta de dados, totalizando 12 participantes.

A coleta de informações aconteceu no período de outubro a dezembro de 2006 e, primeiramente, apresentamos a proposta da pesquisa aos residentes. Na sequência, partimos para a implementação do Círculo Hermenêutico Dialético, convidando o primeiro entrevistado (E1) para responder à questão norteadora. O Círculo Hermenêutico Dialético é utilizado na Avaliação de Quarta Geração como um caminho para alcançar o caráter construtivista e participativo.

Assim, os assuntos, referidos na entrevista de E1, deram subsídios para a realização da primeira construção (C1). As questões da C1, que não apareceram espontaneamente na segunda entrevista (E2), foram introduzidas em forma de pergunta para E1, gerando a segunda construção (C2). Na entrevista com o terceiro entrevistado (E3), novamente, as questões da C2, que não apareceram espontaneamente na fala desse entrevistado, foram introduzidas em forma de pergunta, gerando a terceira construção (C3) e, assim sucessivamente, até fechar

o círculo entre os participantes. Finalizamos a coleta de informação, realizando a reunião de negociação, na qual os entrevistados conheceram o resultado do Círculo Hermenêutico Dialético e tiveram oportunidade de retificar e ratificar as informações fornecidas.

A análise dos dados ocorreu concomitantemente à coleta, originando uma pré-análise e identificando eixos temáticos discutidos na negociação. Para a análise final, utilizamos os passos propostos por Minayo (2004): ordenamento, classificação e análise final. A pesquisa seguiu as orientações da Resolução nº 196/96, tendo parecer favorável número CEP/GHC:133/06; FR: 107065.

A residência integrada em saúde e a integralidade da atenção em saúde

A partir do século XIX, o conhecimento científico passou a organizar o fazer em saúde, centrando-se no tratamento de patologias dentro das instituições hospitalares, consolidando-se como o modelo hegemônico de assistência em saúde. Seguindo esse modelo, os profissionais da saúde têm sido submetidos a uma formação fragmentada e direcionada à abordagem curativa do corpo biológico, levando-os a tratar as pessoas como objetos, desconsiderando a história de vida e os modos de andar a vida das pessoas que são, por eles, assistidos (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2005).

Essa lógica de assistência à doença e a fragmentação do ensino em diferentes disciplinas da graduação, associadas à crescente especialização da área da saúde, têm dificultado a implementação do SUS. Pois, ao contrário do modelo clínico, o SUS está construído sob o conceito ampliado de saúde, o qual preconiza a integralidade na atenção em saúde. Por esse motivo, a Residência Integrada em Saúde é uma das alternativas para especializar profissionais da área da saúde, contribuindo na construção de novos saberes e fazeres que permitam uma atenção mais humanizada e integral à saúde da população por meio do trabalho interdisciplinar.

Nessa perspectiva, a RIS pode ser considerada um modelo inovador de ensino em serviço, pois almeja ultrapassar a visão reducionista de saúde, direcionada ao cuidado biológico individual e descontextualizada de sua produção social, cultural e histórica. Essa modalidade de ensino propõe-se a mobilizar a produção de

conhecimento que surge da necessidade da população atendida pelo SUS (BRASIL, 2003).

No estudo, os residentes, ao falarem sobre a RIS, estabelecem uma teorização, relacionando essa formação com integração entre diferentes profissões, áreas do conhecimento, entre o ensino e o serviço.

Eu acho que é integrar tudo, acho que é integrar o serviço, integrar os múltiplos profissionais [...]. Assim: integrar médico, enfermeiro, o técnico, fisioterapeuta, mas integrar serviços também (E8).

A RIS pode ser definida como uma modalidade de residência de caráter multiprofissional e interdisciplinar, que tem como objetivo especializar diversas profissões da área da saúde para trabalhar no SUS (BRASIL, 2003; CECCIM; FERLA, 2003). Nesse sentido, associando essa concepção aos referenciais teóricos, que orientam essa modalidade de ensino, identificamos que, na prática, a RIS/GHC tem cumprindo, em algum grau, sua proposta de formação de trabalhadores com um perfil adequado para o SUS, conforme apontado nas falas que seguem:

O importante, na residência, é que a gente tenha interação com os outros [...]. É boa essa integração. A gente troca idéias e a gente ganha bastante conhecimento (E5).

Na vida acadêmica, a gente não aprende a ser enfermeira, a gente aprende um pouco de tudo. Mas, o que tu realmente faz, a gente não tem muita noção. [...] Então olhar o paciente, o cliente, ter aquela visão holística. Ver ele como um todo. Porque tu não deve se apegar só à patologia, só aos cuidados, mas a todas as partes. Ver o que ele precisa, quais os cuidados psicológicos, quais os cuidados sociais. Na residência, tu aprendes o que cada um pode fazer no cuidado daquele paciente e com a família daquele paciente. (E6).

Nessas concepções, a RIS é visualizada por meio de uma comparação entre a formação da graduação, cujas atividades acadêmicas foram influenciadas pelo modelo científico da clínica tradicional, que fragmenta a atuação em saúde, salientando a necessidade de um cuidado que vá além do curativo, relacionando essa abordagem ao ensino da residência. Essa reflexão vem ao encontro de Barros (2005), quando infere sobre a formação universitária de trabalhadores para a área da saúde, apontando que os cursos de graduação têm sido desvinculados e descomprometidos com a

realidade social, não produzindo saberes que revelem ou transformem as práticas de saúde e, por esse motivo, afirma que as atividades de ensino devem ser reformuladas.

Não se trata de abandonar o conhecimento, relacionado às doenças, metodologias diagnósticas e atividades curativas, pois esse tem gerado benefícios à população, o que pode ser comprovado pelo aumento da expectativa de vida das pessoas nas últimas décadas. Chamamos atenção para a reprodução das idéias hegemônicas na formação em saúde, sendo reducionista pensar o ensino da RIS com uma única concepção de saúde, fornecendo, ao aluno, uma visão linear de causa e efeito sem considerar as subjetividades no processo de adoecimento e promoção da saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004) referem que a formação não pode tomar, como referência, apenas a busca eficiente do diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influenciar na formulação de políticas de saúde.

Entendemos o ensino como espaço para acesso a diferentes conhecimentos e ressaltamos que deve constituir-se na reflexão e no questionamento, articulando teoria e prática e confrontando ideologias, sendo esse um dos desafios da RIS. A RIS é definida como “[...] *Residência Integrada em Saúde, é tu ver o paciente como um todo. É tu ver não apenas uma patologia, mas sim como um todo*”. (E11).

A expressão “**ver o paciente como um todo**”, provavelmente, tenha relação com a principal diretriz do SUS, que é a de manter “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, art. 198, parágrafo II).

Freqüentemente, essa diretriz tem sido expressa pelo termo **integralidade**. Enfatizamos, porém, que essa palavra não corresponde apenas à diretriz do SUS. Ela é uma “bandeira de luta”, uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características desse sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, pois se relaciona a

um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001). E, nesse sentido, a RIS, enquanto processo de educação, assume um compromisso na formação em saúde, na qual busca uma transformação que proponha a ruptura com processos de ensino limitantes e acríticos ao contexto social. No entanto, atingir a integralidade, na atenção em saúde, não é tarefa fácil, pois um indivíduo isolado, ou determinada profissão, não daria conta das demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem (CAMARGO JR., 2003; CECCIM, 2005).

Visando a formar um profissional que tente garantir a integralidade da atenção em saúde, a RIS propõe-se a especializar os profissionais das diferentes categorias mediante o contato multiprofissional. A proposta da RIS é “*formar um profissional capacitado para atuar numa equipe multiprofissional*” (E3), isso porque a multiprofissionalidade é, sem dúvida, uma das vias a ser perseguida para a efetiva prática da integralidade (BARROS, 2005).

Por multiprofissionalidade, entendemos a atuação conjunta de várias categorias profissionais, enquanto o termo interdisciplinaridade diz respeito à produção de conhecimento, originada da integração de várias disciplinas e áreas do conhecimento (PIAGET, 1973; PEDUZZI, 1998).

A RIS do GHC é um programa de formação multiprofissional porque se constitui a partir de sete categorias profissionais da área da saúde e de três áreas de ênfases. Do mesmo modo, pretende favorecer a criação de novos conhecimentos que se imponham pela troca sistemática e contínua entre os diferentes saberes, isto é, a RIS pretende estimular o exercício da interdisciplinaridade (BRASIL, 2003). Além do contato multiprofissional, é necessária a prática da interdisciplinaridade no cuidado em saúde, pois a “integralidade da atenção é, também, resultante do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde” (CECCIM e FERLA, 2003, p. 223).

Não adianta ter várias profissões se cada um fizer apenas a sua parte [...] cada um quer fazer o melhor, mas esquecem de se comunicar. (E4).

A RIS é entendida como uma formação para além do aperfeiçoamento técnico, mas como uma ação política, na qual os atores devem desenvolver a capacidade de trocar diferentes olhares à pro-

moção da saúde, encarando limites e considerando o homem e as relações da vida social.

Desde o primeiro projeto da RIS do GHC, está explicitado que essa modalidade de ensino pretende estimular o diálogo entre as diferentes áreas de conhecimento. Em busca do rompimento com o **“especialismo”** dos saberes e com a hegemonia da tecnociência para apreensão do real e construção de novas práticas na atenção à saúde, a RIS vem estimulando não apenas a integração entre as profissões, mas também entre as três áreas de ênfases: Saúde Mental, Saúde da Família e Comunidade e Intensivismo, buscando implementar o trabalho em rede como estratégia para alcançar um cuidado integral aos usuários do SUS.

Por meio dessa integração, os profissionais tendem a desenvolver cultura de trabalho coletivo e, assim, podem empreender movimentos de transformação no distanciamento existentes entre os diferentes serviços de saúde. A residência tem apontado, entre seus objetivos, romper com o especialismo das profissões.

Eu acho que, em primeiro lugar, acabar com a especificidade, tu não vai ser especializado em uma coisa só. Tu vai ter uma idéia geral do trabalho em equipe, da função de todas as áreas. (E10).

Multidisciplinaridade seria as várias profissões cuidando do paciente [...] interdisciplinaridade é um comentar com o outro, um profissional trocar idéia com o outro sobre determinado paciente [...] porque cada um vê de uma forma, de um certo ponto e na interdisciplinaridade tu tem a mistura disso tudo. (E5).

Sobre essa questão, existe uma concepção da área médica que afirma que o objetivo desse programa é formar um profissional multifunção, que faria precariamente o serviço médico, aumentando a disponibilidade de mão-de-obra, diminuindo a remuneração e a contratação desses profissionais.

A proposta da RIS não é terminar com as especificidades das profissões. Essa idéia é um **“mito”** criado pelos residentes-médicos, espalhando esse **“boato”** com interesses corporativistas e pelo desconhecimento da proposta do programa. Entendemos que esse movimento se iniciou porque a medicina não possuía regulamentação sobre sua atividade profissional e, ao tentar fazê-la, movimento conhecido como Ato Médico, ela acrescentou atividades que têm

sido exercidas por outras profissões, como exclusividade do seu exercício profissional, o que pode ser verificado na Resolução CFM nº 1.627/2001 (BRASIL, 2001).

No modelo Clínico Tradicional, hegemônico na área da saúde, o médico possui um poder técnico-científico pela posse dos conhecimentos centrais sobre os tratamentos de doenças (CARAPINHEIRO, 1991), impondo-se na supervisão sobre as demais profissões da área da saúde, adotando postura contrária às mudanças, utilizando técnicas de manutenção e preservação da subordinação das demais profissões (CECCIM, 2005).

Ressaltamos que a proposta da RIS não é extinguir os núcleos de conhecimentos das diferentes profissões da saúde, mas flexibilizar esses núcleos de saberes para proporcionar a construção de novos saberes e de novas alternativas de atenção à saúde que satisfaçam às necessidades da população, possibilitando um leque de intervenções mais integral e criativo, não restrito ao olhar das doenças.

Nessa perspectiva de formação, objetiva-se que o profissional tenha a clínica como um dos instrumentos de ação que deve ser associado aos fatores políticos, econômicos, sociais, espirituais e culturais que condicionam as ações em saúde. Todas as profissões da área da saúde possuem uma parcela importante de conhecimento a ser compartilhada com os demais membros da equipe para atingir a integralidade da atenção preconizada pelo SUS, tornando-se necessário estabelecer novas **“práticas criativas e inventivas, capazes de se deparar com o espaço liso da perda de domínios e das referências fortemente instituídas, para normalizar com sensibilidade e responsabilidade pela prestação de curas, cuidados e escutas”** (CECCIM, 2005, p. 269).

Cada profissão tem uma determinada formação que a habilita para realizar um determinado ofício e, segundo Peduzzi (2001), os profissionais da saúde expressam necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho, preservando as especificidades de cada trabalho especializado, ou seja, querem realizar atividades comuns e manter intervenções próprias de suas respectivas áreas profissionais. Esse pressuposto teórico aparece na defesa da interdisciplinaridade pelos residentes, mas alguns reivindicam que a integração ocorra de modo limitado, pois temem a formação de um profissional **“multifunção”**.

Eu não quero interferir na profissão de ninguém e nem quero que ninguém fique interferindo na minha. Mas a gente trocar idéias e poder estar trabalhando em equipe, em prol do paciente [...] podendo trocar conhecimentos. Cada um podendo dar contribuição na sua área é muito importante. (E4).

Para mim integração é quando tu consegue ter uma troca. Diversos profissionais vendo o mesmo paciente sobre olhares diferentes, sob conhecimentos diferentes e trocando esses conhecimentos. [...] Não que tu vá interferir no trabalho dele, mas tu pode saber onde ele pode atuar e onde ele pode te ajudar. (E3).

Transparece a dificuldade que os profissionais têm de compartilhar seus conhecimentos, associada ao compromisso ético, político e técnico do trabalho em saúde cuja formação vai implicar aprendizado técnico relacionado ao lidar com pessoas, suas subjetividades e às várias lógicas da saúde. Essa dificuldade de integração entre os diversos atores, em diferentes momentos do trabalho em saúde e na RIS, é identificada como espaço de luta. É preciso entender a RIS e a integralidade como singulares, com limites e potência para transformação. Ceccim (2005) colabora com essa reflexão, ao ressaltar a necessidade de valorização da multiprofissionalidade nos processos educacionais para deslocar o eixo da atenção “*corporativo-centrado*” para o eixo “*usuário-centrado*”, pois a multiprofissionalidade é uma imposição social.

Entendemos que a interdisciplinaridade não está dada, devendo ser construída no cotidiano do trabalho em saúde e nos cursos de formação profissional. É necessário entender que a RIS não é igual para todos: cada área de ênfase, cada campo de ação possui sua especificidade, o que deve ser entendido e avaliado no momento de planejar as atividades dessa formação.

Diante do exposto, fica evidente que a proposta da RIS é “formar um profissional capacitado para atuar numa equipe multiprofissional” (E3), entendida como uma formação para além do aperfeiçoamento técnico, isto é, como uma ação política. Não pretende extinguir os núcleos de conhecimentos das diferentes profissões da saúde, mas flexibilizar para proporcionar a construção de novos saberes e de novas alternativas de atenção à saúde que satisfaçam as necessidades da população, possibilitando um leque de intervenções mais integral e criativo, não restrito ao olhar das doenças.

Os processos de produção de doença se fazem numa rede de relações que, permeadas como são por assimetrias de saberes e de poderes por lógicas de fragmentação entre saberes/práticas, requebrem atenção inclusiva para multiplicidade de condicionantes de saúde que não cabem mais na redução do binômio queixa-conduta. Envolver-se com o campo da produção do cuidado em saúde nos “lança” irremediavelmente no campo da complexidade das relações (HECKERT; NEVES, 2007, p. 145).

Considerações finais

Esta investigação sobre a RIS envolveu o grupo de interesse composto pelos residentes da área de ênfase em intensivismo da RIS/GHC, na qual tiveram oportunidade de refletir sobre essa formação, confrontando as diferentes opiniões a respeito dos temas abordados. Tal movimento buscou estimular a curiosidade dos residentes e o confronto de ideologias, constituindo um dos desafios, visto que a proposta dessa modalidade de residência visa a formar um profissional crítico que saiba avaliar a realidade e implementar as mudanças necessárias para a consolidação do SUS.

Os resultados apontaram que a RIS é uma residência de caráter multiprofissional, diversa das outras, por buscar a integração de diferentes áreas de conhecimento, objetivando a construção de projetos assistenciais coletivos que visem à integralidade de atenção em saúde. Nessa formação, os residentes têm a possibilidade de ampliar sua visão de saúde, exercitando as atividades específicas de sua profissão e, simultaneamente, experimentando uma formação em equipe que tenta provocar a superação dos saberes indetificados rígidos mediante a vivência interdisciplinar e intersetorial.

Na RIS, há diferentes núcleos e campos profissionais com seus conhecimentos específicos que devem ser preservados, mas diálogo, co-participação e fluidez entre as áreas são estratégias fundamentais no fortalecimento dessa formação. Integrar os profissionais e os setores da saúde é uma condição básica para a construção de projetos terapêuticos da integralidade, pois um único profissional ou apenas um determinado serviço da rede de atenção não daria conta dessa tarefa. Porém, propiciar essa integração não é papel exclusivo da RIS. É, igualmente, função das instituições de

ensino, dos serviços de saúde, dos profissionais, dos gestores e da população por meio de controle social.

É preciso entender essa formação como um espaço contraditório, político e que transmite modelos sociais, sendo influenciada e influenciando a realidade desse ensino e de seus atores. A RIS ocorre com conflitos, dificuldades, que devem ser aproveitados para sua transformação e construção.

Sendo assim, consideramos a RIS uma das alternativas de mudanças necessárias na formação, na qual os profissionais da saúde desenvolvam um perfil mais flexível ao trabalho interdisciplinar e sensível à necessidade de saúde da população. Defendemos a idéia de que, simultaneamente à criação da RIS, é indispensável a transformação dos serviços de saúde e dos cursos de graduação por meio da educação permanente, induzindo os profissionais a problematizarem a realidade dos serviços de saúde e seus processos de trabalho, adotando uma postura crítica e comprometida com os usuários do SUS.

Referências

- BARROS, Maria E. B. Desafios éticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e interdisciplinaridade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 131-52.
- BRASIL. Senado Federal. *Constituição Federal do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília-DF, 10 out. 1996.
- _____. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.627/2001, de 23 de outubro de 2001. Manaus. 2001.
- _____. Grupo Hospitalar Conceição. *Projeto da residência integrada em saúde*. versão enviada ao Ministério da Saúde. Porto Alegre, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2006. Série B. Textos Básicos de Saúde.
- CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 39-64.
- CARAPINHEIRO, Graça M. G. S. Poder médico e poder administrativo no cotidiano hospitalar. Coimbra. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 33, 1991.
- CECCIM, Ricardo B. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. (org.). *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 37-51.
- _____. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 259-78.
- CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Residência integrada em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 211-24.
- CECCIM Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.
- GUBA, Egon G.; LICONLN, Yvonna S. *Effective evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1989.
- HECKERT, Ana L. NEVES, Cláudia A. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz competência de produção coletiva. In: PINHEIRO, R.; BARROS, Maria E. B.; MATTOS, R. A. (org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007. p. 145-160.
- KOIFMAN, Lillian; SAIPPA-OLIVEIRA, Gilson. Produção de conhecimento. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 111-30.
- LÜDKE, Mega; ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.
- MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- PEDUZZI, Marina. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998. 254f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, 1998.
- _____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-09, fev. 2001.
- PIAGET, Jean. *Problemas gerais da investigação interdisciplinar e mecanismos comuns*. Amadora: Bertrand, 1973 (Coleção Ciências Sociais e Humanas, v. 8).

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Pressupostos teórico-conceituais, diversidade das formas de pesquisar e trajetória de operacionalização – experiências, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (orgs). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 13-33.

O valor da escuta como cuidado na assistência ao parto¹

ANA VERÔNICA RODRIGUES²

Dentre os inúmeros temas, questões, problemas teóricos e técnicos afeitos ao universo das relações sociais, estudados pelas ciências designadas genericamente por Humanidades, o tema da relação interpessoal na situação específica de prestação de cuidados de saúde recoloca-se no contexto da produção teórica e crítica dos discursos e práticas de saúde em uso na contemporaneidade. A dimensão intersubjetiva das interações entre os sujeitos implicados nas práticas de cuidados de saúde vem alcançando expressivo desenvolvimento em estudos recentes, pois a ela se atribui influência considerável na qualidade dos serviços prestados.

Vale notar, ainda, que se considerarmos as prerrogativas do conjunto de procedimentos, rotinas e condutas que tradicionalmente orientam os atos, médicos e não-médicos, usuais nos serviços de saúde, observamos que o tema das relações interpessoais, quando não ignorado, foi historicamente deslocado para um lugar marginal no contexto das práticas de saúde.

Caprara e Franco (1999) chamam a atenção para a promissora possibilidade de se repensar tal interação no campo dos estudos que

¹ Trabalho baseado em Tese de Doutorado em Saúde Pública, intitulada *O suporte à parturiente: a dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto*. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2004.

² Psicóloga, Especialização em Psicanálise, Doutora em Saúde Pública. Docente no curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Adventista de São Paulo, UNASP. Endereço eletrônico: anavero@usp.br

vêm sendo desenvolvidos na antropologia médica, na tradição da filosofia hermenêutica e das abordagens comunicacionais. A reflexão sobre a humanização da medicina, mencionada pelos autores conduz ao reconhecimento da dimensão da sensibilidade na comunicação com o paciente, considerando-o em sua inteireza física, psíquica e social, e não apenas como uma entidade biológica. Assinalam ainda os autores ser este um novo desafio, cujo enfrentamento engendraria novas práticas.

Em breve retrospecto, os autores relatam as contribuições a partir das reflexões, na década de 1950, do médico e filósofo Karl Jaspers, que enfatizou a recuperação dos aspectos subjetivos da comunicação entre o médico e o paciente, negligenciados pela medicina voltada para a instrumentação técnica e objetividade dos dados. Dos anos 1960 até as décadas de 1980-1990, a discussão sobre o tema foi ampliada pelos estudos da psicologia médica e da psicanálise, incluindo o trabalho dos grupos Balint; os estudos na área da sociologia da saúde, nos quais emergem as questões da qualidade da assistência, incorporando as opiniões do paciente sobre a atenção recebida, e a defesa dos direitos do paciente-consumidor; os estudos na perspectiva antropológica, analisando a influência das interpretações e opiniões, crenças, valores e práticas culturais dos pacientes e familiares sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento prescritos. Nos estudos atuais, os autores destacam aspectos como: a personalização da assistência; a humanização do atendimento; o direito à informação; o grau de satisfação do usuário dos serviços de saúde; o sofrimento do paciente e a finalidade da biomedicina; o aconselhamento (*counselling*); o consentimento informado.

Não é demais fazer notar que, na visão de Caprara e Franco (1999), o tema, na atualidade, tem sido focalizado como elemento decisivo para uma melhor qualificação do serviço de saúde.

Em seu ensaio, Ayres (2004) nos convida a pensar em uma perspectiva ético-político-filosófica sobre as práticas de saúde correntes que, na visão do autor, não têm sido responsivas aos desafios colocados pelas demandas de saúde da população nos dias de hoje, embora tenham desenvolvido historicamente notável padrão científico e tecnológico. Em sua reflexão, o autor situa como resposta a essas limitações a difusão de propostas que constroem e/ou recons-

troem caminhos para as práticas de saúde no país. As perspectivas da integralidade, promoção de saúde, humanização, entre outras, encontram-se nesse campo.

No âmbito do conhecimento das ciências humanas, os desenvolvimentos da Psicologia e da Psicanálise têm contribuído largamente para o aprofundamento, compreensão e consciência da complexidade do universo relacional entre sujeitos. Universo este que remete às noções de subjetividade e de seus correlatos como intersubjetividade, sujeito, indivíduo, pessoa. Nesse sentido, autores como Winnicott e Balint destacaram-se, entre outros pontos, pelo estreitamento do diálogo de suas elaborações teóricas e técnicas com outros saberes influenciando, de modo renovador, as práticas de saúde, notadamente aquelas vinculadas à clínica médica e pediátrica (MISSENARD, 1994 ; WINNICOTT, 1994).

Segundo Roudinesco (1998, p. 784), os conceitos centrais de Winnicott, a partir de 1945, integram um “sistema de pensamento fundado na noção de relação”. As noções de mutualidade, *holding*, são consideradas eixos importantes para a instauração de práticas de saúde referenciadas na dimensão relacional. Seus aportes na abordagem da interação humana vêm se constituindo em referência orientadora para o acolhimento e suporte oferecidos aos usuários dos serviços de saúde (O'DONNELL, 1995).

Outra abordagem da dimensão relacional nas práticas de saúde está presente nas discussões das questões pertinentes à relação médico-paciente nos seminários semanais com um grupo de médicos clínicos generalistas (médicos de família) que Michael Balint desenvolveu, a partir dos anos 1950, na *Tavistock Clinic*. Esses seminários tinham como eixo a investigação dos efeitos dos sentimentos recíprocos desta parilha na dinâmica do seguimento clínico. Um dos focos do trabalho recaiu na exploração do fenômeno contratransferencial - a “implicação afetiva”, motivações e reações do médico -, ou seja, na discussão da sua interferência nos atos médicos e de seu potencial como fator terapêutico no manejo dos casos (BALINT, 1988, 1994).

Os grupos Balint permitiram, aliás, estender a técnica psicanalítica a uma melhor compreensão das relações entre os médicos e os doentes, notadamente em terreno hospitalar, nos serviços de pedi-

atria e de medicina geral. Também contribuíram para a humanização dessas duas disciplinas (ROUDINESCO, 1998, p. 48).

Nos domínios da assistência, vale lembrar exemplos do nosso meio em que as práticas de valorização do acolhimento, ou como quer Ayres (2001), o acento na *dimensão dialógica* da atenção, ocorrem. Assim, é oportuno notar que o Programa de Saúde da Família (PSF), em muitos dos locais onde foi implantado, vem construindo práticas assistenciais diferenciadas, marcadas pelo enfoque no relacionamento acolhedor entre o profissional de saúde e o paciente, segundo alguns autores (VIANA; DAL POZ, 1998; SENNA, 2002).

Conill (2002), que procedeu a uma avaliação do PSF em Florianópolis, pontuou a presença dos agentes de saúde como a grande visibilidade do PSF. Na análise do perfil das práticas dos postos de saúde que integraram sua amostra, foi predominante a referência à humanização dos cuidados; à postura do médico e à mudança no atendimento pela atuação do agente comunitário. Nas palavras da autora “Os agentes e o PACS³ são responsáveis, em grande parte, pelos efeitos positivos na integralidade em função das visitas e acompanhamento. [...] Acumulam-se evidências apontando para a viabilidade de práticas mais abrangentes, alternativas ao modelo biomédico tradicional” (p. 201).

No campo da assistência obstétrica, este tema vem assumindo importância significativa com os estudos relativos ao suporte emocional oferecido à parturiente em diferentes contextos assistenciais de países diversos. O suporte emocional, visto como uma das estratégias não-farmacológicas utilizadas no manejo do processo da parturição, implica, entre outras coisas, interlocução sensível e acurada entre o profissional de saúde e a parturiente, resultando muitas vezes em uma experiência de acolhimento valorizada e reconhecida como uma experiência de respeito à cidadania. Em diversos países, com diferentes modalidades de suporte institucional, os estudos realizados têm encontrado impacto positivo de tal suporte na experiência emocional da mãe, na evolução do trabalho de parto e parto, nas condições de saúde do bebê (MATERNITYWISE, 2003).

Hodnett (2002) afirma, com base em ampla revisão de estudos (*Cochrane Database System Review - Library Cochrane*)⁴ comparando experiências de suporte continuado com experiências de atendimento habitual ou rotineiro, que os resultados foram mais favoráveis nos grupos de mulheres que receberam o apoio continuado dos profissionais de saúde ou de leigos. Como exemplo de alguns desses resultados favoráveis, a autora apontou que em todos os estudos pesquisados (um total de 14 estudos envolvendo mais de 5.000 mulheres), a presença constante do acompanhamento dos provedores de cuidados, durante o trabalho de parto e parto, reduziu a probabilidade de medicação para alívio da dor; da cesariana; Apgar de 5 minutos menor que 7; associação entre apoio contínuo e leve redução no tempo de trabalho de parto.

Este trabalho pretende colocar em perspectiva a relevância da interlocução qualificada entre o par provedor de cuidados de saúde-parturiente. As reflexões aqui apresentadas têm como base estudo realizado na Maternidade Amparo Maternal, que integra a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de São Paulo.

Como uma das vertentes de aproximação à problemática que o estudo pretendeu compreender, estavam indagações em torno de qual seria lugar da interação provedor de cuidados-paciente, na presença de fatores estressantes como, por exemplo, dor intensa, medo do que vai acontecer, estranhamento com o ambiente, suspensão temporária do contato de pessoas com quem se construiu laços afetivos, entre outros, durante o trabalho de parto e do parto. Seria possível dizer que, em determinadas condições como trabalho de parto prolongado, doloroso, complicado, a qualidade da interação provedor de cuidados-paciente teria alguma influência no alívio do mal-estar vivido?

O estudo realizado caracterizou-se como um estudo descritivo e analítico, valendo-se de metodologia qualitativa. Os dados produzidos pela investigação foram obtidos por meio de entrevistas semi-

³ Programa Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde.

⁴ *The Cochrane Collaboration*, organização internacional cuja missão é elaborar, manter e divulgar revisões sistemáticas de estudos clínicos randomizados. Fundada em 1993, conta atualmente com centros de referência em diversos países como Brasil, Reino Unido, Alemanha, Estados Unidos.

estruturadas com parturientes e provedores de cuidados - *doulas*⁵ - e de observação livre, direta e participante das interações e da dinâmica das rotinas da instituição.

É importante registrar que a escolha da modalidade de entrevista semi-estruturada procurou incorporar as considerações de ordem teórico-metodológica referenciadas em autores como Triviños (1987); Queiroz (1987); Minayo (1994), entre outros. A escolha da maternidade foi presidida pela necessidade, decorrente dos objetivos do estudo, de realizar a pesquisa em instituição que proporcionasse cuidados de saúde específicos e distintos dos cuidados e procedimentos médicos, estrito senso, na assistência ao parto. Isso significa dizer da escolha por uma instituição que disponibilizasse, também, cuidados caracterizados como de suporte emocional, os quais implicam na interação provedor de cuidados-parturiente em regime de acompanhamento contínuo. Vale lembrar que, com base nesse critério, a opção pela instituição de ocorrência do estudo levou à delimitação do tipo de parto das parturientes participantes do estudo, isto é, o parto vaginal.

Os critérios adotados para definição dos sujeitos do estudo, assim como sua proporção numérica, seguiram os parâmetros recomendados na literatura concernente à pesquisa social de caráter qualitativo (MINAYO, 1994; MICHELAT, 1987; QUEIROZ, 1991). Assim, foram entrevistadas 20 parturientes que realizaram parto por via vaginal no Centro de Parto Normal (CPN) da maternidade “Amparo Maternal”. As entrevistas foram realizadas no período do puerpério, no intervalo entre 24 e 30 horas a partir do momento do parto. As *dublas* entrevistadas foram em número de sete, que prestaram cuidados às parturientes, na modalidade de acompanhamento contínuo, durante o trabalho de parto e no parto. Foram construídas categorias para a ordenação e análise dos dados em consonância com o referencial teórico, a hipótese apresentada, as questões da pesquisa e a sua problemática.

Dessa maneira, formulou-se um quadro geral das categorias para a análise dos dados relativos às parturientes como segue: subjetividade; intersubjetividade (subjetividade no contexto relacional); aco-

lhimento; apropriação da experiência (aspectos considerados importantes a serem transmitidos a outra parturiente). Foi adotada a definição do termo subjetividade como: “o caráter de todos os fenômenos psíquicos, enquanto fenômenos de *consciência* (v.) isto é, tais que o sujeito os refere a si mesmo e os chama de ‘meus’” (ABBAGNANO, 1970). O termo *acolhimento* foi usado para referir o acesso da parturiente a informações/orientações; a opiniões manifestas sobre a experiência vivida com procedimentos utilizados.

Cabe observar que a análise desenvolvida recaiu sobre o discurso manifesto dos depoimentos isto é, os tópicos referidos às categorias propostas refletiram os termos verbalizados direta e explicitamente pelas participantes.

O estudo seguiu as recomendações da Portaria Conep nº 196/96, tendo o projeto de pesquisa sido aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública. Em conformidade com as referidas normas, as parturientes foram aqui citadas sob nomes fictícios.

Sobre os dizeres

Os dizeres sobre si - parturientes

A referência à dor sentida durante o trabalho de parto e parto foi preponderante nos depoimentos. Mencionada na quase totalidade das entrevistas, a dor foi qualificada como muito intensa, “insuportável”, “a pior dor” e, para quase a metade das parturientes, relatada adicionalmente como experiência de grande sofrimento. O medo destacou-se com grande recorrência em grande parte dos relatos. A alusão ao medo, no entanto, apareceu associada a diferentes motivos. A associação do sentimento de medo com idéias de perigos iminentes e diversos foram observados nos depoimentos.

Tristeza, depressão, choro, insônia, “nervoso”, sentir-se “esquisita”, “estranha”, ficar com o “coração disparado”, impaciência, foram sentimentos e sensações referidos por algumas das entrevistadas para reportar vivências ocorridas no período antes da internação, ou seja, o período de tempo situado desde a véspera até o momento da admissão. Em algumas entrevistas foram relatadas vivências de solidão, tristeza e choro a partir do momento em tiveram que se separar, por força do ingresso na instituição, de pessoas afetivamente significativas (mãe, esposo, namorado).

⁵ Pessoa que oferece acompanhamento contínuo à parturiente, designada e treinada para pela instituição de saúde ou pela comunidade (BRASIL, 2001).

Eu fiquei assustada, com a dor muito forte, nunca tinha sentido aquela dor. Eu fiquei com medo, pensei que ia acontecer alguma coisa comigo. **Tipo o quê?** Ah sei lá! Dar alguma coisa errada na hora, ele não sair, eu não agüentar a dor, uma coisa assim. (Isabel)

[...] Mas o problema não era em si dos médicos, era, em si, do medo de você ter um filho normal (referência ao tipo de parto). Eu estava com esse medo. Escutar aquelas mulheres gritando: ai socorro! [...] Aquilo, pra uma pessoa que não tá com dor, tá entendendo? que tá ali, na expectativa, e aquelas mulher gritando, fazendo aquele auê, aquilo parecia o fim do mundo, o inferno. [...] tinha medo do que ia acontecer comigo. **De que tipo de coisa você estava com medo?** De sentir dor, de sentir a dor de parir o filho normal (parto). Você tá entendendo? **Eu tô.** (Ivaneide)

E o medo, medo, o coração disparado! **Você tinha medo...?** É, que eu nunca tive um filho. **E o medo era de que?** De dor. De dor..., mas a minha preocupação maior era da ignorância dos médicos. Tem médico muito bruto. [...] Aí eu falei, ai meu Deus e agora? Aí eu fiquei com medo dos médicos, de ser maltratada, né, porque eu sou muito sensível. Eu fiquei com medo mais era disso. (Rosali)

Eu fiquei com medo, chorei bastante (refere-se ao momento da internação). **Você sentiu medo do quê?** De ficar sozinha, eu acho. Me senti só, porque não podia entrar minha mãe, nem o pai do nenê, meu marido, aí eu fiquei triste. (Patrícia)

No domingo (véspera internação) me deu uma tristeza, me deu uma choradeira, chorei o dia inteirinho, com uma depressão, chorava, chorava, que eu não me controlava. (Elaine)

Os dizeres sobre a presença do outro (subjetividade no contexto relacional)

Parturientes

Foi expressiva a referência, na quase totalidade dos relatos, à boa atenção dispensada às parturientes pelas obstetrizes, outros profissionais e especialmente pelas *doulas*. Apenas uma entrevistada relatou não ter sido bem atendida. Para ela houve demora em ser levada para a sala de parto. Ter tido sempre alguém por perto foi relatado, com destaque, pela quase totalidade das mulheres como uma qualidade diferencial e a mais apreciada das modalidades de atenção que receberam.

As entrevistadas relataram: ter sido influenciada de modo positivo pela conversa com a *doula*, ter se sentido segura, confiante com a sua companhia; ter sido acompanhada por alguém, à semelhança de uma amiga ou mãe. As sensações de relaxamento e calma sobrevindas a partir da presença da *doula* também foram prevalentes nos depoimentos daquelas parturientes acompanhadas continuamente.

Me senti bem [...] toda vez que eu precisava sempre tinha alguém para me ajudar aqui. [...] elas ficam revezando, uma escuta o coração do nenê, outra faz toque. Quando vinha a dor, que eu gritava... porque tem hospital que eles são ignorantes, né? “não grita que é pior!”, xingam a gente. Aqui não ... aí uma lá apertava a minha mão, tinha uma enfermeira que arrumava meu cabelo, que eu tava toda descabelada. Eu gostei!, o pessoal me tratou bem. (Kelly).

Ah, tinha uma lá que, sei lá, era meio estressada, meio aborrecida, era mais nova. Mas a outra, mais velha, assim...era mais carinhosa, porque a gente precisa delas entendeu? Porque a gente sentindo dor, elas estando ali, a gente se sente com alguém. A gente sentindo dor sozinha fica muito ruim. Essa que me deu apoio, ela que fez o meu parto. Então, não tenho do que reclamar, ela me influenciou muito: “vai mãezinha, vai!”. Ela era um doce. **Influenciou pra quê?** Pra mim ter força, pra o nenê nascer. (Priscila).

(P. fala em agradecer com uma lembrancinha pra ela na data do seu aniversário).

Aí quando eu cheguei aqui, vixil!. No começo achei meio estranho, aí quando chegou as moças que ajudam, (*doulas*), aí eu melhorei e relaxei. Aí eu comecei a ajudar todo mundo. Falei: ah, elas estão aqui eu vou ajudar elas pra depois elas me ajudarem, aí eu comecei a incentivar as meninas a não gritar. Aí eu fui andando pelo corredor, ajudando todo mundo, brincando com todo mundo. [...] Todas as meninas que conversaram com a gente [...] todas lá me relaxou. Conversando, perguntando se estava tudo bem, adorei! Gostei também da massagem que fizeram nas minhas costas. [...] É muito bonito esse trabalho que vocês fazem, ajuda muito! Principalmente assim, vem mulheres casadas mas vem mais nós que necessitamos mais de apoio. Somos novas, inexperientes. Porque as que são casadas já têm experiência, já têm filho. Agora as que são de primeira viagem precisam de muito apoio, de paciência. E nós, às vezes, se descontrola, né, e vocês tão ali pra ajudar, é muito bom. (Rosali).

Embora não tenha sido estabelecida como categoria de análise, a presença do parceiro e da família no pré-parto e parto apresentou-se relatada nos registros de observação e nas entrevistas, de modo significativo.

A presença do marido, companheiro ou namorado, no momento do parto, foi relatada em metade das entrevistas. Também foram observadas, em muito dos relatos, referências à ausência do parceiro por motivos diversos, tais como: desencontro entre o horário de sua chegada e o horário do parto; desconhecimento do direito de estar presente neste momento; ter que cuidar do outro filho em casa; necessidade de permanecer no trabalho; vontade da parturiente de não tê-lo presente.

Aí a médica falou: se for parto normal seu marido fica. Aí eu falei pra ele: você fica pra assistir o parto? Você me ajuda? Ele falou: eu ajudo. Aí eu fiquei calma. Ele falou: olha, eu não vou embora enquanto você não ganhar nenê. (Ivaneide).

Meu marido queria acompanhar o parto, mas não deu tempo dele chegar. Não tinha hora certa para o nenê nascer! Aqui é muito longe de onde ele tava trabalhando. (Táís).

Ninguém da família estava por lá. Eu fiquei xingando eles no meu pensamento, porque não vieram me ver, só que não podia, né? mas depois ele me mandou um bilhete, falando que esteve aqui só que não pôde me ver. (Priscila) (P. recebeu, além da visita e do bilhete, flores do marido com um cartão carinhoso endereçado a ela e a filha, lendo-o para nós que estávamos no quarto).

Doulas

Na maioria dos depoimentos, observou-se destaque para as práticas comunicacionais pela via da conversa com a parturiente. Entretanto, as características da comunicação verbal mantida com as parturientes apresentaram-se de modo diversificado nos relatos. Assim, foram verificadas referências a comunicações verbais para transmitir mensagens como “levar uma palavra de conforto”; para sugerir coisas diversas às mulheres como, por exemplo, relaxar, ter paciência, ter calma; também para colocar limites como “não grite” e para transmitir explicações, orientações.

Dar ouvidos e dar orientação. Porque você dando orientação, você está explicando tudo o que está acontecendo e o que vai acontecer

no parto, nossa! isso tranquiliza tão bem as parturientes que elas ficam super relaxadas e a partir do momento em que se relaxa o parto vem fácil, fácil. (Suzana).

Às vezes elas não querem conversa e muitas vezes você não pode ficar muito em cima delas com muito carinho, muito amor porque vai atrapalhar no parto. **Atrapalhar como?** (M. discorre sobre a dependência das parturientes) [...] Então eu acho que tem que ajudar elas, dar o amor e o carinho, mas quando elas tiverem assim muito nervosas você falar duramente com elas. Eu falo: olha, você vai sentir bastante dor mesmo, que a dor agora é sua amiga, que não existe parto sem dor, você vai sentir bastante dor mesmo, bastante contração, então você respira, tenta não gritar que você assusta as outras mães. Às vezes elas gritam né? Elas ficam desesperadas gritando muito, querendo... elas gritam pra você vir ficar com elas. (Maria).

Acolhimento - acesso a informações e orientações

Foi unânime entre as entrevistadas o relato de acesso ao pré-natal, variando apenas no número de consultas realizadas (entre 4 e 14). Todos os pré-natais ocorreram em instituições de saúde governamentais - UBSS, ambulatórios de especialidades, ambulatórios de hospitais ou de maternidades. Foram observadas, nos depoimentos, variações quanto à obtenção de informações e orientações relativamente a cuidados de saúde específicos, bem como de dietas alimentares no período gestacional.

Do total das entrevistadas que relataram ter recebido tais orientações, em sete casos verificou-se associação entre ter recebido tais orientações com a presença de intercorrências na gestação.

Apropriação da experiência

O enfoque dessa categoria recaiu sobre o que as parturientes consideraram terem sido os aspectos mais marcantes de sua experiência com o parto atual, bem como aqueles aspectos que destacariam como importantes para serem transmitidos a outras gestantes.

Como aspectos mais marcantes da experiência atual, foram predominantes as referências ao momento do nascimento, qualificado, em algumas entrevistas, como o momento “mais emocionante”, o “mais bonito”, um momento de “muita felicidade”. A

atenção recebida, de uma maneira geral, e o destaque para o acompanhamento da *doula* foram também referidos de modo significativo em metade dos relatos.

Foi quando ele nasceu e colocaram ele em cima de mim. Foi o mais bonito! (Karin).

Eu me impressionei na hora que eu fiz força, eu vi ele saindo, eu vi ele saindo na mão dela. Então a coisa que fica mais marcada na tua cabeça é isso, a saída dele e quando ela pôs ele deitadinho do meu lado. (Lita).

Bom, o que me marcou foi, assim, a atenção das pessoas comigo, que eu não pensei que ia ser assim né? Eu pensei que ia ficar jogada na cama, porque meu outro parto tinha sido assim. Então me marcou muito, eu fiquei muito impressionada mesmo com a atenção, me senti super paparicada e isso é muito bom, marca muito a gente. (Rosemeire).

Com relação aos aspectos da experiência do parto atual que as parturientes consideraram relevantes para transmitir a outras gestantes, a referência à dor ou sofrimento experimentados teve presença notável no conjunto dos relatos. Entretanto, a mensagem de que o processo de parto é uma experiência dolorosa apareceu acompanhada da ponderação de que é uma dor “suportável” e “passageira”.

Tão notável quanto a dor, foi a referência à adoção de atitudes como “ficar tranquila”, “ter calma”, “ter força”, paciência, coragem, “não se desesperar”, não gritar, “não fazer escândalo”.

Ah, eu não ia ficar assustando não. Eu dizia é uma dorzinha suportável, uma colicazinha forte, mas nada anormal, ter paciência, só isso, tem que ter paciência mesmo. (Kelly).

Eu dizia assim... não ia negar que dói, mas eu falava que é passageiro, que ela tem que ser guerreira, né, tem que lutar, tem que ter muita raça. Que ela quer ser mãe ela tem que colocar aquilo na cabeça, e vamos à frente, enfrentar tudo que vier que depois o melhor vai chegar.[...] Porque depois que você tem você se sente muito vitoriosa demais. [...] Eu queria dizer que estou muito feliz de ser mãe, que eu quero que Deus me abençoe muito assim... a minha filha tenha muita saúde e que eu tenha muita força pra criar ela. Obrigada aos funcionários aqui do hospital. (Priscila).

Considerações finais

Foi possível verificar a relevância das relações interpessoais no aparato de procedimentos médicos e não-médicos, farmacológicos e não-farmacológicos presentes no processo da parturição.

As vivências alusivas ao compartilhamento da experiência do parto entre *doulas* e parturientes e os significados que a tal parceria foram atribuídos consubstanciam os benefícios referidos na hipótese apresentada – isto é, que “os efeitos benéficos do suporte emocional/psicológico oferecido às mulheres durante o trabalho de parto e parto dependem da qualidade da relação interpessoal estabelecida entre os agentes envolvidos na situação” (RODRIGUES, 2004, p. 38). Assim, a análise dos dados possibilitou considerar que o espaço relacional, intersubjetivo, vivido nas condições relatadas, configurou-se como espaço de interlocução marcada pela escuta das demandas e pelo acolhimento daquilo que, falando no corpo da parturiente, fazia ressonâncias nas suas idéias e emoções.

As assimetrias e descompassos observados no âmbito sociopolítico das relações entre *doulas* e parturientes colocam para a reflexão questões que merecem ser investigadas com mais acuidade, pois requerem referências teórico-metodológicas apropriadas às especificidades dessas questões.

Entretanto, a qualidade do acolhimento conferida ao suporte oferecido pelas *doulas* e valorizado pelas parturientes, com interferência positiva nos processos da parturição, permite posicioná-lo como recurso técnico valioso a ser incorporado no âmbito institucional. Nesse sentido, seriam também de grande interesse mais pesquisas que pudessem explorar e aprofundar os promissores potenciais dessa relação.

A dimensão da sensibilidade no diálogo estabelecido, certamente é necessária e imprescindível ao trabalho de suporte, engrandecendo-o. Para além dela, porém, pode-se encontrar a dimensão da solidariedade, que se tornará mais fortalecida tanto mais seja sustentada e legitimada como exercício do direito a uma assistência, cuja qualidade passa também pelo acesso a recursos técnicos dessa natureza.

Colocar a relação interpessoal nesse patamar significa pensá-la como recurso, cuja especificidade pode torná-la equivalente àquelas ações ou procedimentos prescritos como tecnologias apropriadas na assistência ao parto. Significa pensá-la enquanto instrumento de or-

dem técnica e ética, no campo das práticas dos cuidados de saúde que se pretendem eficazes, seguras e comprometidas com os direitos de cidadania das mulheres.

Referências

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- _____. Psicanálise e prática médica. In: MISSENARD, A. (Org). *A experiência Balint*. história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: MS, 2001.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 13, p. 647-654, 1999.
- CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18, supl., p. 191-202, 2002.
- HODNETT, E. D. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, London, n. 1, 2002. 1 CD-ROM.
- MATERNITYWISE. *How do I get labor support I need?: best available research about labor companions*. Disponível em: <http://maternitywise.org/mw/topics/laborsupport/evidence_body.html>. Acesso em: 17 jul. 2003.
- MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em Sociologia. In: THIOLENT, M. J. M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis, 1987. p. 191-211.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- MISSENARD, A. Entre psicanálise e medicina: Michael Balint. In: MISSENARD, A. (Org). *A experiência Balint*. história e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- O'DONNELL, M. L. S. Winnicott e a pediatria. In: MELLO FILHO, J.; SILVA, A. L. M. L. *Winnicott 24 anos depois*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais do 'indizível' ao 'dizível'. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 272-86, 1987.
- _____. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.
- RODRIGUES, A.V. O suporte à parturiente: a dimensão interpessoal no contexto de assistência ao parto. 2004. 125 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2004.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.
- SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
- VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.
- WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Levantamento do perfil dos sujeitos responsáveis pelo cuidar de idosos dependentes

VANESSA M^a SANGALLI BLACK PEREIRA¹
CRISTINA LAVOYER ESCUDEIRO²

Introdução

A expectativa de vida da população idosa brasileira vem aumentando, em relação a outras faixas etárias, como resultados do progresso tecnológico, declínio da fecundidade, diminuição da taxa de mortalidade nas primeiras idades e elevação brutal das mortes de jovens e adultos jovens por causas externas.

O envelhecimento é uma questão que há muito tempo se apresenta como uma preocupação mundial e o novo padrão demográfico brasileiro, já que a população de idosos cresce vertiginosamente, não pode ser mais ignorado pelos planejadores das políticas e programas de saúde, bem como pelos profissionais da saúde.

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual a modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionam maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo a morte (CARVALHO FILHO; PAPALEO NETTO; GARCIA, 2006, p. 3).

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo

¹ Acadêmica do 8º Período do Curso de Graduação em Enfermagem da UVA-Campus Cabo Frio. Bolsista PIC-UVA. Endereço eletrônico vanessasangalli@oi.com.br

² Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof^a do Curso de Graduação em Enfermagem da UVA-Campus Cabo Frio.

menos uma tarefa, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas (KARSCH, 2003). Esses dados remetem à preocupação por mais de seis milhões de pessoas e famílias, e a um meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra e Domicílios (PNAD) de 2001 (IBGE, 2002 *apud* HARSCH, 2003).

O aumento acentuado do número de idosos, particularmente nos países desenvolvidos, trouxe conseqüências dramáticas para a sociedade, e principalmente para os gerontes. Nesse sentido, há necessidade de se buscar as causas determinantes das atuais condições de saúde e de vida dos idosos, e ainda, de se conhecer as múltiplas facetas que envolvem o processo de envelhecimento, para que o desafio seja enfrentado por meio de planejamentos adequados (PAPALEO NETTO; PONTE, 2005).

Fratczak (1993) afirma que envelhecimento significa um processo, um estágio que é definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa de objeto de interesse. Biologistas definem esse processo como um conjunto de alterações experimentadas por um organismo vivo, do nascimento à morte. Sociólogos e psicólogos chamam atenção para o fato de que, além das alterações biológicas, processo de desenvolvimento social e psicológico de um indivíduo e alterações em funções podem ser observados. Problemas de integração e adaptação social do indivíduo e essas alterações tornam-se objeto de interesse também.

Para o setor de saúde, o primeiro impacto que o envelhecimento populacional traz é a mudança importante nas causas de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas cedem lugar às doenças crônico-degenerativas como causa líder de mortalidade. Essas doenças crônicas, comuns das idades mais avançadas, estão se tornando progressivamente mais prevalentes num país como nosso. Só que a resposta a essa mudança é, em geral, ineficiente (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006, p. 33).

Os exemplos do dia-a-dia mostram isso: tais doenças não são devidamente controladas, suas complicações abarrotam as salas de emergência e os hospitais, suas seqüelas ocupam os leitos de reta-

guarda, a aposentadoria por invalidez é muito alta no Brasil. Como são doenças crônicas, não podem ser resolvidas rapidamente, obrigando seus portadores a procurarem serviços de saúde com grande freqüência, havendo necessidade aumentada de recursos materiais e humanos, muitas vezes com tecnologia complexa. Com isso os custos financeiros também aumentam (*ibid.*).

O envelhecimento mexe com toda uma estrutura política, social e financeira de uma sociedade, surgindo assim a necessidade dos “cuidadores informais”. Trata-se de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como maior arma sua disponibilidade e boa vontade (PAPALEO NETTO, 2006).

Diante da situação do envelhecimento e com um sistema de saúde decadente de nosso país, existe a necessidade de cuidadores capacitados, que muitas vezes são familiares ou pessoas contratadas sem nenhum conhecimento sobre o cuidar. Muitos idosos atualmente encontram-se limitados ao domicílio e até mesmo acamados e dependentes de cuidados de seus familiares ou pessoas estranhas.

O presente estudo justifica-se frente à necessidade de se conhecer o cotidiano de familiares de idosos em situações de dependência de cuidados, pois, como salientam Papaleo Netto e Pontes (2006, p. 4), a gerontologia é uma ciência jovem e apesar de o envelhecimento ser um “fenômeno universal e comum a quase todos os seres animais, teve seu estudo negligenciado durante muito tempo”, assim como os mecanismos envolvidos na sua gênese ainda permanecem obscuros, o que nos aponta para um longo caminho a ser percorrido até que novos estudos sejam mais esclarecedores.

Objeto do estudo

Cuidadores informais de idosos dependentes de cuidado.

Objetivos

- levantar o perfil dos cuidadores de idosos em domicílio;
- identificar as dificuldades e necessidades dos cuidadores informais para o cuidado ao idoso em domicílio;

Metodologia

Tipo do estudo: abordagem qualitativa do tipo exploratório;

Cenário: Unidade Básica de Saúde da Comunidade do Porto do Carro em São Pedro da Aldeia/RJ.

Sujeitos: cuidadores de indivíduos idosos da comunidade do Porto do Carro, em São Pedro da Aldeia/RJ.

Técnica de coleta de dados: entrevista semi-estruturada; pesquisa em prontuários.

Instrumentos de coleta de dados: dados de identificação e caracterização dos sujeitos; roteiro de entrevista.

Análise dos dados: análise de conteúdo.

Resultados

Foram entrevistados 17 cuidadores de idosos cuja família possui cadastro na Saúde da Família no Município de São Pedro da Aldeia. Dentre os cuidadores entrevistados nenhum deles tinha cuidado anteriormente de qualquer outro idoso. Segue abaixo, na tabela 1, o perfil dos cuidadores entrevistados.

Tabela1 – Distribuição dos Cuidadores Informais segundo os aspectos e características. PSF - Município São Pedro da Aldeia, 2007

Aspectos	Características
Sexo	16 mulheres e 1 homem
Idade	29 – 80 anos
Escolaridade	Analfabeto à 2º grau completo
Renda Familiar	1 – 5 salários mínimos
Tempo que cuida do idoso	1 semana – 25 anos
Religião	Evangélica, Católico, Kardesista, sem religião

A identificação dos sujeitos do estudo se deu com base em nome de super-heróis e super-heroínas, pois representam a luta e a vontade de vencer, assim como esses cuidadores familiares. Assim, eles se apresentam:

- *Super-Girl:* 51 anos, casada, tem quatro filhos, cursou até a quarta série primária, evangélica, há 17 anos cuida de seu esposo que hoje tem 60 anos, em sua residência só moram ela e seu marido,

seus filhos moram próximo a casa deles, eles passam por dificuldades financeiras, pois foi seu marido quem sempre trabalhou, mas acima de tudo amam muito ao outro.

- *Elektra:* 29 anos, solteira, não tem filhos, cursou até o 2º grau completo, evangélica, cuida de seu avô juntamente com sua mãe há 10 anos, atualmente esta desempregada, vê como maneira de ajudar a família prestar o cuidado ao seu avô, já que sua mãe passa o dia todo trabalhando para o sustento da família.
- *Pantera-Negra:* 41 anos, casada, tem dois filhos, cursou o 2º grau completo, católica, cuida de sua mãe há 10 anos, sente-se muito sobrecarregada com o cuidar que presta à mãe, encontra-se muito dividida entre os afazeres de uma vida social, como a rotina de ir a sua igreja e o cuidar.
- *Docinho:* 41 anos, casada, tem quatro filhos, cursou até a segunda série primária, é nora do idoso e cuida dele há uma semana, já chegou a morar na mesma residência do sogro por um tempo e cuidava dele, há pouco tempo alugou uma casa próxima a residência dele, tem o sentimento pelo sogro como fosse seu pai.
- *Fênix:* 69 anos, tem um filho e dois netos, cursou até a quarta série primária, evangélica, cuida de seu marido há cinco anos, este é seu segundo casamento, é uma pessoa muito ativa e religiosa, deixa bem claro que o único interesse é prestar um melhor cuidar ao seu marido.
- *Lindinha:* 54 anos, casada, tem dois filhos do seu primeiro casamento, não alfabetizada, não possui religião, cuida de seu marido há três anos, sua filha mora próximo e o seu filho mora com ela e seu atual marido, tem filhos de seu primeiro relacionamento que não aprovam muito o novo relacionamento deles, ela é uma pessoa de extrema bondade e demonstra um grande amor ao seu marido e seu maior medo é que os filhos deles o tirem dela.
- *Dylan:* 45 anos, casada, não tem filhos, evangélica, cursou até a quarta série primária, cuida de sua sogra há 25 anos, ela possui uma loja, sobre a qual construiu uma residência para ela e para sogra, onde ela reveza seu tempo entre cuidar da sogra e do comércio, paga uma pessoa para ficar só na parte da manhã para realizar os serviços domésticos na casa da sogra, de quem gosta muito e alega que gostaria de ter mais tempo para cuidar dela.

- *Alex*: 60 anos, viúva, tem cinco filhos, católica, cursou o primeiro grau completo, cuida de sua mãe há quatro anos, possui moradia própria próxima a sua mãe, ela reveza o cuidar com seu irmão que é solteiro e mora na mesma residência que a mãe e com sua outra irmã, que mora no mesmo quintal da mãe; relata que se não fosse a ajuda entre os irmãos não haveria como cuidar dela e de seus afazeres como dona de casa.
- *Natalie*: 36 anos, solteira, tem dois filhos, evangélica, cursou até a sétima série, cuida de seu tio há três meses, sente-se bastante atarefada, pois além de cuidar de seu tio, que tem deficiência visual e mora em um cômodo ao lado de sua residência, também mora com seus pais, que têm idade superior a 60 anos; atualmente está desempregada.
- *Trinity*: 47 anos, solteira, não tem filhos, cursou até a oitava série, cuida de sua mãe há um ano e meio e mora com na mesma residência, seus irmãos moram no mesmo quintal que elas, atualmente está desempregada, pois dedica todo seu tempo à sua mãe e às tarefas da casa; ela gostaria que seus irmãos ajudassem mais a cuidar de sua mãe.
- *Lara Croft*: 64 anos, casada, não tem filhos, evangélica, cursou o primeiro grau completo, está casada há 12 anos, mais ou menos há cinco anos cuida de seu marido, reclama que depois que ele ficou doente a família dele o abandonou, dormem em quarto separado do seu marido, por ele ser agressivo.
- *Shera*: 59 anos, solteira, tem seis filhos, evangélica, não é alfabetizada, foi contratada para cuidar de um casal de idosos, no qual o senhor tem 85 anos e a senhora tem 84 anos; este casal tem dois filhos, sendo que um filho reside com eles e tem 50 anos e tem diagnóstico de deficiência mental, Shera reside próximo à residência desse casal, ela é arrimo de família e diz que o dinheiro que pagam ajuda no sustento da família.
- *Tempestade*: 50 anos, solteira, tem dois filhos, católica, cursou o segundo grau completo, cuida de sua mãe há sete meses, reside na mesma residência com sua mãe e seu filho, é uma pessoa de personalidade forte, diz cuidar de sua mãe sozinha e tudo que sabe do cuidar aprendeu com a prática do dia-a-dia.

- *Mulher Maravilha*: 50 anos, separada, tem dois filhos, evangélica, cursou o primeiro grau, há sete anos foi contratada para cuidar do idoso, nunca foi orientada sobre o cuidar de um idoso, mas diz já ter escutado que o cuidador agora é até uma profissão.
- *Super-Homem*: 80 anos, casado, alfabetizado, tem dois filhos e dois netos, católico, cuida de sua esposa há dois anos, são casados há 52 anos, seus filhos moram no mesmo quintal, mostra-se um homem muito carinhoso com sua esposa e adora estar na presença dela.
- *Mulher Invisível*: 35 anos, solteira, tem uma filha, kardecista, cursou o segundo grau completo e trabalha como técnica de enfermagem cuida de sua mãe, paga uma pessoa para ficar com ela quando está de plantão, diz ter outros irmãos que não compartilham com ela a responsabilidade de cuidar da mãe.
- *Florzinha*: 59 anos, divorciada, tem um filho, sua religião é Deus, cursou o segundo grau completo, há três anos cuida de sua mãe, mora na mesma residência com sua mãe e seu filho, e no mesmo terreno ainda moram suas outras duas irmãs que a ajudam no cuidar.

É importante que se acrescente que todos os participantes do estudo praticam o cuidar que está intimamente ligado ao toque, que eles trazem consigo em sua essência um profundo vínculo com o estado do bem-querer, amor e compaixão pelo outro.

O pensamento de Boff (1999 *apud* MACHADO; FIGUEREIDO, 2001) ilustra que “o órgão da carícia é, fundamentalmente, a mão que toca, a mão que afaga, a mão que estabelece relação, a mão que acalenta, a mão que traz quietude [...]”. E ainda: “é a pessoa humana que através da mão e na mão revela de um modo de ser carinhoso. A carícia toca o profundo do ser humano, lá onde se situa seu centro pessoal”.

Os sentimentos do cuidar

Aquele que presta cuidado ao idoso, chamado cuidador, pode ou não ter vínculo familiar. Existem ainda, dois tipos de cuidadores: o formal e o informal. O cuidador formal é um profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do cliente. O cuidador informal, no entanto, é um membro da família ou comunidade, que

presta cuidado de forma parcial ou integral aos idosos com déficit de autocuidado (CARLETTI; REJANI, 1996).

O fato de um membro da família desencadear um processo de dependência altera a dinâmica familiar. À medida que a pessoa vai desenvolvendo a doença, há uma mudança de papéis nos membros da família.

Mendes (1995 *apud* CALDAS, 2003) aponta que, em geral, a decisão de assumir os cuidados é consciente, e os estudos revelam que embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certas regras refletidas em quatro fatores: parentesco, com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho; gênero, com predominância da mulher; proximidade física, considerando quem vive com a pessoa que requer cuidados; e proximidade afetiva, destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos. A dinâmica da atividade de cuidar no domicílio pode, contudo, gerar uma ambigüidade identificada pelo bem-estar e pela tensão e estresse do cuidar, como mostra o relato dos cuidadores:

Eu me sinto bem porque eu cuido da minha mãe, mas posso te falar a verdade, eu cuido da minha mãe, eu amo minha mãe e é minha obrigação eu tenho que cuidar da minha mãe, eu tenho que cuidar (Florzinha)

Às vezes estressada, mas eu tenho que levar porque ele é meu avô, e idoso reclama de muito, tudo que você faz nada tá bom (Elektra).

Eu acho bom, eu cuido dele com carinho e amor, eu amo ele demais (Lindinha).

É meio desconfortável, por que muda a vida da gente totalmente, eu cuido porque é minha mãe. (Tempestade).

Ao falarem sobre os motivos que os levaram a cuidar do idoso, os cuidadores citaram o vínculo de parentesco com a pessoa cuidada; também foram citados: relação de afeto, valores religiosos, falta de outra pessoa para assumir o cuidado.

Em alguns casos, cuidadores perceberam as reais necessidades do idoso, devido à proximidade física e afetiva. Por isso assumiram todo o ato de cuidar como uma obrigação, outros pela necessidade de trabalhar, como relatou dois dos entrevistados.

Eu acho que é mais a necessidade para trabalhar mesmo, já tenho 50 anos é difícil arranjar um trabalho melhor, então estou firme nesta (Mulher Maravilha).

Eu preciso muito mesmo, é por isso que eu to cuidando porque eu não tenho ganho nenhum a não ser um pouquinho daqui (Shera).

A religiosidade muitas vezes motiva a caridade e o amor ao próximo. Nos discursos, os cuidadores relatam cuidar por uma motivação divina.

Porque primeiramente ele é meu pastor, filho de Deus é o amor que tenho por Jesus que me deu esse amor, e esse amor que tenho por ele (Docinho).

Ah! Minha filha, Deus me dá força se não eu não conseguiria não (Pantera Negra).

O cuidar se apresenta como uma manifestação de afeto, pois, como diria o poeta, “quem ama cuida”, e a concepção popular de amar remete a essa forma de compromisso com o outro. Na língua portuguesa, cuidar denota “aplicar a atenção; o pensamento; ter cuidado com os outros e consigo mesmo; tratar de assistir”, dentre outros sinônimos (FERREIRA, 1999, p. 589).

Dever é definido como ter obrigação ou necessidade de; ser devedor de; aquilo a que se está obrigado por lei, pela moral, pelos costumes, incumbência ou obrigação é definida como dever; imposição; tarefa necessária; compromisso; motivo de reconhecimento; favor; serviço; preceito (*ibid*). O dever, entretanto, refere-se a ações impostas por normas sociais. Estas, por sua vez, estão inscritas num conjunto de crenças e valores compartilhados entre membros de uma sociedade, sendo que a família é o lugar da transmissão, introjeção e manutenção de valores.

O cotidiano do cuidar

Nesta categoria os cuidadores exteriorizam suas dificuldades e necessidades no dia-a-dia para prestar o cuidado ao idoso, mostradas através de comentários que retratam a adaptação ao idoso, que muitas vezes, mudam com a rotina dos cuidadores.

A maior dificuldade que acho assim em mim, na minha pessoa é que sou pessoa muito ativa, eu gosto muito de movimento rápido

e o idoso é tudo devagar, aí a gente vai se moldando de acordo (Florzinha)

[...] não tem dificuldade e ter muita paciência (Dylan)

Caldas (2000) e Havi & Rabins (1989) indicam que a família apresenta necessidades que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, passando pela necessidade de informações. O aspecto material inclui recursos financeiros, questões de moradia, transporte e acesso a serviços de saúde (ASSUERO *et al.* 2004).

O conforto e a obtenção de objetos que favoreçam o bem-estar do idoso é um desejo de alguns cuidadores, pois facilitaria o cotidiano do cuidar em domicílio, como por exemplo, um colchão mais adequado para o idoso, um coxim, cama apropriada, como também meios de transporte, em caso de remoção para a UBS ou mesmo para o hospital.

[...] se eu tivesse mais conforto (Super Homem).

[...] o que eu acharia melhor se tivesse um colchão de água pra mim seria melhor, porque ali com o movimento que ele faria era mais fácil pra mim. E também aquilo que coloca nas pernas pra não deixar juntar o joelho, aí seria mais fácil pra mim (Shera).

[...] só dinheiro mesmo. Porque aí tinha como tratar mesmo dele, fora isso não tenho dificuldade nenhuma não. (Elektra).

Assumir o fato de ser o responsável pelo cuidado não é uma opção, porque em geral o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas esta se define na indisponibilidade de outros possíveis cuidadores para fazê-lo e, quanto mais os não-cuidadores se desvencilham do cuidado (KARSH, 1998 *apud* CATTANI *et al.*, 2004).

Assim percebemos que, uma vez assumido, o cuidado dificilmente é transferível; o que provoca muitas vezes nesses cuidadores a sobrecarga de funções, impossibilitando que possam cuidar de sua saúde, deixando também de realizar atividades que eram prazerosas e hoje não são mais possíveis, por não terem com quem compartilhar este cuidar.

[...] quando eu preciso ir ao banco pagar conta, porque não tem quem fique com ela, entendeu é um problema. (Lara Croft).

[...] quem dera eu ter mais resistência física, estou com muita pouca resistência física [...] (Florzinha).

[...] olha o meu cabelo! Tá grande, não tenho tempo para poder ir ao cabeleireiro e isso tudo aborrece. (Mulher Invisível).

[...] às vezes penso, se eu achasse uma “irmã” para morar comigo, aí quando eu precisasse sair, eu estivesse ocupada poderia ficar com ele [...] (Fênix).

Percebemos que os cuidadores se sentem sobrecarregados pela demanda de cuidados, e também por terem que realizar tarefas que até então eram atividades pessoais do idoso, realizadas por eles próprios, como tomar banho e ir ao banheiro, que agora, com o avanço da patologia, têm que ser executadas pelo cuidador.

Educação para o cuidar

De acordo com a portaria n° 73, de 10 de maio de 2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre as normas de funcionamento de serviços de Atenção Domiciliária ou Atendimento Domiciliário, estes são prestados à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas a: aumentar a autonomia do idoso para que este possa permanecer vivendo em sua residência pelo maior tempo possível; prevenir situações carenciais que aprofundam o risco de perda de independência; criar ou aprimorar hábitos saudáveis, como, por exemplo, os relacionados a higiene, alimentação, prevenção de quedas ou acidentes; acompanhar o idoso com afecções crônicas e suas seqüelas, não tendo, portanto caráter emergencial.

Segundo o Ministério da Saúde, as ações de saúde realizadas no domicílio no contexto da atenção básica incorporam as seguintes características: compreender ações sistematizadas, articuladas e regulares, pautam-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde; destinam-se a atender as necessidades de saúde de um determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para realização das atividades da vida diária; desenvolvem-se por meio de trabalho em equipe; utilizam-se de tecnologia de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento); devem ser desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família ou pelos profissionais que atuam na Atenção Básica no modelo Tradicional (BRASIL, 2003)

Dentre os entrevistados, somente um relatou ter recebido alguma orientação para cuidar de idoso, por trabalhar como téc-

nica de enfermagem; os demais alegam nunca ter tido nenhum tipo de orientação.

[...] eu nunca tive um curso para trabalhar com idoso, eu faço como faria com uma pessoa minha, como minha mãe (Mulher Maravilha)

[...] o dia a dia foi me ensinando. (Tempestade)

[...] os cuidados quando a gente está internado com ela é o que agente vê as Enfermeiras fazer, aí a gente faz igual, banho na cama, alimentação [...] (Pantera Negra)

A Política de Atenção à Saúde do idoso, elaborada em 1999, determina a efetividade de um sistema de apoio e desenvolvimento de parcerias entre os serviços de saúde, os profissionais e o cuidador familiar para o enfrentamento das necessidades do idoso, especialmente aquele com prejuízo na sua capacidade funcional. A capacidade do cuidador em atender às necessidades do idoso tende a se fragilizar frente à falta de orientação, acolhimento e vínculo com os sistemas formais. (FERNANDES; FRAGOSO, 2005).

[...] a Unidade Básica de Saúde é muito restrita [...] acho que é muita coisa para um posto de saúde. (Florzinha).

[...] eu acho que eles demoram muito para prestar esse serviço, eu acho que uma vez por semana tinha que subir uma Enfermeira com aparelho para poder fazer um exame [...] (Mulher Invisível).

[...] levam muito tempo pra vim aqui vê ele [...] (Shera).

[...] atenção agora eles tão dando, mas porque antes não dava, andou um tempo sem dá até que trocou de Agente [...] (Elektra).

Neste cenário, o idoso/cuidador/família é um elemento ativo do processo de cuidado e não um cumpridor de determinações das equipes de saúde. Assim sendo, todas as intervenções sugeridas devem ser amplamente discutidas com todos os envolvidos no processo.

Duarte & Diogo (2000) ressaltam que as orientações devem ser individualizadas e relacionadas ao contexto apresentado, e a todos os envolvidos no processo cabem responsabilidades que devem ser classificadas e estabelecidas como necessárias para o alcance das metas previstas.

De acordo com Caldas (1995 *apud* CALDAS, 2003), a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado de um familiar é

imensa. E não se deve esperar que os cuidados sejam entendidos e executados corretamente sem que os responsáveis pelo paciente sejam orientados. Quando questionados sobre a possibilidade de reuniões para um melhor cuidar, muitos relataram a vontade de trocar idéias e aprender, como mostra as falas abaixo:

[...] Outro dia eu vi na televisão falando, que agora tem até um profissional, que é até uma profissão cuidar de idoso, eu vi falar na televisão, seria legal. (Mulher Maravilha).

[...] Olha seria bom a pessoa assistir porque a gente aprende. (Shera).

[...] Que eu precisaria de uma orientação né. (Lara Croft).

[...] Eu acho uma coisa direita, como se diz, são coisas que a gente aprende mais, né. Eu nunca cuidei de idoso, eu por exemplo se assistir algumas reuniões, já eu vou aprender algumas coisas, por que eu faço aquilo que sei que posso, né. Agora outras coisas eu não sei como fazer. (Fênix).

Seria fundamental que os profissionais de saúde treinassem o cuidador e supervisionassem a execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso até que a família se sentisse segura para assumi-las. A família deve ser preparada para lidar com os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham essa responsabilidade.

Referências

- BACELAR, Rute. *Envelhecimento e produtividade: processos de subjetivação*. Recife: Fasa, 2002.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERQUÓ, Elza. Considerações sobre o envelhecimento da população do Brasil. In: NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin (Orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1999. p. 11-40.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <http://portalweb02.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf> Acesso em 21 junho 2005.
- CALDAS, Célia P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 733-781, jun. 2003.
- CARVALHO FILHO, Eurico T.; PAPALETTO NETTO, Matheus. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2005.

CERQUEIRA, Ana Teresa de A. R.; OLIVEIRA, Nair I. L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol. USP*. v. 13, n. 1, p. 133-150, 2002.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

GONÇALVES, Lúcia H. T.; VAHL, Eloá A. C.; BORGES, Isabel C. O idoso contador de história: a autopromoção de um envelhecimento criativamente bem-sucedido. *Texto & Contexto*, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 94-115, ago. 2001.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

MARQUEZ FILHO, Ernesto. *Atividade física no processo de envelhecimento*. 1996, 76f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

MOTTA, Luciana B. Repercussões médicas do envelhecimento. In: VERAS, Renato P. (org.). *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999. cap. 6, p. 107-124.

PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*. v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003.

SHELP, Diogo. Se fôssemos feitos para durar 120 anos. *Veja*, São Paulo, v. 37, n. 9, p. 92-94, mar. 2004.

VERAS, Renato P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

Integralidade e saúde da população: a construção da Estratégia Saúde da Família em distrito brasileiro

SELMA MARIA DA FONSECA VIEGAS¹
CLÁUDIA MARIA DE MATTOS PENNA²

Introdução

As necessidades de atenção à saúde de populações residentes em pequenos distritos brasileiros ficam visíveis quando estas buscam atendimento em um serviço de saúde e se deparam com a dificuldade de acesso aos cuidados e assistência ferindo ao direito de “saúde para todos”. Para a melhoria da acessibilidade, os municípios investem na implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), mas a cobertura populacional prevista de no máximo 4.500 habitantes é um fator agravante. Muitos distritos rurais, por falta de habitantes suficientes para implantar uma equipe, agrupam-se a outros, formando equipe itinerante para a cobertura assistencial. É importante considerar, ainda, o difícil acesso a muitas localidades rurais, onde faltam estradas, pontes e transporte, limitando a abrangência e cobertura da população residente em áreas isoladas.

A expansão da ESF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas prioritariamente em comunidades antes restritas quanto ao acesso

¹ Enfermeira. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFMG. Bolsista FAPEMIG. Endereço eletrônico: selmamfv@yahoo.com.br

² Docente – Adjunto III. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFMG. Doutora em Filosofia da Enfermagem – UFSC; Pós-doutorado em Ciências Sociais – Université René Descartes – Paris V – Sorbonne. Endereço eletrônico: cmpenna@enf.ufmg.br

aos serviços de saúde. Entretanto, apenas o aumento do número de equipes não é indicativo que a integralidade das ações tem ocorrido. São necessárias análises qualitativas do trabalho da ESF realizado nos municípios brasileiros, particularmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos (ALVES, 2005).

Entende-se que a integralidade consiste em um conceito polissêmico, com dimensão plural, ética e democrática, revelada em diferentes saberes e práticas cotidianas do trabalho e vivência dos sujeitos (educadores, trabalhadores de saúde, usuários e gestores), e se expressa de forma particular e própria em diferentes contextos (MATTOS, 2001; PINHEIRO, 2005).

A integralidade, como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), assume uma definição legal relacionada à integração das ações realizadas nos diferentes níveis de complexidade situados em cada caso, segundo a dinâmica do processo saúde-doença (KANTORSKI *et al.*, 2006). Na ESF, a equipe de saúde está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita até acompanhamento ambulatorial dos portadores das mais diversas enfermidades. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF (ALVES, 2005). Neste contexto indagamos: como construir a integralidade da assistência considerando as especificidades de cada lugar? O que deve ser considerado para a implantação da ESF no cenário desse estudo?

Este artigo tem por objetivo descrever as concepções de saúde-doença e as necessidades de atenção à saúde da população residente no distrito de Caju, discutindo-as sob o princípio da integralidade e a implantação da ESF.

O percurso metodológico

O presente trabalho é parte de uma pesquisa ampliada, cuja finalidade foi compreender as concepções de saúde e doença de moradores de uma região endêmica para esquistossomose, suas necessidades de atenção à saúde da população e como esta busca soluções para os seus problemas de saúde.

O trabalho de campo foi desenvolvido em 2005, em Caju, distrito de Jequitinhonha, município situado no Vale do Jequitinhonha em

Minas Gerais, Brasil. O distrito fica a 40 quilômetros da sede, com acesso por estrada não-pavimentada, após travessia por balsa pelo Rio Jequitinhonha. São 600 habitantes, com 200 residentes em aglomerados de casas à beira de córregos, localizados em média entre três a oito quilômetros de distância da Vila. Tem escola de ensino fundamental, centro de saúde com uma auxiliar de enfermagem para atendimento de pequenas urgências e distribuição de medicamentos.

O atendimento médico é realizado quinzenalmente, e o de maior complexidade em saúde se realiza na área urbana do município. É importante ressaltar que nem sempre havia disponibilidade de medicamentos e material de curativo e o transporte até a zona urbana é por ônibus, e nos casos graves pela ambulância que serve à região, que nem sempre está disponível. Não conta com saneamento básico, a água utilizada para uso doméstico é proveniente de córregos e/ou cisternas, ou chafariz comunitário. As casas são construções simples e possuem luz elétrica. A principal atividade econômica é a pecuária e a agricultura de subsistência. A maioria das famílias recebe Bolsa-Família e no período da coleta de dados não era área coberta por equipe da ESF.

Os sujeitos da pesquisa foram dez moradores, a maioria do sexo feminino, acima de 18 anos. As entrevistas individuais foram realizadas nas residências, a partir de um roteiro básico sobre saúde e doença e a relação com o lugar, e gravadas com permissão prévia. Eles foram informados sobre a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo COEP – UFMG, protocolo 0165.0203.-000-05.

A análise de dados fundamentou-se no referencial de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977) e foi organizada em duas categorias: “Saúde enquanto construção da vida cotidiana” e “Necessidade *versus* realidade: confronto diário em busca de qualidade de vida”.

Saúde enquanto construção da vida cotidiana

O processo de ser saudável e de adoecimento das pessoas está relacionado com as questões socioculturais, ambientais, além das biológicas e das interações estabelecidas com o espaço onde vivem. Daí a necessidade de compreender o cotidiano das pessoas, como

o vivenciam e enfrentam as adversidades diárias na construção de seu processo de viver (PENNA, 2007).

As concepções de saúde e doença dos sujeitos denotam a experiência de vida e trazem à tona todas as dificuldades e prioridades de um povo que possuía limites para o acesso e cuidados integrais à saúde. Saúde não é entendida como o oposto qualificado da doença, a experiência vivida coloca-nos um conceito ampliado de saúde.

Na Constituição Brasileira de 1988, *saúde* é conceituada como resultado das condições de vida das pessoas. Não conseguida apenas com assistência médica, mas principalmente pelo acesso das pessoas a emprego, salário justo, educação, habitação, saneamento, transporte, alimentação, cultura, lazer e acesso a um sistema de saúde digno e de qualidade. Como representação deste conceito, a experiência vivida é relatada pelo entrevistado com argumentação sólida, e saúde é reconhecida como “harmonia”:

Saúde? Acho que é uma harmonia que o corpo tem que responder pra você desenvolver todas as suas tarefas. As pessoas só tão bem se têm saúde, o corpo tem que estar em harmonia, psicologicamente [...] uma alimentação boa [...] igual na comunidade, eu acredito que o essencial é ter água tratada, saneamento básico [...] que não tem aqui [...] isso tudo contribui pra que o corpo tenha saúde. (E9).

Saúde é referenciada pelos entrevistados como vida ativa, “fazer tudo”, com associação ao cotidiano e isso se reflete nas relações com as pessoas mais próximas e a condição de “vida”:

Eu acho que é tudo [...] Se não tem saúde, não vai conseguir trabalhar, ânimo pra nada [...] Saúde é a vida (E₁₀).

Serve pra ajudar cuidar das pessoas, da gente, do trabalho, infelizmente se não tiver com saúde boa, não pode fazer o serviço da casa, não pode cuidar bem (E6).

Os entrevistados revelam, ainda, que saúde “é ser tratado no que está precisando”, o que remete ao conceito de compensação, pois a falta da terapêutica e água tratada é estar na condição de doente:

Saúde pra nós aqui é muito bom, porque o que nós estávamos precisando era tratamento de xistose, porque o que estraga aqui é xistose. Tomamos medicamentos, que dizem que a saúde nossa ficou boa (E4).

A gente espera que eles cuidem dessa água porque se não tiver uma água boa não vai ter uma boa saúde (E6).

Ainda se convive, infelizmente, com a prestação de assistência à saúde agindo sobre um determinado vetor, ou sobre uma determinada doença infecciosa, sem uma visão ampla e uma ação integral, segundo os problemas que afetam as comunidades. A partir dessas constatações, as ações programáticas necessitam ser repensadas no sentido de desenvolver ações que reduzam, concomitantemente, os múltiplos fatores relacionados ao adoecimento.

O enfrentamento de problemas cotidianos da população de baixa renda e sua relação com as situações de vida e saúde, suas necessidades básicas humanas, como a alimentação, apontam para o reconhecimento e direcionamento de ações que propiciem “saúde” enquanto qualidade de vida:

Porque o dia de serviço da gente num paga o que se come num dia. Então você só continua sendo devedor, saúde a gente num tem, num tem (E8).

Ao saber que o estado de saúde de uma população é reflexo “passivo” das condições de vida materiais, torna-se indispensável considerar as respostas sociais dadas aos problemas, sob a forma de gestão social, não exclusivamente da saúde e da doença, mas também da vida cotidiana como um todo. Isto implica um esforço de compreensão dos problemas ligados à alimentação e a capacidade de mobilização de “recursos sociais”, capazes de dar um tipo de resposta aos problemas encontrados e das trajetórias sociais que levam os indivíduos a se encontrarem em tal situação (GERHARDT, 2003).

É necessário situar-nos além das interpretações para compreensão de fatos vividos num local onde a assistência básica à saúde é insuficiente, e onde as crenças, os chás e a religiosidade estão acima de muitas outras práticas não concebidas no processo de adoecer.

Onde falta o essencial, abaixo de Deus é a saúde:

Eu só posso responder que saúde é muito importante pra gente. Com saúde a gente consegue fazer tudo. Abaixo de Deus, é a saúde. (E1).

A gente vive num país que infelizmente só Deus pra poder tomar conta das pessoas de bom senso. (E8).

O sofrimento, desafios e transições da vida impulsionam as pessoas além de suas próprias capacidades, levando-as a um processo dinâmico de enfrentamento no qual, crenças e práticas religiosas estão inseridas. A afirmação de que a religiosidade possa ser uma fonte rica para encontrar propósitos de vida, assim como para formular orientações cognitivas e avaliações de situações vitais, evidencia seu potencial como função mental de buscar sentidos para viver (SOUSA *et al.*, 2001).

A fronteira entre a saúde e a doença é imprecisa se considerada simultaneamente, mas para um indivíduo é precisa se considerada sucessivamente. As concepções de “doença” retratam o sofrimento cotidiano e as crenças de uma população interiorana onde o sofrimento é expresso como vivenciado:

Não sei, às vezes dói, eu sinto uma coisa, dói as pernas, a pressão [...] (E2).

No adoecimento é o sujeito que avalia a transformação, sofre suas conseqüências, quando ele se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe (CANGUILHEM, 1995). Doença é vivida como uma gravidade, que dá medo, como se fosse um começo da morte; todas essas especificações revelam a situação de dificuldades para adquirir cuidado e procedimentos terapêuticos:

Doença [...] tem vários tipos, que a gente não vai falar assim da doença [...] uma mínima coisa leva assim como se fosse uma doença. Mas uma doença mesmo, que eu imagino, é não estar bem e se trata de uma gravidade (E5).

Explicar o que é doença [...] Quando o corpo não está bem você tem alguma manifestação, sente algum mal estar (E9).

Sei lá [...] doença é ruim. Tenho medo de falar que estou doente. [...] Imagina se eu tivesse câncer, ia saber que a cada dia ia morrer um pouquinho e eu não queria saber [...] é pior. Num lugar igual esse que não tem médico, a gente não vai ter ajuda. Muitas vezes quando alguma pessoa tem alguma doença aqui eles já olham com desprezo, com medo, acho que seria o começo da morte (E10).

O ser humano não se limita a seu organismo. Ele só se sente em boa saúde – que é, precisamente, a saúde – quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às exigências, mas, também normativo, capaz de seguir novas normas de vida. A saúde

é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário de criador de valor, de instaurador de normas vitais (CANGUILHEM, 1995).

As noções de bem-estar, ou qualidade de vida, termo por nós atribuído, dependem das escolhas feitas, das ponderações realizadas, das valorizações relativas. Em poucas palavras, dos sentidos atribuídos aos valores confrontados. O mesmo vale para a saúde (GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003).

Segundo os entrevistados, o viver em Caju revela saúde e doença vivenciada na dimensão física, social e ambiental, carregada de uma compreensão dolorosa e ao mesmo tempo valorativa de que viver com saúde é desejável, mas não totalmente pleno.

Necessidade *versus* realidade: confronto diário em busca de qualidade de vida

No processo de construção de ambientes/indivíduos/comunidades saudáveis são fundamentais conceitos como direitos de cidadania: lazer, moradia, trabalho, equidade, responsabilidade social pela saúde, participação, etc. Essa dinâmica necessita de determinadas ferramentas técnicas, como o acesso à informação, à educação, à gestão dos recursos disponíveis etc. (CAMPOS, 2003).

Saúde não é uma totalidade em si, nem uma relação imediata com a doença ou um estado definido biologicamente. Ela é a possibilidade de ter esperança e potencializar esta esperança em ação. Nesta perspectiva, a expressão mais correta para designar a práxis em saúde não é nem prevenção e nem promoção, mas potencialização, que demanda ações no plano biológico, subjetivo, social e ético, transformando figuras eliminadas das políticas públicas em espaços e estratégias privilegiadas como a emoção, a intimidade e a temporalidade (GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003).

Em Caju, as dificuldades encontradas para desenvolver a assistência são relatadas por um profissional de saúde:

Sou auxiliar de enfermagem, e encontro-me em situação muito difícil porque você vê paciente sofrendo, dependendo de uma assistência médica imediata, e você fica numa situação muito difícil. Têm pessoas que não têm condições financeiras nenhuma de arrumar um carro particular (E5).

Nesta situação, a população é cuidada na sede municipal ou em outros municípios, onde o acesso se torna o fator limitante para as ações integrais. Em consequência da forma como é organizado o processo de trabalho em saúde, que deveria buscar integrar ações curativas com as de promoção e de prevenção à saúde, é comum a existência de filas de usuários, desde a madrugada, em busca de “uma ficha” para atendimento médico. Parece haver, nesses casos, a importação da lógica dos serviços de emergência e de urgência ao trabalho da atenção primária à saúde:

A gente sai do assentamento (MST) pra poder ir ao Hospital, no Posto de Saúde. Quando a gente chega lá, não tem prioridade [...] Tem a quantidade de fichas que é marcada [...] Quando as pessoas têm casa para dormir, mesmo assim tem que acordar quatro, três horas da manhã, senão não consegue. Eu não acredito no nosso país não. Eu ainda me recordo, na época que Cazuza falava que país é esse [...] A gente nunca vai entender (E8).

A forma como se organizam a sociedade e suas práticas sociais é por si só, determinante para a definição dos problemas de saúde e do modo de solucioná-los. Para alguns moradores a “melhoria” tem de vir deles, ter alguém que corresse atrás, que buscasse água, transporte, saúde:

Entra um administrador, sai administrador. Esse interesse de melhorar é muito pouco. Você acaba desiludindo [...] Quem trabalha na saúde, no meu caso, há 27 anos [...] Sei lá mexe muito com a gente. É isso aí, essa tentativa de querer melhorar, mas é difícil (E5).

Eu acho que depende de nós mesmos. Porque se ficar esperando que prefeito faça, o vice, nunca vai acontecer. A gente mesmo deve buscar a melhoria. Igual quem pega o lixo e joga dentro do córrego [...] Pega e queima. Tem tanta coisa melhor pra fazer. Mas eu acho que tinha que ter alguém que corresse atrás, buscasse água, transporte, saúde (E10).

Desde quando vim pra cá percebo que as pessoas atribuem esses problemas a falta de transporte, de assistência da saúde, esperam muito pela administração do Município tomar a frente. A própria comunidade não toma iniciativas pra poder resolver esses problemas [...] É preocupante e é preciso mudar essa realidade que a gente vive. Porque essa vontade de mudar não é suficiente quando faltam recursos [...] financeiros pra poder mudar essa realidade (E9).

É conhecido que esse tipo de proposta de melhoria de assistência à saúde depende de inúmeras variáveis, tendo a Secretaria de Saúde uma responsabilidade apenas limitada para seu alcance. Muitas vezes, vai depender de múltiplas estratégias, iniciando-se pela própria consciência dos indivíduos e famílias de que isto é possível e desejável. O setor saúde não pode, de forma isolada, alcançar esta meta. Mas, ao mesmo tempo, deve exercer um papel de liderança, decisiva para estabelecer esta agenda.

O estabelecimento de ações intersetoriais deve permitir que surjam contribuições para a solução dos problemas de saúde, aquelas que emergem de discussões comunitárias. As prioridades poderão transformar-se em pautas positivas, promotoras de saúde. A educação e a informação para a saúde passam a ser fundamentais nesse processo, na medida em que aumentam a consciência sanitária dos cidadãos e intensificam a participação dos mesmos na definição de prioridades. O desenvolvimento sustentável vê o ambiente como realidade e totalidades integradas, e o homem como parte das mesmas, vivenciadas segundo lugares singulares, uma base territorial, processos sociais vividos localmente. Assim é possível constituir-se um processo de reflexão coletiva sobre as condições de vida das comunidades e sobre como estas contribuem para o estado de saúde e para a qualidade de vida (CAMPOS, 2003).

Para a promoção da saúde em Caju, seria imprescindível trabalhar a consciência sanitária por meio da educação para a saúde, a intervenção sobre o lixo domiciliar, sobre a qualidade da água, do saneamento e das condições de moradia.

Os entrevistados relatam sobre a falta de assistência à saúde, que a comunidade é deixada de lado, e vêem necessidade de mudar essa realidade em que vivem. Em se tratando do setor saúde, porém, é justificável a impaciência apresentada com relação à lentidão das mudanças, frente às urgências da população por mais saúde:

Só Deus para dar um jeito, eles (políticos) prometem, mas não cumprem nada. Dá um remedinho, aqui pra tomar, não cura a situação. O jeito é conformar. Porque num tem outro jeito. Tem que ter fé em Deus e tocar a vida pra frente (E8).

Cortou tudo. Médico mesmo não veio nenhuma vez, e remédio aqui no Posto não tinha nada, e a única coisa que ainda continuou foi

o transporte para pegar menino, aqui no Caju, mas pra levar pra fora igual a gente estudava segundo grau mesmo, não teve (E10).

Principalmente sobre saúde, a água, a gente ter uma água boa. É, toda vez que entra um novo Prefeito fala aquela conversa bonita que vai fazer um tratamento da água para os moradores do Caju (E6).

Apesar de promissora, a promoção da saúde é ao mesmo tempo desafiadora e complexa, tanto política quanto tecnicamente. Muitas ações envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde, o que implica no estabelecimento de agendas públicas com a participação de diversos atores, envolvendo pessoas e comunidades para se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida (CAMPOS, 2003).

Há também saúde ligada à política. Porque quando chega na época da política eles prometem, manda médico todo dia. Mas não existe isso não, aqui na realidade as pessoas acham que não tem doença e que está bom de saúde, mas acho que 100% daqui é doente. Eu mesmo não posso falar que tenho boa saúde (E8).

E a saúde como prioridade:

A saúde é uma coisa prioritária. Se num tem saúde você não tem nada [...] Só vê as pessoas dizendo, os políticos, são eles que vão melhorar a saúde [...] Mas na realidade é complicado [...] A vida da gente é sofrida. Promete emprego, a gente sabe que não tem condições de dar emprego (E8).

Reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e competência necessária para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos da vida, considerando a existência das barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção à saúde, como alcançar respostas? Para apresentar respostas às necessidades de saúde dos usuários é necessário compartilhar experiências pessoais com a comunidade, com os profissionais de saúde da equipe local e as autoridades competentes para a integração de serviços, em favor de um interesse comum: a integralidade em saúde. A concretização dessa imagem ideal de um sistema de saúde “sem barreiras ou muros”, tem se mostrado de difícil realização, mas é necessária uma interação democrática entre os atores – usuários, profissionais na oferta do cuidado e gestores em saúde.

É abordado que a saúde local é péssima, porque o tratamento é muito difícil, por ser referenciado:

A saúde aqui é péssima [...] O tratamento aqui é muito difícil [...] Tem que sair pra fora. Aí tem hora que as condições não dão, tem que ficar pelejando. Agora quebrei a perna. Nem consegui a revisão em Teófilo Otoni, tenho que passar por outra cirurgia. Aí os papéis tão até lá na Secretaria, só falta eles encaminharem (E7).

Há urgência de se corrigir a tendência a uma assistência exclusivamente voltada para a atenção básica, em virtude da pequena capacidade, dos municípios, de proverem os investimentos necessários para se prestar serviços de assistência hospitalar, ou serviços especializados (CAMPOS, 2003). Havendo problemas na referência para especialidades, o mais complexo torna-se também difícil. Estes fatos podem comprometer os avanços na construção dos sentidos da integralidade.

Considerações finais

Os dados permitem reconhecer a integralidade como um eixo organizativo de ações em saúde, para atender às necessidades de saúde das populações e garantir acesso aos níveis de atenção à saúde, sendo o mais complexo o seu principal desafio. Para se alcançar a integralidade no sistema de saúde faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade à concretização deste princípio. Especialmente pela necessidade de se enfrentarem os problemas de saúde vividos pela sociedade brasileira como uma totalidade social, ambiental, sanitária, epidemiológica e assistencial.

Sem mudanças nos pressupostos e paradigmas a nortear o modelo assistencial brasileiro, não se pode esperar resposta satisfatória aos problemas que se apresentam no dia-a-dia da interação da população com os serviços de saúde. Para que as ações de saúde atendam ao princípio de integralidade mediante a demanda de serviços dessa população, implica uma assimilação deste princípio em prol da reorientação do modelo assistencial: integral, humanizado e compromissado.

As pessoas informantes da pesquisa residentes em Caju-MG relatam a necessidade de atenção à saúde, referindo-se à figura do médico e à água tratada, entre outras demandas em saúde. Após a coleta de

dados em 2005, foram alcançados alguns benefícios como água tratada e a equipe rural da ESF. Essa equipe, que atualmente atende a essa população semanalmente, chegou a esse distrito em 2006.

No distrito de Caju, as pessoas ainda morrem vítimas de esquistossomose e a integralidade pressupõe atuar sobre os determinantes e os riscos de adoecimento; caberá, então, salientar para todos os indivíduos e famílias que o quadro não é irreversível e que pode ser superado. A riqueza desse processo de trabalho fundado na integralidade está em poder estabelecer novos elos causais e soluções que podem extrapolar o atendimento pontual e fragmentado dos problemas de saúde e contribuir para a organização da comunidade no esforço de melhorar as condições de saúde. Atualmente Caju está coberto por uma equipe rural da ESF. A equipe local é, portanto, responsável por todos os aspectos implicados com a saúde e deve ter o compromisso de partilhar com a comunidade os possíveis caminhos e as decisões a respeito da promoção, da prevenção e do atendimento à saúde das famílias a ela referidas, buscando o princípio constitucional da integralidade.

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 (Botucatu)*, set./fev, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- CANGUILHEM, Georges. Doença, cura, saúde. In _____. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995. p. 144-163.
- CAMPOS, Carlos E. A. *O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família*. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina e Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva/UFRJ. Rio de Janeiro, 2003.
- GERHARDT, Tatiana E. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n.3, p.713-726, 2003.
- GOLDENBERG Paulet; MARSIGLIA Mara H. G.; GOMES, Mara H. A. (orgs). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens das Ciências Sociais em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- KANTORSKI, L. P. *et al.* A integralidade na gestão à saúde na perspectiva da gestão no município. *Rev. Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-441, jul-set. 2006.

MATTOS, Ruben A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. 2001. Disponível em: http://www.fameca.br/caer/esq_artigos/06.htm. Acesso em: 24 Jun. 2007.

PENNA, C. M. M. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores residentes em um distrito brasileiro. *Rev Texto & Contexto Enfermagem*, v. 16, n. 1, p. 80-88, jan-mar. 2007.

PINHEIRO Roseni. *A integralidade e prática social*. 2005. Disponível em: <http://www.lappis.org.br>. Acesso em: 15 abr. 2007.

SOUSA, Paulo L. R. *et al.* A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. *Psiquiatria na Prática Médica (UNIFESP)*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 112-117, 2001.

Integralidade nas ações cotidianas de gestores e trabalhadores do setor saúde: um estudo de caso no município de Belo Horizonte¹

CLÁUDIA MARIA DE MATTOS PENNA²

MARIA JOSÉ MENEZES BRITO³

ANA PAULA AZEVEDO HEMMI⁴

Introdução

O presente trabalho tem como ponto de partida os seguintes questionamentos: quais ações integrativas e resolutivas têm sido realizadas no setor saúde, com vistas à diminuição das iniquidades? Como a integralidade e a equidade têm sido implementadas no trabalho cotidiano de gestores e equipes de saúde dos vários níveis hierárquicos do setor saúde? Como têm sido estabelecidas as relações intra e intersetoriais da prática cotidiana resolutiva dos trabalhadores de saúde?

A Reforma Sanitária, que se instaurou na década de 70 no Brasil, trouxe conceitos como descentralização, equidade, universalidade, resolutividade e integralidade para os discursos e documentos que se propõem a reformular as políticas públicas do setor saúde.

Assim é que o Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado pela Constituição de 1988 e homologado pela Lei Orgânica da Saúde

¹ Pesquisa financiada pelo CNPq.

² Escola de Enfermagem – UFMG; Docente Adjunto III; Doutora em Filosofia da Enfermagem – Pós-doutorado em Ciências Sociais (Paris V). Núcleo de Pesquisa em Administração de Enfermagem (NUPAE) – Linha Processo de Trabalho em Saúde. Endereço eletrônico: cmpenna@enf.ufmg.br

³ Escola de Enfermagem – UFMG; Docente Adjunto II; Doutora em Administração; Núcleo de Pesquisa em Administração de Enfermagem (NUPAE) – Linha Processo de Trabalho em Saúde.

⁴ Escola de Enfermagem – UFMG; Enfermeira – Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Professora Substituta da Escola de Enfermagem. Endereço eletrônico: anahemmi@yahoo.com.br

(LOS) n. 8.080/90, tem como diretrizes básicas a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; a integralidade na assistência; buscando operacionalizar tais princípios na descentralização da gestão, com resolutividade dos problemas da população, integrando serviços de saúde, quer público ou privado, em uma rede hierarquizada de assistência, com participação de organizações populares nas decisões dos rumos das políticas de saúde do país, no exercício de cidadania da população.

É evidente que esta pode ser apenas uma leitura da Carta Magna ou uma interpretação da LOS, mas o fato é que entre o discurso, os documentos e a realidade das reformas existe um hiato que parece difícil de se preencher.

Em quase 17 anos de implantação do SUS, não se podem negar os avanços ocorridos no setor, que teve como base operacional a descentralização da gestão. Não obstante esse inegável avanço, e exatamente por isso, impõe-se superar tradicionais e históricas dicotomias, no setor saúde, entre o universal e o particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o rural e o urbano, o carente e o não-carente, a assistência médica previdenciária e a não-previdenciária, e entre o discurso e a prática das políticas de saúde (CONH *et al.*, 1991).

A descentralização, que transferiu para o município o “poder de gestão dos serviços centrados nos órgãos estaduais e federais sediados em seu território, com financiamento tripartite e a construção de um novo modelo de atenção à saúde” (CAMPOS, 2003, p. 13), desvelou vieses que se mantinham ocultos. O fato de o planejamento ficar mais próximo da população atendida pode ter sido um dos motivos que reforçou desigualdades até então camufladas.

Dezesseis anos após as constatações dos autores supracitados, tais dicotomias ainda não foram superadas. Apesar do discurso e propostas de uma rede de atenção à saúde hierarquizada e complementar, entre o público e privado; atendimento a uma demanda organizada, sem negligenciar necessidades individuais, prestado por uma equipe interdisciplinar, centrado na clientela; com a co-participação desta na busca de soluções para os problemas coletivos; parece que a integralidade, a equidade e a resolutividade não têm sido desenvolvidas no cotidiano de parte das unidades de saúde.

A equidade reafirma a justiça social. Em um país de excluídos, apesar dos esforços, a inclusão não parece ser de fácil solução. Na saúde, a equidade não pode se resumir apenas a uma questão de maior acesso ao atendimento por parte da população. Isto quer dizer que um aumento das unidades básicas de saúde (UBS) para atender um maior número de pessoas de forma igualitária não resultaria na diminuição da desigualdade.

É necessário distinguir “equidade em saúde” de acesso e consumo de serviços, pois os determinantes das desigualdades do processo de adoecer e morrer das pessoas diferem daqueles referentes à acessibilidade e consumo. Os primeiros refletem desigualdades sociais que muitas vezes não são resolvidas com um atendimento igualitário, que apesar de necessário, não são suficientes para resolver as questões existentes no processo de adoecer e morrer das pessoas (TRAVASSOS, 1997).

A autora ainda afirma que a utilização de serviços pode ter impacto negativo, se ele não estiver aliado à qualidade dos cuidados ou procedimentos eficazes. Por mais acesso que se possa ter aos serviços, por mais que se possa planejar e organizar a saúde, por mais modelos de assistência que se programem, a execução direta do atendimento vai além da técnica. O cotidiano dos serviços de saúde está permeado pelas relações sociais que os diversos atores mantêm entre si. De um lado, está a população com suas necessidades; de outro, os profissionais de saúde responsáveis diretos pela resolução dos problemas e, conseqüentemente, pela implementação de uma política de saúde com qualidade. Não se pode omitir que os profissionais também possuem problemas que vão desde as condições de trabalho aos salários que recebem, nem sempre satisfatórias, para permanecer apenas nas questões profissionais.

Essas constatações nos fazem refletir, também, sobre a integralidade de forma mais ampla possível, entendendo que “a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas” (CECÍLIO, 2001, p. 117).

Alguns estudos realizados sobre equidade e resolutividade mostram, geralmente, indicadores quantitativos de avaliação do acesso

aos serviços. Entre eles, Junqueira *et al.* (2002) realizaram trabalho de avaliação do sistema de saúde em Belo Horizonte, identificando de que maneira as ações governamentais, como o Projeto Vida, contribuíram para a redução das desigualdades de saúde do município; como também Malta e Merhy (2002) analisaram modelos de intervenção, Projeto Vida e o Acolhimento, buscando relação entre estes e o impacto na assistência da população infantil de Belo Horizonte. Nos dois trabalhos, evidenciou-se a importância da intervenção do gestor na busca conjunta de resolução dos problemas da população e na implantação de práticas sanitárias que possam modificar a realidade de saúde do município. Também ressaltam a importância da participação dos trabalhadores, que são a “comissão de frente” no setor saúde, responsáveis diretos pelas mudanças que possam vir amenizar as desigualdades sociais.

Segundo Schraiber (1999), para que uma UBS domine a complexidade epidemiológica de sua população-alvo, com técnicas compatíveis, qualidade assistencial, seria necessário conhecer quem é o trabalhador coletivo da mesma. Considerando a necessidade de mudanças das práticas sanitárias no cotidiano dos serviços, a importância de uma equipe multiprofissional comprometida, com capacidade resolutiva frente aos problemas apresentados.

Desde 1998, a Prefeitura de Belo Horizonte vem discutindo fundamentos para o atendimento do setor saúde, embasados na integralidade das ações a partir de uma integração possível no trabalho em equipe, com respaldo do gestor local e participação da população. Perpassam aí uma discussão sobre intersetorialidade e um entendimento de quem são os reais parceiros na busca resolutiva para as questões das iniquidades em saúde da população atendida.

O projeto municipal que se iniciou com a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS / PROGRAMA BH VIDA em 2000, culminou com o Programa de Saúde da Família (PSF) em 2002, apresenta outra discussão. A partir de uma avaliação e de uma proposta da atual Secretária de Saúde de Belo Horizonte (SMSA) – intitulada BH VIDA: SAÚDE INTEGRAL, implantada em Belo Horizonte, com eixo principal na organização da Atenção Básica, por meio do PSF, e com organização de linhas de cuidados em todos os níveis de assistência prestada à população.

Evidenciando-se, no entanto, problemas que precisam ser enfrentados:

Na estrutura física e recursos logísticos da rede na questão dos recursos humanos em todas as suas dimensões (contratação, formação, desenvolvimento e gestão do processo de trabalho) e na organização local do processo assistencial. (BELO HORIZONTE, 2003, p. 2).

Estabelece-se aqui outra questão, quando se fala em integralidade e equidade no processo assistencial do SUS, e que interfere sobremaneira no processo de referência e contra-referência do setor saúde. Esses princípios parecem fazer parte apenas da prática cotidiana dos trabalhadores de saúde das unidades básicas. Entretanto, perpassa pela proposta a intersetorialidade e a complexidade do setor que possui uma rede hierarquizada de atenção à saúde da população.

Estendemos a afirmação de Almeida e Mishima (2001, p. 151) para todo o setor saúde:

A este desafio de estabelecer um plano de ação que se volte para um olhar vigilante e uma ação cuidadora sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo essa compreendida como parceira da equipe de saúde.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivos:

- Compreender e analisar integralidade, equidade e resolutividade nas ações cotidianas de saúde de gestores e profissionais de saúde que integram a rede hierarquizada de saúde de Belo Horizonte.
- Identificar ações integrativas e resolutivas intersetorialmente na prática cotidiana de gestores e equipes de saúde de Belo Horizonte.

Metodologia e estratégia de ação

A metodologia de escolha para compreender os princípios básicos nas ações cotidianas que vivenciam gestores e profissionais de saúde, que integram a rede hierarquizada de saúde de Belo Horizonte, foi um estudo de caso de caráter qualitativo. Abrangendo diversas instituições de saúde de Belo Horizonte, como UBS, Pronto Atendimento, Ambulatórios e Hospitais.

A opção por um estudo de natureza qualitativa se deu em face da possibilidade de investigação da realidade social para além do

observável na superfície e do quantificável. Para Minayo (1999), as ciências sociais, por se preocuparem com os significados, vêm ganhando força na atualidade por meio do fortalecimento da introspecção do homem e da observação de si mesmo, ressaltando questões que até, então, passavam despercebidas e, a nosso ver, negligenciadas pelos métodos quantitativistas.

Em relação ao estudo de caso, este vem sendo utilizado de forma extensiva em pesquisas da área das ciências sociais. Segundo Yin (2001), o estudo de caso apresenta-se como estratégia adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real e podem ser complementados por outras investigações de caráter exploratório e descritivo. O estudo de caso, ainda segundo o autor, é utilizado como estratégia de pesquisa nos estudos organizacionais e gerenciais, contribuindo de forma inigualável para a compreensão de fenômenos complexos, nos níveis individuais, organizacionais, sociais e políticos e permitindo a preservação das características significativas dos eventos da vida real. Buscou-se nos estudos alcançar o nível individual considerando-se as ações desenvolvidas pelos trabalhadores em suas atividades específicas e dos gerentes no desenvolvimento da função gerencial no contexto que vai desde as Unidades Básicas de Saúde à daqueles que trabalham nos hospitais privados de grande e médio porte de Belo Horizonte.

Assim, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, nas quais foram abordadas a compreensão de gestores e trabalhadores de saúde sobre integralidade, equidade e resolutividade, bem como a percepção sobre trabalho em equipe e intersetorialidade na prática cotidiana dos mesmos. Também foram utilizados como fonte de dados documentos (organograma, estrutura de papéis e descrição de cargos e funções, regimento e regulamento) e observação não-participante, sendo esta constituída instrumento complementar na captação da realidade empírica dos sujeitos da pesquisa, quer estejam na prática da assistência, quer no exercício da função gerencial (TRIVIÑOS, 1987).

A análise baseou-se na técnica de análise de conteúdo, sendo os demais dados submetidos a análise documental (BARDIN, 1995).

Alguns achados e reflexões

A análise dos dados advindos dos resultados revelam possibilidades e algumas reflexões. Ao propor este estudo, acreditávamos na existência de um hiato entre a prescrição teórica da atual política de saúde e o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde. Porém, ao iniciarmos as entrevistas, indagamos qual o entendimento sobre integralidade ocorrendo um silêncio, uma dúvida, um não saber dizer. Mas, no transcorrer do diálogo, transparece nas falas, mesmo sem conceituar integralidade, uma prática diária envolvida por ações integrais. Isso nos faz afirmar que as ações integrais em saúde são uma construção cotidiana do trabalhador.

[...] a integralidade é um serviço coordenado de várias áreas profissionais, médico, enfermeiro, nutricionista, dentistas... de forma a dinamizar o processo, o processo ficar mais ágil, ficar mais dinâmico. (Médico UBS)

Bem eu acho que assim no [...] no trabalho que é assim [...] eu acho assim que prá ouvir o paciente qualquer pessoa pode estar apta a fazer isso. (Auxiliar de Enfermagem UBS).

A integralidade não é apenas um princípio do SUS, mas uma bandeira de luta do movimento de reforma sanitária. Parte de uma “imagem objetivo”, repleta de valores que devem ser defendidos e que, de acordo com Mattos (2004, p. 141), “tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade”, mas não impor como ela deve ser. Portanto, constata-se que a integralidade é realmente termo polissêmico e polifônico, ao qual não se pode atribuir um conceito fechado, mas sentidos distintos construídos na prática cotidiana resultantes do embate de diferentes vozes sociais, conforme ressaltam Pinheiro e Guizardi (2004).

Há uma multiplicidade de experiências coletivas baseadas não na institucionalização e na racionalização da vida, mas nas relações que cada profissional estabelece em seu mundo de trabalho, vivenciando momentos distintos que não se fundamentam apenas no rigor técnico. Talvez para conseguir respirar perante o sofrimento do outro, permitem no convívio diário integrar a subjetividade, o sentimento, a emoção, o lúdico. E que isto também faz parte da construção de um cuidado integral do outro e de si mesmo.

Entende-se que o projeto proposto pelo “BH-VIDA: Saúde Integral” não pode ser considerado, apesar de bem desenhado teoricamente, uma verdade única, ou seja, não pode se tornar uma “camisa-de-força”, que padroniza normas, protocolos, atribuições e metas para serem seguidas pelas equipes de Saúde da Família, com avaliação somente quantitativa do impacto das ações. Torna-se fundamental a reformulação do discurso e da racionalidade dessa proposta, para evitar o engessamento. Além disso, considerar que cabe à gestão do serviço intervir na melhoria das condições de trabalho e reconhecer a subjetividade do trabalhador, ou seja, as formas que estão inscritas no cotidiano dos trabalhadores, que mostram um querer viver, um vitalismo do grupo, que vai além da objetividade do programa. Pois os trabalhadores utilizam mecanismos de resistência, ou seja, das transgressões às normas, do jogo duplo, do corpo mole, como diria Rezende (1995), dos “respiradouros” para oxigenar sua prática cotidiana evitando uma hipóxia, decorrente da sobrecarga de trabalho e da cobrança constante em ter de produzir resultados.

A tentativa de fazer a busca da compreensão na amplitude dessa proposta se deve à certeza de que o PSF não pode ser pensado como uma estratégia de transformação isoladamente do restante da rede de assistência à saúde de Belo Horizonte. Assim, revelou-se que não cabe apenas à Equipe de Saúde da Família a responsabilidade de garantir o caminhar do usuário e a busca da intersetorialidade para se alcançar a integralidade ampliada, mas, sim, igualmente de todos os atores envolvidos na rede de cuidados progressivos.

Podemos afirmar que cabe à gestão e aos gestores buscar relativizar a racionalidade do projeto com várias nuances repletas de subjetividade que acontecem no dia-a-dia do trabalho do setor saúde, bem como propor espaços de reflexão conjunta com os trabalhadores para, assim, reconhecer que os discursos desses atores sociais e suas práticas são essenciais para a construção da integralidade em uma rede de cuidados que abranja todos os níveis de atenção.

É a gente estar trabalhando em conjunto com as outras pessoas: escolas, educação, por exemplo, a COPASA... Eu acho que integralidade é integrar mesmo a saúde com os outros órgãos. Eu acho que integralidade é integrar mesmo a saúde com os outros

órgãos. Então, acho que aqui no centro de saúde a gente trabalha mais ligado à educação. Eu não vejo os outros órgãos tendo essa... (Enfermeira UBS).

Na saúde pode se observar que existem alguns setores que existe ,outros não. No centro de saúde ,você vai observar isso com a maior frequência e outro observa –se com menos frequência. Eu vejo que as pessoas buscam cada vez mais a intersetorialidade , mas é uma coisa que está caminhando e vai depender da forma como a pessoa trabalha. (Assistente Social UPA).

Além disso, diante da carência quantitativa e qualitativa de profissionais para atuar no processo de construção do SUS em Belo Horizonte, aponta-se ainda, como tarefa da gestão, propor treinamentos pontuais descontextualizados do cotidiano de trabalho do PSF, ao invés de se priorizar a Educação Permanente em Saúde. Esta deve ser entendida, de acordo com Ceccim (2005, p. 173), como lugar central e finalístico das políticas de saúde, que reafirme a importância do trabalhador como protagonista efetivo desse processo. Dessa forma, retiram-se “os trabalhadores da condição de ‘recursos’ para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde”.

A prática da integralidade, ainda, é tida mais como uma utopia, sendo apreendida com um tom holístico, o todo indivisível a que o ser humano tem e deve estar sujeito: o direito a um atendimento no qual se consideram o biológico, o psíquico e o social; a capacidade de cada homem desenvolver seu potencial e seu conhecimento com respeito alheio; o trabalhar em conjunto onde haja justiça nas relações estabelecidas com o outro que compartilha o âmbito de trabalho e com aquele que busca o seu serviço; enfim, o reconhecimento do ‘eu’ e do ‘outro’.

Assim, embora a integralidade não esteja no formato esperado, acreditamos que ela está presente nas relações humanas, pois permeia o cuidado, algo que é intrínseco ao ser humano, um modo de “ser-no-mundo” que funda as relações e que trata da forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros (BOFF, 2004, p. 199). Confirma-se que, nas práticas dos profissionais de saúde, há uma efervescente vida de relações entre sujeitos,

um movimento constante de percepções sobre o outro e si mesmo, onde a existência e o reconhecimento de si e do outro como legítimo outro na convivência parece vir à tona por meio do compadecimento com o sofrimento alheio.

Então, assim, tudo isso voltado para dentro da pessoa e para a gente vira um trabalho solidário, um trabalho com amor, buscando cada dia a melhora e buscando cada dia tá melhor para eles e para a gente. Cada na sua né! [risos]. (Auxiliar de Enfermagem PAM)

Eu pessoalmente converso muito com os pacientes. Não sei se é certo ou errado. Eu converso, eu pergunto. Não é aquela coisa de chegar e ir furando o paciente e pronto. Eu gosto de explicar o que vai acontecer com a medicação que está fazendo (efeitos colaterais). Não gosto muito de ficar distante do paciente. (Técnica de Enfermagem UPA).

Ressalta-se, portanto, a importância de incluir também o usuário como protagonista desse processo, estabelecendo uma relação entre sujeitos-trabalhador-usuário para a produção do cuidado integral. Pois faz parte do trabalho cotidiano a formação de vínculo, com uma escuta atenta, uma busca de resolutividade no que tange à atenção básica, mas difere quando esse usuário necessita de atendimento hospitalar.

Muitas vezes, nas unidades hospitalares, por exemplo, o usuário perde sua identidade e passa a ser objetado. Além disso, o atendimento ao indivíduo é fragmentado, pois o mesmo está centrado na figura do profissional médico, no qual os mais variados saberes advindos de cada categoria profissional não são valorizados e nem complementares. O trabalho individualizado se mostra imponente enquanto reconhecimento profissional como foi observado em um hospital estudado. Pode-se notar que emergem desse processo uma forte hierarquização e a medicina como soberana nas ações cotidianas de saúde, uma cultura historicamente construída e que se mantém, já que a mesma é continuamente reforçada por meio de uma reprodução na formação profissional, compatível com o modelo biomédico hegemônico. Faz-se necessário recriar formas de atendimento a esse usuário, que deve ser reconhecido como sujeito.

Eu acho um erro do SUS porque já que ela **pega** um paciente, não adianta ele tratar da patologia do colo e continuar com outro

problema que ele vai continuar no posto, vai continuar na fila. Você não **elimina** esse paciente daqui. (Auxiliar de Enfermagem PAM).

Os pacientes chegam para a gente agendados e eles vêm aqui de dentro mesmo, das clínicas que atendem aqui dentro do PAM, aí os médicos encaminham para a gente. Aí eles procuram um horário para **encaixar** com o que o médico pede, né. (Auxiliar de Enfermagem Bloco Cirúrgico).

São os próprios protagonistas do estudo que apontam para a solução, pois afirmam que para a construção da integralidade é necessário reconhecer o outro, pois a real prática integral só acontece no trabalho em equipe. Desta forma, os profissionais vivenciam momentos de articulação de suas ações e interação entre eles, revelando uma tendência em superar a fragmentação. Ou seja, os trabalhadores da saúde reconhecem a necessidade do trabalho do outro, a vantagem da complementaridade e da interdependência das ações para prestar uma assistência integral e resolutiva. Além disso, eles expressam conhecimento do que o outro é capaz de fazer, que existe uma colaboração, cooperação e solidariedade entre eles. Reconhecem que as relações não são isentas de conflito, pois são fundadas na diferença, que permite a complementaridade e trocas. Tais conflitos deveriam ser considerados como uma oportunidade para o trabalhador repensar a sua prática e reconstruir, respeitando as diferenças, um trabalho em equipe, pois ele ocorre quando o trabalhador de saúde reconhece que, na alteridade, consegue-se construir um projeto comum, que se faz com diferentes olhares, e não apenas com um único olhar.

[...] os profissionais de saúde estarem integrados entre si, [...] a parte da odonto, a parte da enfermagem, a parte dos médicos também, uma equipe que integrada em diversos modos para que possa promover um atendimento adequado. (Enfermeiro UBS).

É um trabalho completo é [...] íntegro, é [...], trabalhando em equipe juntos né num trabalho total, no que a gente faz é atender a comunidade do jeito que a gente pode na íntegra mesmo. (Agente Comunitário de Saúde UBS).

Entretanto, nem sempre o trabalho em equipe de saúde é percebido pelos profissionais. As articulações das ações de saúde e as interações entre os trabalhadores não acontecem, o que aponta para

um trabalho fragmentado, apesar de os discursos revelarem que eles reconhecem a necessidade de um trabalho interdisciplinar. Percebemos então, que há uma distância entre o trabalho realizado daquele almejado, sendo este último o que está no plano da utopia.

Para tanto, faz-se necessário pensar que a integralidade deve ser apreendida no micro e macroespaços. Pensar as práticas assistenciais significa reconhecer que um setor ou serviço por si só não trabalha sozinho, isto é, ele faz parte de uma trama de setores ou serviços que deveriam se interagir, cumprindo as linhas do cuidado, que no caso dos serviços se dá por meio de um sistema de referência e contra-referência, respeitando-se a regionalização e a hierarquização, em busca de práticas integrais de cuidado. Nessa rede de assistência, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são de grande importância no sistema de saúde municipal no atendimento às pequenas e médias urgências da cidade de Belo Horizonte e também da Região Metropolitana.

Ao analisarmos os determinantes da procura pela UBS, foi identificada sua utilização para atendimento eletivo e programado. Os casos de urgência e casos agudos na maioria das vezes se deslocam para as UPAs e portas hospitalares.

Verifica-se que há um pequeno vínculo dos usuários com as UBS, demonstrado, principalmente, pela desinformação desses sobre o funcionamento da UBS. Outro fator identificado é que o usuário, na presença de sinais e sintomas de problemas agudos, desloca-se diretamente para a UPA para resolver a sua situação de saúde. O fator relatado por eles como definidor de procura pela UPA foi comentado a sua resolutividade, principalmente do ponto de vista tecnológico, e seu funcionamento nas 24 horas, garantindo assim a consulta para o mesmo dia.

[...] uma paciente que a resolutividade naquele caso não é aqui na UPA é no centro de saúde, ou, então vai ser ficar aqui aguardando médico. Ou já corre com o paciente para a sala de urgência. Ou vai estar encaminhando para outro serviço, no hospital São Geraldo ou maternidade Odete Valadares. (Assistente Social UPA).

Como motivo da não-procura das UBS, foram relatados o atendimento precário, a falta de confiança no serviço, a demora na marcação de atendimento, devendo este ser agendado, ter que levantar cedo para passar pelo acolhimento, a maior parte do atendi-

to ser realizada pela manhã, a oferta insuficiente de médicos nos diversos horários, os agendamentos muito demorados para consulta de especialidades e a ausência de realização de exames laboratoriais e radiológicos. A demora de acesso à consulta especializada marcada nas UBS reflete de forma pejorativa para as unidades básicas, como se essas unidades fossem responsáveis por este mau funcionamento.

O acesso às unidades de urgência tem sido relatado por usuários como fator determinante da procura pelas UPAs. Não se trata exclusivamente de acesso devido à malha viária, mas também à disponibilidade das unidades de urgência, seus recursos tecnológicos, o funcionamento nas 24 horas, aliados às dificuldades pessoais dos usuários em acessar as unidades básicas em horário pré-fixados e o fato de ainda necessitarem agendar atendimento quando na presença de uma situação aguda. O funcionamento das UBSs, ainda, não consegue absorver a rapidez e agilidade pretendida pelo usuário. Com todas essas dificuldades, o usuário se desloca para as UPAs devido à rapidez e a agilidade para a resolução de seus problemas.

Verifica-se que o papel das UPAs dentro do sistema de saúde não é claro, pois vários desconhecem a diferença entre uma UPA e uma UBS, e julgam a UPA como uma unidade do tipo “posto de saúde mais completo” ou com maior infra-estrutura.

Muitas vezes o centro de saúde atende muito bem, outras vezes pede para o paciente retornar à UPA, então é complicada essa questão. Ou às vezes é o paciente que procura atendimento no posto e fica insatisfeito e procura o atendimento aqui. [...] A procura acontece porque não tem uma propaganda falando da finalidade da UPA e do posto. (Técnica de Enfermagem UPA).

Os serviços ambulatoriais e hospitalares privados ou contratados de saúde, também demandam pacientes para as UPAs, principalmente quando alteram seus fluxos internos e o funcionamento de acordo com a lógica de seus próprios interesses. Verificou-se encaminhamento de pacientes atendidos nas unidades privadas que, após a primeira consulta, não conseguem atendimento de retorno ou simplesmente são referenciados para as unidades públicas de saúde. Esses pacientes chegam às unidades sem conhecimento efetivo do seu caso e muitas vezes sem registro escrito de forma clara do que foi realizado.

A pouca informação nas portarias e recepções das unidades acabam por complicar ainda mais o acesso desses pacientes, devido à dificuldade dos usuários em se expressarem ou de se fazerem entendidos em seu contato com os profissionais de saúde. Verifica-se que esses usuários percorrem várias portas de serviços sem conseguir atendimento adequado, muitas vezes devido à simples orientação de seu caso.

Assim, verifica-se que, para os usuários, a rapidez, a resolutividade e o acesso são de grande importância, pois dessa forma poderão resolver seus problemas e, assim, poderão voltar ao seu dia-a-dia.

Algumas reflexões finais

Compreender a forma como os trabalhadores têm operado o cuidado utilizando ou não habilidades técnicas, gerenciais, atitudinais, da aplicação dos saberes da clínica e/ou da epidemiologia, dentre outras áreas do conhecimento, reforça a necessidade de aprimorarmos e valorizarmos o profissional de saúde enquanto um dos principais sujeitos para mudança do modelo assistencial. Estar no contexto real de produção de cuidado em saúde permite reconhecer a diversidade, a subjetividade de quem gerencia o cuidado e serviço, revelando um dos grandes desafios da gestão em saúde no modelo assistencial proposto: de poder apontar avanços e limitações específicas e inespecíficas presentes neste cenário, com embasamento e aprofundamento da realidade imposta nos serviços de saúde.

É necessário refletir quais são as responsabilidades de cada setor envolvido na atenção à saúde, como também a de cada profissional. Desta forma, cabe à Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio de suas esferas de gestão, promover profunda discussão sobre o papel dos serviços e suas responsabilidades, bem como promover a troca de experiências entre as UPAs e as UBS, para esses serviços se conhecerem e trabalharem de forma pactuada e integrada no atendimento à população. Esse trabalho conjunto poderá interromper o processo de procura dos usuários, sem vínculo com as unidades de saúde próximas às suas áreas de abrangência ou de urgência.

Nossa percepção é que hoje os profissionais pouco escutam os usuários, desconhecem na maioria das vezes as realidades dos outros níveis de atenção e acabam encaminhando o usuário “para

frente”, e com isso sua responsabilidade sobre ele, sem o necessário conhecimento da realidade desse usuário dentro do contexto social e de saúde. Os órgãos gestores, mediante as articulações necessárias entre os níveis de atenção, poderão proporcionar melhor atendimento à população.

Assim, ao revisitar a gerência do cuidado e do serviço, desvelamos um contexto complexo, instigante, dialético e repleto de diversidades. A possibilidade de ouvir os profissionais refletindo sobre suas percepções em relação à forma como organizam seu trabalho neste contexto, permitiu-nos identificar questões ainda veladas no que diz respeito à práxis do processo de trabalho no contexto do “BH-VIDA: Saúde Integral”, reforçando questões apontadas em outras análises. Acredita-se que muitas das reflexões que ganharam corpo neste estudo de realidades focalizadas, podem ser encontradas como questões conflitantes e polêmicas em todo o setor saúde.

Reconhecemos que o modelo assistencial proposto, implantado e em fase de consolidação, tem avanços inegáveis, fornecendo direcionalidade ao processo, permitindo que diferentes atores inaugurem novas práticas de saúde. Entretanto, necessita-se também avançar nas discussões para que as mesmas não constituam somente um construto teórico, mas possam gerar transformações práticas reais, identificando os fatores que vêm influenciando a organização do trabalho em saúde, avaliando as atividades assistenciais e gerenciais, proporcionando espaços para o surgimento de sujeitos coletivos, engajados nas operações necessárias às mudanças na saúde.

Percebe-se um trabalho quase invisível, aos olhos menos atentos, de recriar o trabalho real, concreto e dinâmico, para atender, de um lado, às necessidades da população que acredita nas equipes e procura respostas para seus problemas; de outro, responder às normalizações dos níveis administrativos centrais encarregados de regular o sistema. Torna-se necessário entender esse processo rico e comprometido com a saúde da população, sem perder de vista o foco na construção de um novo modelo assistencial.

Nesta perspectiva, o velho e o novo modelo assistencial convivem de forma às vezes conflituosa, assim como o especialista e o generalista, gerenciar o cuidado e gerenciar o serviço, ser sujeito e ser sujeitoado, o que está prescrito e o que é real.

Talvez o desafio seja darmos asas a esses profissionais, para que a águia que existe dentro de cada um desperte a partir de um ambiente favorável a essas transformações. Acredita-se que esse ambiente se concretiza na medida em que aproveitarmos a intenção e o desejo revelado pelos profissionais de saúde como elementos importantes para o processo de mudança organizacional. Para isso é necessário gerenciarmos situações, conflitos, cuidado, serviço de forma mais coletiva, democrática, responsável, sabendo ouvir os “ruídos” que emergem, traçando objetivos comuns, delineando intervenções em saúde de forma que a defesa da vida seja a essência desse trabalho.

Referências

- ALMEIDA, M.C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. BHVIDA: SAÚDE INTEGRAL. Belo Horizonte, mar.2003a.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal*. Belo Horizonte, 2003b.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/ fev. 2005.
- CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-125.
- CAMPOS, G.W. S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CONH, Amélia et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.
- JUNQUEIRA, Virginia et al. Equidad em la salud, evaluacion de políticas publicas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1993-1997. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, jul-ago 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10188.pdf> >. Acesso em 07/10/2002.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Experiências inovadoras no SUS: produção científica douto-*

rado e mestrado. SAS/SGIS/Projeto REFORSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 69-101.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MINAYO, M.C.S. et al. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 21-36.

REZENDE, A. L. M. *A harmonia da desordem: sofrimento e transgressão no trabalho de saúde*. R. Enferm. Rio de Janeiro: UERJ, v. 3, n. 1, p. 85-92, maio, 1995.

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

TRAVASSOS, Cláudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: contribuições ao debate. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n.2, abr-jun 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1997000200024&lng=pt&nrm=iso&tng=pt>. Acesso em: 07 out. 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

“Me acode!”: itinerários terapêuticos de uma usuária com hipertensão arterial em busca pelo cuidado. Um convite à reflexão sobre integralidade em saúde

PRISCILLA SHIRLEY SINIAK DOS ANJOS¹

ROSENEY BELLATO²

PHAEDRA CASTRO³

Introdução

Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, vinculada a um projeto de pesquisa matricial⁴, com abordagem metodológica da História de Vida Focal (HVF) para realização da entrevista em profundidade de uma usuária com condição crônica por hipertensão arterial (HA) e sua família. A partir dos dados obtidos, foi desenhado o itinerário terapêutico (IT), que comporta os percursos empreendidos pela usuária e família na busca por cuidado, bem como a lógica que a direcionou.

Este estudo visa a contribuir com a gestão, saberes e práticas na atenção à condição crônica, aqui representada pela HA e suas complicações, visto que oferece elementos para reflexão em uma perspectiva mais macro do sistema, ao apontar o modo como este se organiza e distribui os recursos em saúde para atender a essa con-

¹ Acadêmica do 9º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Endereço eletrônico: priscilladosanjos@yahoo.com.br.

² Doutora em Enfermagem. Docente da FAEN/UFMT.

³ Mestranda do Programa de Mestrado da FAEN/UFMT.

⁴ Pesquisa “*Os desafios e perspectivas do SUS na atenção à saúde em municípios da área de abrangência da BR 163 no Estado de Mato Grosso*”, financiada pelo CNPq sob o n° 402866/2005-3 – Ed 342005-BR163 2aEt/Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 34/2005 – Área de influência da BR 163, desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFMT e Grupos de Pesquisa “Enfermagem, saúde e cidadania” (GPESC) e “Gestão do Conhecimento Pluridisciplinar para o Trabalho em Saúde” (GEPLUS) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso.

dição. Possibilita também uma compreensão mais micro, trazida pela dimensão cotidiana das famílias que necessitam gerenciar a experiência de adoecimento por uma condição crônica e nessa experiência traçam itinerários terapêuticos próprios, bem como tecem redes de apoio formal e informal.

Para o desenho dos ITs, utilizamos a estrutura temporal composta pelo desenho dos recursos em saúde buscados junto a serviços de saúde ou redes de apoio e as respostas aí obtidas. Fazem parte da sua composição também o genograma e o ecomapa, que possibilitam compreender a dinâmica familiar e as redes de apoio de que a usuária dispõe para dar sustentabilidade a seu processo de adoecimento.

Assim, o IT permite compreender a busca por cuidados através da análise das práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por pessoas, na tentativa de solucionar seus problemas de saúde (GERHARDT, 2006), ou seja, a lógica que as impulsiona a buscar o cuidado para suas necessidades de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as doenças cardiovasculares vêm aumentando em todas as faixas etárias. Uma de suas causas é HA que, no Brasil, já atinge aproximadamente de 17 milhões de pessoas (35% da população com 40 anos ou mais). Além disso, a HA também é fator de risco para outros agravos, sendo responsável por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes mellitus (DM), 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Salgado e Carvalhaes (2003) apontam a HA como multifatorial, conceituada pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e a hipertrofia cardíaca e vascular. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a hipertensão arterial será considerada a partir de nível pressórico sistólico maior ou igual a 140 mmHg e nível diastólico maior ou igual a 90 mmHg em pessoa que não esteja fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação à pessoa hipertensa é a manutenção da sua motivação para não abandonar o tratamento. Este desafio é, sobre-

tudo, responsabilidade da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço privilegiado para a atuação da equipe multiprofissional que permite o estabelecimento de vínculo com a comunidade a ela adscrita (BRASIL, 2006), cuja prática deve se basear integralidade.

Para Mattos (2005), existem três sentidos para se definir integralidade: o atributo das boas práticas dos profissionais de saúde; o modo de organização dos serviços de saúde; e as políticas de saúde específicas, ou seja, quais as respostas governamentais aos problemas de saúde. A integralidade ainda implica recusa ao reducionismo, recusa à objetivação dos sujeitos para uma abertura, talvez, ao diálogo. Neste estudo, observa-se maior presença do atributo de organização dos serviços de saúde.

No entanto, as práticas desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm privilegiado as ações de monitoramento e controle dos pacientes, com vistas ao seu cadastramento no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Hiperdia), de modo a gerar informações para aquisição e distribuição de medicamentos (BRASIL, 2002). Há ainda um forte enfoque nas orientações para mudanças no estilo de vida, sem que necessariamente tais orientações estejam pautadas nas necessidades apresentadas pela pessoa com esses agravos.

Segundo Muñoz *et al.* (2003), as doenças crônicas trazem limitações muitas vezes não aceitas pelas pessoas por elas acometidas, por falta de conhecimento quanto ao modo de enfrentá-las. Uma das principais perdas referidas é a do bem-estar social, refletindo na destruição da rede social de apoio e interferindo nas relações em todo o âmbito da vida. Uma das características apontadas por Souza e Lima (2007) é a intemporalidade das fases de exacerbação e remissão, sendo necessários maior apoio e aproximação da família ou desenvolvimento de maior autonomia, respectivamente.

Na perspectiva de enfrentar esses e outros desafios que a condição crônica apresenta, a Organização Mundial da Saúde (2003) traçou diretrizes para aprimorar os sistemas de saúde que envolvem a mudança paradigmática, a necessidade de gerenciamento político, a organização do sistema de saúde de modo integrado, assim como melhor aproveitamento dos recursos humanos disponíveis no setor saúde. No entanto, consideramos que o grande avanço dessas dire-

trizes seja a centralização das práticas no doente e família e o apoio aos mesmos com ênfase na prevenção.

Objetivo

Compreender a trajetória empreendida e a lógica que direciona a buscar por atendimento a suas necessidades de saúde por uma usuária com hipertensão arterial do município de Cuiabá. Para tanto, foi desenhado o IT composto pelo mapeamento dos serviços de saúde procurados e as redes de apoio construídas nessa trajetória, analisando-o tanto na perspectiva da usuária quanto da organização formal dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia

Pesquisa qualitativa, do tipo Estudo de Caso (LEOPARDI, 2002), na qual a seleção do sujeito se deu através de um agente comunitário de uma UBS do município de Cuiabá que nos direcionou a pessoas com condição crônica em sua microárea, sendo que o que definiu a seleção da usuária foi o fato de aceitar fazer parte do estudo e o fato de haver concomitância de duas condições crônicas, a dela e a do filho. Os dados foram coletados em sua residência, com encontros agendados antecipadamente, ocorridos no período de abril a julho de 2007.

Empregamos a HVF, através da entrevista em profundidade gravada, e a observação. Segundo Araújo *et al.* (2007), na HVF o usuário é convidado a falar sobre sua experiência de forma livre, aprofundando gradativamente os temas, a partir do estabelecimento de vínculo. As reações não-verbais, contexto, sensações e sentimentos que compõem, na narrativa e na relação, a história de vida do usuário complementam a entrevista em profundidade através da observação. A pesquisa foi pautada na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos, sob o protocolo nÚ 307/CEP – HUJM/006.

Os dados foram organizados e analisados tendo por base o IT através do desenho do genograma, ecomapa e da trajetória temporal da busca por cuidado para alcançar a resolutividade. Assim foi possível visualizar, graficamente, as idas e retornos para os serviços de saúde, a casa e também a rede de apoio que a usuária construiu através da experiência de adoecimento e sua busca por cuidado.

Apresentação e análise dos dados

D. Dinha⁵ é uma senhora de 70 anos, mãe de nove filhos, sendo um com esquizofrenia. Após incidente e identificação como possível “derrame”, diagnosticou-se “tendência à hipertensão”, conforme afirma. Faz acompanhamento em UBS do seu bairro e, quando disponíveis, recebe medicamentos. Trata ainda, desde 2005, de “tensão nervosa” em Hospital Psiquiátrico do município onde o filho com transtorno mental também faz tratamento.

Na figura 1 apresentamos a estrutura temporal de sua busca por cuidados, sendo possível visualizar tanto os serviços de saúde acessados, a regulação dentro da rede de serviços, quanto às práticas profissionais oferecidas, partindo da lógica da usuária e da importância que ela concede a cada um. Observamos que, no IT dessa usuária, as instituições formais de saúde são mais presentes por serem mais acessadas pela família.

O genograma e ecomapa (figuras 2 e 3) da usuária nos permitem melhor visualização das relações familiares, institucionais e comunitárias. Na figura 2, apresentamos o genograma da família, evidenciando as pessoas que convivem em uma mesma casa destacada do contexto familiar maior.

As redes de apoio para o enfrentamento da condição crônica

As redes de apoio foram identificadas a partir da construção do genograma e ecomapa, que permitem visualizar a trajetória de busca por cuidado de D. Dinha, a forma como ela se inter-relaciona no contexto familiar e com a comunidade. Em se tratando de redes de apoio, nos referimos aos diversos recursos emocionais, materiais e de informação estabelecidos em um processo recíproco que circula por meio de vínculos fundamentados na solidariedade e confiança (LACERDA *et al.*, 2007).

Observamos como uma característica marcante de D. Dinha a importância dada à nomeação das pessoas, médicos, medicação, associando-os a fatos do seu cotidiano e a resolutividade ou não de seus problemas de saúde, tecendo sua rede de apoio e sustentação.

⁵ Por questões éticas, foram empregados nomes fictícios para designar a pessoa entrevistada, assim como as pessoas por ela citadas.

Figura 1: Desenho temporal dos percursos empreendidos pela usuária em condição crônica de Hipertensão Arterial – Usuária Hipertensa da família do estudo, 2007.

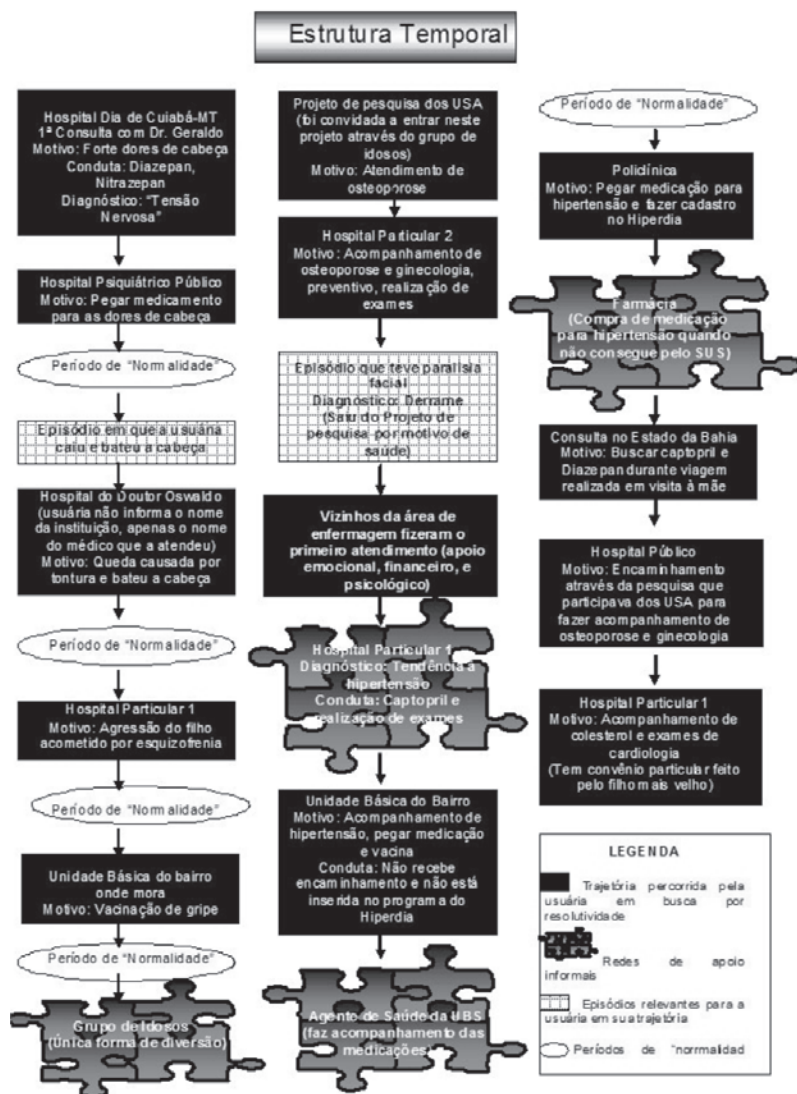


Figura 2: Desenho do Genograma da Família da usuária em estudo, 2007.

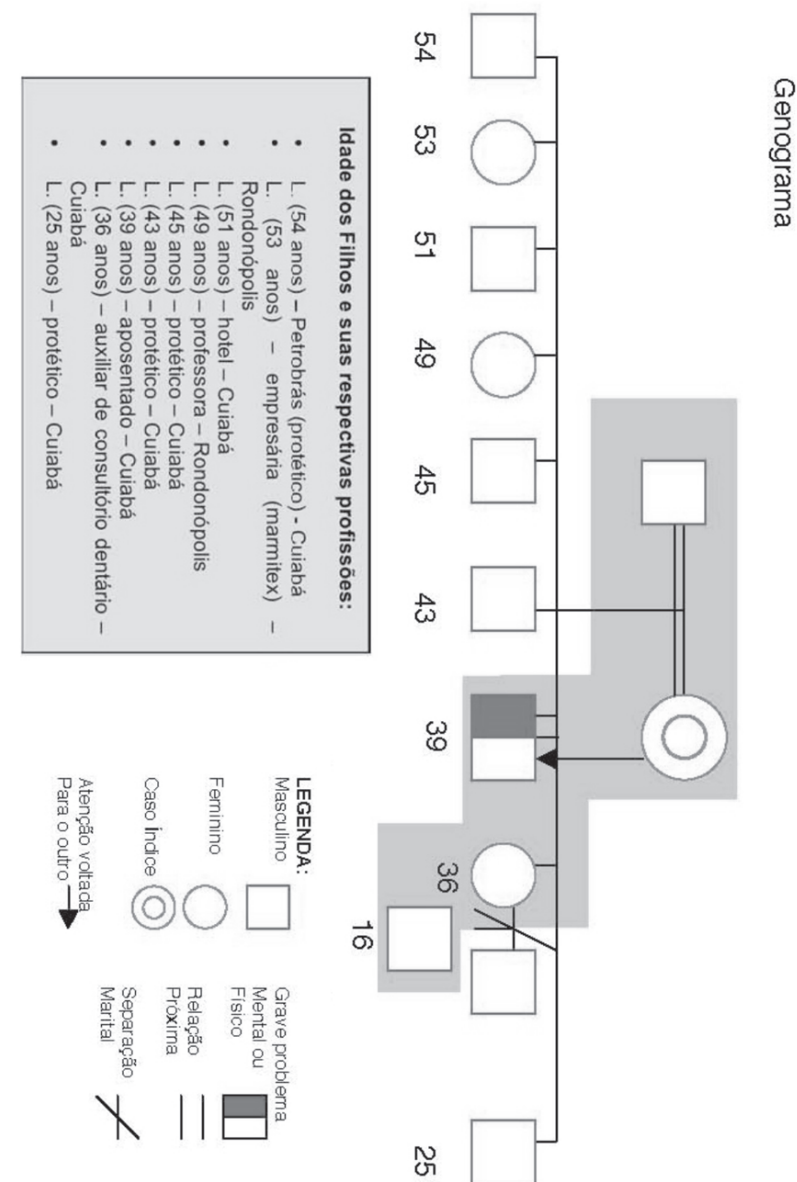
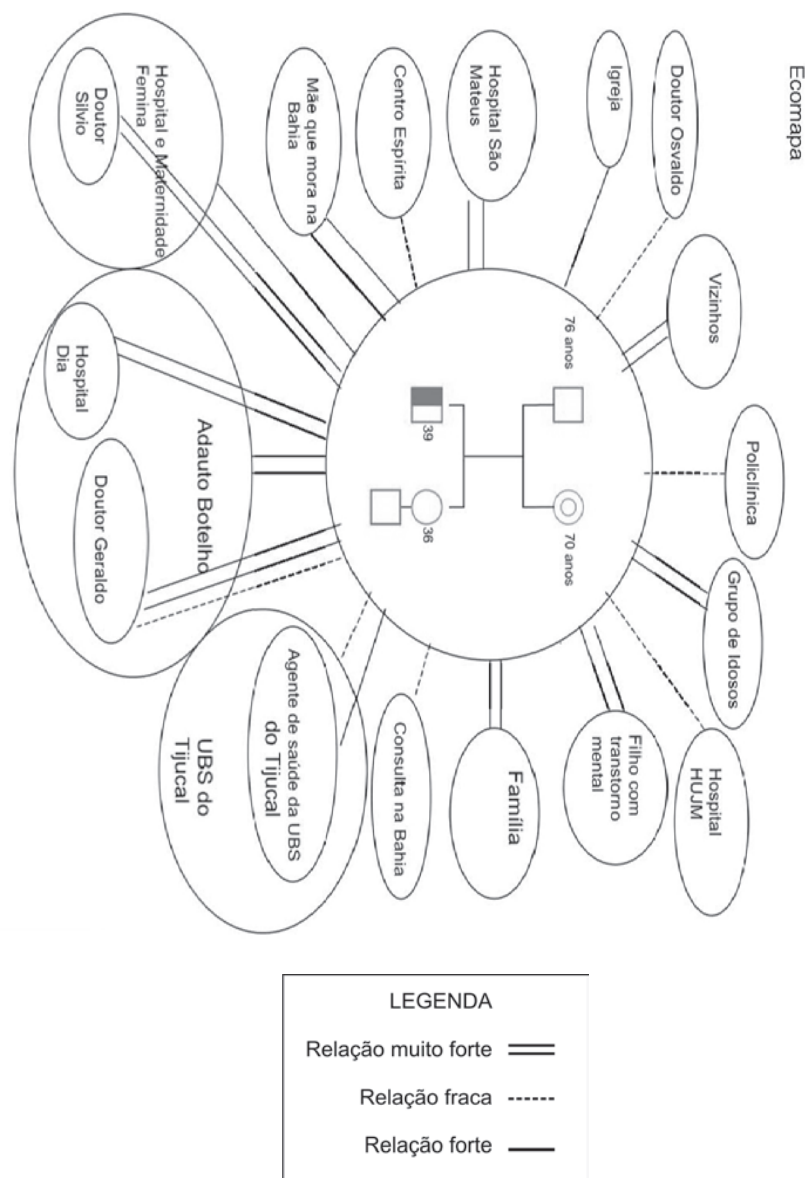


Figura 3: Ecomapa da família da usuária. Contém as relações entre grupos, pessoas e instituições, bem como as redes de apoio existentes do estudo, 2007.



Sobre o médico que atendeu D. Dinha e prescreveu um ansiolítico na ocasião de sua queixa de dor de cabeça insistente ela comenta:

[...] eu já tinha muita dor de cabeça... aqui minha receita[...] É. Ai, doutor Geraldo, num sei se é doutor Ger... se é assinatura de doutor Geraldo aí. [...] Eu falei: ô filha. Eu tava com uma dor, uma dor de cabeça que eu num tava guentano nem olhá, e é duro vida cum a cabeça doendo.

A fala evidencia as associações feitas por D. Dinha entre o nome do médico e do remédio, mas, principalmente, a resolutividade alcançada, com melhora da dor de cabeça pela medicação. Mas essas menções também são usadas no relato de experiências ruins:

Ele, achou ruim, e num deu, nem os medicamento ele num deu. Mas só que eu acho que também é nervoso dele, né.[...] Eu num sei se doutor Geraldo nesse dia tava cum a, a braguia abutuada pra trás. (risos).

Por mais que não tenha recebido um bom atendimento, D. Dinha não demonstra revolta ou comenta que não recebeu o devido tratamento, procurando justificar a atitude do profissional.

Apesar de D. Dinha ser católica praticante, conforme dito por ela, seguiu todas as recomendações feitas pelo médico quanto ao tratamento de seu filho, até mesmo uma visita a um Centro Espírita:

Nada. Aí falo, leva ele lá, no centro espírita lá do, do, do Campo Velho. Aí meu minino levo. [...] Eu sei que, esse aí num, num sei se cuida dele de verdade não, sabe.

A atitude de submissão ao profissional de saúde é evidente, deixando clara a relação de saber e poder que se estabelece, ainda que fora do âmbito da biomedicina. A submissão ao saber médico é tamanha que a usuária passa a ir contra suas próprias crenças e princípios. No entanto, ela segue as orientações médicas na busca pela resolutividade dos problemas de saúde, o que nem sempre ocorre.

A religião é um aspecto de grande importância:

Cum tudo que eu já passei já, eu graças a Deus, eu hoje num to passando nem pela terça metade [...] Quer dizer, eu confio muito nim meu Deus, e já peço pros médico em nome Dele.

Trata-se de uma rede de apoio na qual a usuária ancora e justifica seu sofrimento de vida.

O grupo de idosos também constitui uma rede muito forte:

Só. Só. E tem lá, no grupo de idosos, tem diversão lá de [...]. Eles dançam, dançam muito.

Participa há 30 anos, sendo sua única fonte de diversão. Tão ou mais forte que o vínculo estabelecido com o grupo de idosos, é o existente entre ela e o casal de vizinhos, ambos enfermeiros:

Eles vinheram, que seu Wilson. E, é, é enfermero, né.

Ela deposita grande confiança nesses amigos que representam uma rede de apoio coesa, com apoio profissional, emocional e material. Entretanto, mais importante do que qualquer outra, a rede de apoio familiar é a mais considerada. No caso de D. Dinha, sua rede familiar é composta pelo cônjuge, filhos e netos. Quando questionada do apoio que recebe da família e da relação entre eles, ela responde:

É maravilhosa, maravilhosa. Meus filho são... eu num tenho o que queixá de ninguém. Maravilhosa. São tudo maravilhoso. E quando eu preciso eles tão em cima pra, pra me socorre. [...] Ajudam, ajudam. Eles ajuda. Meu filho, inclusive, o Luiz, ele todo mês traz a compra pra casa.

Segundo Landim *et al.* (2004), a família é considerada como uma rede potencial de ajuda mútua e afetividade primordial, assim como ocorre no caso da usuária em estudo, que tem uma rede muito sólida e bem tecida no âmbito familiar. E por mais que D. Dinha necessite de cuidados, tanto de saúde quanto emocionais e afetivos, *ela* é o referencial para a família, e tem consciência do papel que exerce. Quando questionada se ela é o eixo da família, responde:

Eu peço muito a meu Deus pra mim vivê mais. Pra mim podê tá... concorrendo com, com meu povo. É isso que eu peço muito a meu Deus, é isso.

Percebemos o apoio na fé, onde busca forças para o exercício do papel de cuidadora principal da família.

Landim *et al.* (2004) relatam que a figura feminina, inserida num contexto onde sobressai a responsabilidade do cuidado e suprimimento das necessidades familiares, confirma as estatísticas das mulheres que lutam sozinhas pela sobrevivência pessoal e de seus dependentes.

Devido aos cuidados demandados pela condição crônica do filho com esquizofrenia e também da mãe idosa, D. Dinha negligencia seu autocuidado, o que faz com que sua condição de saúde torne-se ainda mais preocupante.

Tanto para Souza e Lima (2002), como para Freitas e Mendes (1999), a doença instaura um novo modo de vida que precisa ser respeitado pela terapêutica, adequando-a as formas de vivência de cada pessoa e as concepções de saúde-doença tenha. Segundo Landim *et al.* (2004), a luta pela sobrevivência do grupo familiar justifica a prevalência de situações em que uma única pessoa administra as carências da família, não apenas as carências materiais, mas também afetivas. O estabelecimento de uma condição crônica gera necessidade de re-arranjos familiares, como o surgimento de novos modos de vida.

A situação de D. Dinha deixa claro que suas necessidades de saúde vão além da dimensão biológica das doenças com as quais convive na família, abrangendo de modo intenso a dimensão psicológica e sua influência na organização familiar. Esta depende diretamente da estabilidade mental do filho com esquizofrenia, cujo desequilíbrio interfere em sua saúde, com o aparecimento de dores de cabeça, insônia e agravo da HA.

Nas palavras de Lacerda e Valla (2004, p. 99) “o sofrimento é uma experiência dos sujeitos na sua totalidade, afetando todas as suas dimensões e não se restringindo apenas ao corpo físico.” No entanto, os profissionais de saúde não têm atentado para essa dinâmica complexa que permeia a vida e a saúde dos membros dessa família, o que faz com que, mesmo as ações sobre as alterações biológicas, não sejam resolutivas, visto que outras dimensões não são consideradas.

Concordamos com Bonet e Tavares (2006), que afirmam que compreender a pessoa-situada é remetê-la à rede de sociabilidade na qual se encontra inserida, sendo a trama dessa rede formada por densidades variáveis, visto que as relações estabelecidas não se estendem uniformemente por todo o tecido social, organizando-se em grupos com graus de intimidade e solidariedade bastante diferenciados. As redes, portanto, mesmo que situadas no espaço entre a unidade familiar e a comunidade mais ampla, se expandem não de maneira autônoma, mas de uma rede em re-

lação às demais, sendo as mesmas marcadas por uma intensa capilaridade que lhe garante sua dinamicidade.

Resolutividade em saúde

Trabalhando com algumas idéias expressas por Pinheiro *et al.* (2005), procuramos compreender a resolutividade em saúde para D. Dinha, principalmente tendo por foco que as necessidades em saúde não são naturais nem iguais, visto serem desiguais os saberes e práticas produzidos no processo de trabalho em saúde. Sendo assim, há que se entender que resolutividade também não seja um conceito único e aplicável a todas as necessidades de saúde de maneira igual, mas que se trate de resposta, no mais das vezes parcial, para determinada necessidade de saúde em uma dada situação.

D.Dinha refere à busca por cuidado ao que ela denomina de “tendência à hipertensão” como uma “jornada”, denotando um peso no que se refere ao autocuidado:

Da minha jornada, dos problema, né.

Talvez para ela, a palavra “jornada” envolva toda a trajetória que vem percorrendo nessa busca por assistência, menos para si e mais para seu filho, conforme pode ser percebido no desenho temporal do itinerário terapêutico apresentado. Através da narração de sua história, observamos que ela só busca o cuidado em situações extremas:

[...] olha, que tava cum dor de cabeça, do jeito que eu tava que eu num tava inxergando [...] piscava assim, parecia que tinha uma clara, uma clara no meu olho.

Almeida *et al.* (2002) referem que a não-procura por cuidados de saúde nas doenças crônicas pode ser consequência da falta de dinheiro, da demora no atendimento, do horário inadequado de funcionamento dos serviços e da ausência de um acompanhante, além da necessidade de acompanhamento domiciliar em alguns casos. Neste estudo entendemos que a concomitância de duas condições crônicas, a doença mental do filho e a HA da mãe cuidadora se mostra como um dos impeditivos para a busca do autocuidado por D. Dinha.

Assim, vemos a necessidade do envolvimento da equipe de saúde no processo de promoção do cuidado, pois, através das falas de D. Dinha, percebemos a valorização que confere as falas do médico:

E aí, ele, ele, olhô pra mim e disse: a senhora é uma pessoa saudável, a senhora é uma... seu coração tá ótimo, seu pulmão tá ótimo, sua pressão tá boa. [...] Aí ele disse assim: a senhora tem tensão nervosa.

Essa “tensão nervosa”, para ela, é o que justifica o ansiolítico de que faz uso, sendo, portanto, resolutivo na sua concepção.

Também em outras situações, sua compreensão se mostra diferenciada em relação a resolutividade:

[...] falei, sabe de uma coisa, eu num vo tomá esse meio comprimido[...] À noite eu tomei [...] Cum três dia se você perguntava o que era dor de cabeça pra mim eu num sabia mais o que que era.

Para D. Dinha, a resolutividade é alcançada a partir do acesso aos medicamentos prescritos pelo médico, sendo que o foco é o sintoma e não o problema de base que a acomete, ou seja, a HA. E para ela o acesso à medicação é importante justamente por ser visto como parte do processo de “cura”, embora afirme que seu problema é “tensão nervosa” e não hipertensão arterial.

O HiperDia tem como proposta o monitoramento e a dispensação de medicamentos de forma regular e sistemática para todos os pacientes com HA e diabetes (BRASIL, 2002). Entretanto, o fornecimento desses medicamentos não é regular, o que faz com que D. Dinha tenha que comprá-los, comprometendo parte do orçamento doméstico. Assim, a UBS do bairro torna-se não resolutiva para D. Dinha:

Não, aqui pelo posto de saúde, não. Aqui não. É só mesmo quando vo pega o remédio e só isso.[...] Se anota lá eu num sei. Que eles me atende lá e me mede, me pesa. E passa o remédio. Quando tem né [...] O postinho nunca me encaminhô prá lugar nenhum.

Além de a UBS não ser resolutiva na questão do fornecimento de medicação, ela também não faz nenhum tipo de encaminhamento para outros níveis de saúde, demonstrando que a rede do SUS se encontra fragmentada, pois não tece uma rede de atenção resolutiva e integral.

Saúde e doença: o normal e o anormal

Segundo Souza e Lima (2007), a doença é entendida em termos de desvios da normalidade, ou seja, está doente aquele que se afasta do normal. Essa normalização surge da necessidade de diferenciar

quantitativamente saúde e doença, o que exige, para sua determinação, a mensuração das funções orgânicas para definir os valores normais, com intuito de reconhecer as alterações como anormal.

D. Dinha traça para si e para o filho o parâmetro de normalidade como aquele em que a pessoa pode agir como qualquer outra. Demonstra também uma grande confiança na manutenção da normalidade através do uso de medicamentos, pois, para ela, não apresentar “alterações” e/ou sintomas, é estar equilibrado.

É, quando ele arruinava, eu podia ir vê, que o remédio tava sobrando ou que tava vazando. É porque ele, dexô de tomá. Então ele arruinava. [...] Eu chamei ele e falei: meu filho, se você não toma o remédio, você vai ficar doente, e você tomando o remédio você vai ficar bom, você vai sarar. [...] É, isso aí, foi pra ele conscientizar. [...] Ele tá, ele tá estabilizado. É, tá tomando os remédios. Que, se ele não toma os remédios, já viu. Ele desequilibra.

D. Dinha traça limites bastante precisos entre o que é equilibrado, normal, e seu contrário, ou seja, estar desequilibrado e, conseqüentemente, se encontrar anormal. E a interrupção no uso do remédio é sempre reforçada como causadora desse desequilíbrio e, conseqüentemente, da doença. É interessante apontar que no desenho da estrutura temporal do IT, tendo por base a entrevista em profundidade, percebemos alguns “vazios” na narrativa de D. Dinha entre um evento e outro de sua busca por cuidado. Consideramos inicialmente que se tratasse de ausências de informação que precisariam ser revistas em encontros futuros com a mesma. No entanto, no aprofundamento da entrevista pudemos constatar que, na verdade, se tratava de períodos de ausência de agudização da condição crônica tanto do filho quanto da própria D. Dinha, ou seja, se constituíam em períodos de “normalidade” ou, em suas palavras, de “estabilidade”.

Para Souza & Lima (2007), a normalização é percebida como possibilidade de transformação, de criação de normas provenientes de novos patamares de saúde instituídos a partir da doença. No entanto, é necessário ter capacidade de lidar com os desafios por meio da superação das condições adversas, buscando não restringir o modo de andar a vida às limitações impostas pelas condições crônicas. Para isso, há necessidade de que sejam buscadas formas de maximizar a capacidade de enfrentamento, ou seja, a potência de cada um.

Conclusões

Através dos relatos de D. Dinha, traçamos o IT e pudemos observar a fragmentação presente no sistema de saúde no atendimento a uma condição crônica, a HA. Isto gera a necessidade de uma maior estruturação tanto da pessoa e sua família, quanto de sua rede de apoio, formal e informal, para suprir as lacunas criadas pelo sistema no cuidado continuado e prolongado que a condição crônica exige, sendo a família a base deste apoio necessário.

O IT nos proporcionou ainda a visualização do amplo acesso a diferentes serviços de saúde, porém com baixa resolutividade de suas necessidades de saúde, visto desenvolver ações pontuais centradas na dimensão física apenas. Salientamos as diferentes concepções para resolutividade que, no caso de D. Dinha, se mostra restrita e vinculada ao acesso à medicação, realização de exames e ao estabelecimento de vínculo com os profissionais, especialmente médicos.

A falta de medicação nos serviços de saúde acessados por D. Dinha faz com que ela e a família tenham que assumir os custos dos mesmos, pelo receio de que a não continuidade do tratamento desencadeie momentos de “crise”, o que, na sua concepção, são os momentos de doença, de “desequilíbrio”, “desestabilização” e “anormalidade”. Toda a lógica que a faz buscar o cuidado junto aos serviços de saúde é direcionada por este entendimento do que seja saúde e doença.

Questionamos, então, as possibilidades que o SUS oferece para a garantia de integralidade e resolutividade, especialmente frente a condições crônicas. A partir da não-efetivação destes princípios básicos, questionamos, ainda, os múltiplos custos que recaem sobre a usuária e sua família. Esta é uma grande área de estudo que se abre na busca por compreender as diferentes perspectivas entre demanda e oferta de cuidados em saúde e as conseqüências geradas por elas.

Referências

- ALMEIDA, M. F. de; BARATA, R. B.; MONTERO, C. V. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde. *Rev. Ciência Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.
- ARAÚJO, L. F. S. *et al.* A entrevista desenhando Itinerários Terapêuticos em saúde em pesquisa sobre integralidade. *Anais*. 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Florianópolis: ABEn, 2007.

BONET, O.; TAVARES, F. R. G. Redes em redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 385-398.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *HiperDia – Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos*. Brasília, 2002. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/recursos/gestor/aceso_rapido/auditoria/manual-HIPERDIA_1.5_M_02.pdf. Acesso em: 05 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*, nº15. Brasília, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php. Acesso em: 16 abr. 2007.

FREITAS, M. C. de; MENDES, M. M. R. Condições crônicas de saúde e o cuidado de enfermagem. *Rev. latino-am. Enfermagem* v. 7, n. 5, p. 127-135, 1999.

GERHARDT, T. E. Itinerários Terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

LACERDA, A. et al. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org). *Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007. p. 249-262.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 91-102.

LANDIM, F. L. P. et al. Comunidade mutirante: características familiares e suas redes de suporte social. *Rev. Bras. em Promoção da Saúde*. v. 17, n. 4, p. 177-186, 2004.

LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Florianópolis: UFSC, 2002.

MUÑOZ, L. A. et al. Significados simbólicos dos pacientes com doenças crônicas. *Revista da escola de enfermagem*, v. 4, n. 37, p. 77-84, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas*. componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Genebra: Brasil, 2002.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde liberdade ou necessidade? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. p. 11-31.

SALGADO, C. M.; CARVALHAES, J. T. A. Hipertensão arterial na infância. *Jornal de Pediatria*, v. 79 (supl), p. 115-124, 2003

SOUZA, S. P. S. de; LIMA, R. A. G. de. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. *Rev Latino-Am. Enf.*, v. 15, n. 1, p. 156-164, 2007.

Encontros e desencontros nos serviços de saúde¹

MARIA ISABEL BORGES MOREIRA SAÚDE²
SILVANA MARTINS MISHIMA³

Introdução

Este artigo é produto de uma investigação que teve por objetivo analisar a conformação da rede de serviços que fazem atenção à gestante, em um município de médio porte no Estado de Minas Gerais. A atenção à gestante na rede de serviços é uma condição marcadora ou traçador, isto é, a partir do estudo da assistência prestada a este grupo populacional poderemos, no caso de detecção de problemas, supor que situações semelhantes ocorram em outras condições (PENNA, 1995).

Para seu desenvolvimento, consideramos a integralidade e a perspectiva de redes, por identificarmos a necessidade de superação de um sistema de saúde com dificuldade de articulação entre os diferentes serviços, marcado pelo exercício de um modelo assistencial que só será reorientado se houver mudança nos processos de tra-

¹ Excerto da tese de doutorado intitulada *Interrogando a operação da rede de serviços de saúde*, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A investigação contou com financiamento do CNPq (processo nº 402376/2005-6).

² Médica no Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço eletrônico: mariaisabelmoreirasaude@yahoo.com.br

³ Professor Associado no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

balho que acontecem ao longo de toda a rede de serviços de saúde, que é operada por sujeitos (trabalhadores, usuários e gestores), que possuem projetos e controlam recursos; que operam, portanto, na direção de determinado modelo. E é no encontro destes atores que se torna ou não possível o cumprimento da dupla finalidade das organizações de saúde: a defesa da vida e a realização pessoal dos trabalhadores (CAMPOS, 2000).

Metodologia

A opção metodológica foi o estudo de caso, considerando a atenção à gestante na rede de serviços, tomando por referência os serviços de atenção básica de um Distrito Sanitário de Uberaba-MG, o mais populoso e precário do ponto de vista sócio-sanitário, que possui equipamentos dos três níveis de atenção e conta com o maior número de equipes de Saúde da Família (TRIVIÑOS, 1987; YIN, 2005).

Foram atendidas as recomendações estabelecidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, então, iniciamos a aproximação aos serviços que participaram da pesquisa: serviços de atenção primária organizados sob a Estratégia Saúde da Família; unidades de atenção especializada e de apoio diagnóstico terapêutico, e maternidades.

As fontes de dados foram representadas por documentos oficiais e bancos de dados nacionais e municipais, nos quais obtivemos informações acerca da política de atenção à gestante, a produção de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, bem como informações sobre morbi-mortalidade que pudessem estar associadas à atenção à gestante.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com sete coordenadores de unidade, 11 trabalhadores que faziam assistência pré-natal e ao parto, e três gestantes; grupos de discussão com gestantes. Para o tratamento do material empírico, utilizamos a análise temática (TRIVIÑOS, 1987; CRUZ NETO, 1994; MINAYO, 1993; GOMES, 1994).

Do processo de análise emergiu um grande tema: “O modelo operado na rede de serviços que fazem atenção à gestante no município”, sendo aqui focado o subtema “o encontro entre o trabalhador de saúde e a gestante no processo de atenção”.

O encontro entre o trabalhador de saúde e a gestante no processo de atenção

Os encontros que um usuário tem no serviço são comparáveis a sinapses. E a potência do funcionamento dessa rede pode ser comprometida na dependência da recepção que o usuário tiver no serviço, momento no qual ocorre início da negociação que se estabelecerá para o atendimento ou não de sua demanda (TEIXEIRA, 2003).

[...] levantar cinco hora da manhã, quatro hora pra pegar uma ficha...pra poder ser atendido (G8).

[a recepcionista] maltratou tanto uma menina lá [...] ela disse que perdeu o cartão, esse cartão aqui da gestante [...]. A menina lá falou um monte de coisa pra ela [...] eu fiquei horrorizada! (G5).

Como aconteceriam os fluxos nas situações acima? Quais seriam as expectativas das gestantes submetidas a estas situações? Como estavam quando saíram da recepção e foram para um local esperar a consulta? Como foi entrar no consultório? Quais sentimentos e pensamentos circulavam? Quais teriam sido os ditos, interditos e não ditos? O que vemos é a oferta de constrangimento pelo acolhimento, de demonstração de autoritarismo e poder pelo pedido de atenção.

A impessoalidade e o descompromisso com que os usuários têm sido tratados nos serviços de saúde estão associados com a lógica do modelo médico hegemônico, reiterando valores que circulam em nossa sociedade – de individualismo e competição. Restam aos usuários as sensações de mal-estar e insegurança (MERHY, 1997a). Acrescentaria: vergonha, vontade de não estar ali, impotência, humilhação, raiva...

A recepção teria por função acolher o usuário, em um local no qual sua privacidade fosse preservada, sem delimitação de territórios; num espaço confortável e silencioso, aonde a escuta atenta da demanda não fosse repetidamente interrompida (MATSUMOTO *et al.*, 2002).

Parece não ser o que ocorre nos serviços referidos pelos sujeitos desta pesquisa, nos quais a recepção foi reprovada inclusive por trabalhadores, que reportaram um atendimento impessoal à gestante, que desconsidera o fato de sua possível contrariedade pela *via crucis* empreendida na tentativa de que seu problema fosse resolvido:

Eu acho, eu acho a recepção, eh... [...] Eu acho muito burocrático, escreve aquilo e não olha pra pessoa... (AA1).

[...] saber receber aquela paciente. [...] passaram por uma, duas, três Unidades, e ou foram mal atendidos ou seu problema não foi resolvido... (MA3).

Um atendimento que permitisse à gestante sentir-se livre para expor suas dúvidas e seus medos, num espaço acolhedor e individualizado, onde fosse garantida sua privacidade e ela pudesse ter aliviada sua angústia, foi sentido como necessidade pela gestante que, durante o relato abaixo, denotava aflição, expressa pela fala rápida, olhos bem abertos, numa interrogação contundente:

Porque eu fico sem graça de chegar na palestra e fazer pergunta. Então eu chego em casa, com as duvidaiada tudo na minha cabeça, eu fico preocupada, quem vai explicar pra mim, a minha mãe não sabe, ninguém sabe responder... Sabe? Eu fico sem graça! O médico conversa, não fala nada sério, não fala nada... Eu queria assim, chegar uma pessoa lá e conversar só eu e ela, né? (G1).

O tom da voz do profissional influencia mais o encontro que o conteúdo da mensagem que se quer transmitir (STARFIELD, 2002). E, na situação acima, identificamos que o aparente alheamento do profissional pode ser uma forma de exercício do poder. A gestante poderia estar se sentindo aflita e constrangida, em evidente sensação de inferioridade, por estar sendo motivo de riso, e talvez perceber que suas demandas e necessidades estavam sendo desqualificadas.

Vários autores afirmam que, na interação do profissional de saúde com o usuário, este último pode não conseguir dizer o que gostaria a respeito de seu problema. Uma das possibilidades seria o fato de o profissional recortar a fala do usuário, direcionando o fluxo de informações na direção que acredita ser a mais pertinente para uma melhor intervenção. Esse redirecionamento seria pautado pelos saberes e práticas que domina. Neste movimento, fica “surdo” ao que está fora deste campo, podendo deixar a pessoa que está sendo por ele atendida insegura, descontente, desinformada (MERHY, 1997a, 1997b, 1997c; STARFIELD, 2002; CAMARGO JUNIOR, 2003; CAMPOS, 2003). Identificamos esta situação:

[...] dê atenção pra gestante, os médico... Não ter pressa, não correr... [...] Por exemplo: a gente faz uma pergunta que a gente

não entende, é... A gente quer saber olha o que tá acontecendo... [...] Ele só realmente passa a receita... (G2).

A preocupação maior é realmente tá identificando problemas que podem é... Tá trazendo complicações pra essa gestante, o parto... (MA3).

E, quando uma gestante foi questionada sobre modificações que gostaria de fazer em seu atendimento pré-natal no sentido de qualificá-lo para atender melhor às suas expectativas, afirmou: “conversar com a psicóloga, eu acho. Porque aí a gente tem mais, sei lá... ter uma pessoa assim, pra gente conversar, né?” (G3).

O que essa gestante pede é que haja escuta e cuidado, e que a mulher-gestante seja considerada em sua inteireza, e não reduzida a um conjunto de órgãos que, momentaneamente, carrega outro ser. E que seu corpo não seja considerado uma máquina, mas como um corpo que tem uma superfície visível, relacionada à sua história, gênero e processos de disciplinamento, e uma invisível, marcada por afetos, força em movimento e devires (FERLA, 2004).

O cuidado é uma ação traduzível por tratamento digno, respeitoso e ético, que pressupõe escolha compartilhada de modos de vida, uma ferramenta que potencializa a integralidade (AYRES, 2006; MERHY, 2000; SILVA JUNIOR, 2006). Entretanto, o que as falas vêm nos apontando, é que no cotidiano dos serviços não está acontecendo o cuidado, na medida necessária.

Um profissional médico reconheceu a necessidade de outros profissionais na equipe: “[...] por mais que você tenta chegar, ele não é a pessoa que ela sente às vezes, a vontade de tá contando problemas familiares mesmo; problema médico, ela conta. (MA5).

Mas o que vários autores nos falam é sobre a necessidade do desenvolvimento da capacidade de escuta e incorporação de outros saberes, para que se inclua a dimensão social e subjetiva no cuidado. Falam também do espaço de encontro com o usuário como espaço terapêutico, e da necessidade de reconhecer a legitimidade da fala da gestante e sua alteridade, para que as práticas avancem tendo como eixo a integralidade (MERHY, 1997a, 1997b, 1997c; CAMPOS, 1997, 2003; GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Numa atividade de aconselhamento coletivo, compulsória para gestante que comparece ao CTA para realização de exames, foi referido por um entrevistado que:

[...] perguntam coisas até bobas, se pode ter relação sexual durante a gestação, se não afeta o bebê [...] Às vezes algumas que são mais informadas perguntam [...] a porcentagem de o bebê nascer soronegativo... (PA1).

O aconselhamento coletivo, que poderia ser um momento de compartilhar saberes e práticas, de aproximação entre o saber técnico e o popular, é transformado em um espaço no qual existem os que sabem e os que não sabem. Apontamos ainda a centralidade da preocupação do profissional no filho que a gestante espera.

A objetivação da gestante, reduzindo-a a uma parte de seu corpo, contribui para a objetivação do trabalhador, que se torna depositário do saber que comanda suas ações, e pratica um atendimento mecânico (MERHY, 1997a):

... o que a gente nota em termos de atendimento [ao trabalho de parto] [...] vira uma função muito técnica, não importa se ela tá gritando e precisa de alguém que passe a mão na cabeça dela (MC2).

O atendimento obstétrico em algumas maternidades pode ser caracterizado como um trabalho parcelar, marcado pela impessoalidade, e a atenção à gestante é substituída pela preocupação com equipamentos e intervenções (CAMARGO JUNIOR, 2003; DIAS; DESLANDES, 2006). A tecnologia existente deve ser utilizada com prudência e a tecnificação que desconsidera a dimensão humana no cuidado deve ser repudiada (MATTOS, 2004).

Muito do receio da gestante em conversar com o profissional médico vem do aprendizado de uma relação em que o paciente não pode errar, nem deixar de seguir as orientações recebidas em relação ao que deve fazer com sua saúde ou doença. Este tipo de relação dá margem à resistência, à omissão: “[...] eu peguei e menti pra ele, que eu tava tomando sulfato ferroso e eu não tava. [...] A gente vai levar bronca também, né?” (G7).

A resistência a orientações e prescrições pode estar associada ao fato de que a gestante é tomada como objeto passivo, dócil, de quem se espera obediência às recomendações quanto ao cuidado com o corpo, hábitos e comportamentos. Mas esta é uma visão ingênua, pois, usualmente, esta expectativa não se realiza. Neste espaço o poder é exercido por estes dois sujeitos, e uma das formas

de exercício de poder destas gestantes parece ser a resistência às ordens recebidas (CAMPOS, 1997).

E o médico às vezes ameaça, para constrangê-la, deixá-la na dúvida e forçá-la a optar pelo recomendado, por receio de perder, por exemplo, seu atendimento:

[...] a gente diz que da próxima vez que ela vier aí não tiver esse parecer, que a gente não vai poder tá atendendo. [...] forçar pra ver se ela se mobiliza, né? [...] ficam com aquela pulguinha atrás da orelha, né? (MA3).

É necessário interrompermos nosso monólogo técnico, evitarmos nosso autoritarismo, superarmos nossa impessoalidade e incapacidade de lidar com a diferença. Assim, estarão dadas as possibilidades de abertura de espaços de diálogo e de construção de coresponsabilidade no cuidado, com a constituição de vínculo e de interações mais saudáveis (AYRES, 2006; CAMPOS, 1997).

O autoritarismo, mesmo que aparentemente consiga mover a gestante pela coação, seja pela inculcação de prescrições e recomendações, seja por provocar-lhe o medo de não atendimento ao parto, situação em que estaria mais fragilizada, não tem como produto a atenção qualificada. A gestante acaba por seguir o que lhe é prescrito, muitas vezes sem entender o que está fazendo: “[...] vem mais porque o médico manda, e muitas não sabem nem que teste vão fazer...” (PA1).

Ouvimos de uma gestante: “Ah, não! Gente, quando chega o dia de ir no médico, minha cabeça começa a doer, fico num stress doido, eu não gosto muito de médico, não”. (G6). Que experiências esta gestante pode ter vivido na relação com profissionais de saúde? Sua expressão, no momento deste desabafo, transfigurou-se. O rosto ficou tenso, os olhos não deixavam o chão, a cabeça pendia de um lado ao outro, como em um não insistente, a voz embargada, as mãos ora apertando-se, ora passeando sobre a garganta e o colo, ora puxando a saia em direção aos joelhos... Desconcerto, constrangimento, humilhação?

E quando a gestante não aceita o prescrito, ou refere impedimento para realizar um exame, instala-se a desconfiança. E, reconhecendo que não pode obrigá-la, numa atitude autoritária, ordena que

assine um termo de responsabilidade: “[...] nós vamos escrever, a partir de hoje você vai assinar que você não faz”. (AA1).

Litígios por imperícia decorrem, sobretudo, de malentendidos sobre o processo de tomada de decisão, que poderiam ser evitados pela substituição dos termos de responsabilidade por contratos que reflitam a concordância a respeito das decisões (GREEN, 1988 *apud* STARFIELD, 2002).

Muitas das situações até então relatadas podem estar associadas à visão que os trabalhadores referiram ter da gestante:

É... desinformação geral, entende? De cuidados com o bebê, de cuidados com a amamentação, né? (AA1)

A maioria das gravidezes são gravidez indesejada, né? (MA2)

Esta visão pode apontar para a falta de reconhecimento do outro em seu ser diferente (BONET, 2003). Pensamos se assumir que a gravidez é indesejada, indo mesmo contra valores ainda presentes nas camadas populares de valorização da maternidade, não seja mais consequência do receio de serem criticadas pela irresponsabilidade de engravidarem quando não podem sustentar seus filhos. Um questionamento que nos ocorre é por que algumas mulheres podem ter os filhos que desejarem e outras têm que se envergonhar e, às vezes, omitir sua gravidez para o profissional de saúde: “A agente [...] Levou até um susto que eu já tava esperando mais outro, de seis meses... [...] descobriu com minha irmã que tinha falado!” (G4).

O profissional de saúde, por ter sido formado em outros ambientes, ao intervir em situações através da formulação de projetos, muitas vezes desconhece ou desconsidera os valores e as possibilidades das pessoas que atende. E, em relação à mãe das camadas populares, possui imagem de que não possui um saber, e é considerada vazia, passiva, inculta, ignorante e incompetente; por isto, precisa ser ‘educada’ (CHAUI, 1987). Os conteúdos abordados nas atividades educativas também denotam preconceito e focalização da atenção:

[...] a gente tá sempre discutindo a questão de higiene..., cuidados com a criança, né? E o próprio cuidado com o corpo dessa gestante [...] estimular o pré-natal e o aleitamento materno. (EA2).

No fragmento abaixo, identificamos uma imagem idealizada da mulher e da maternidade, como se esta implicasse uma negação da sexualidade, imagem de pecado. Ou a idéia de que a AIDS pertence ao universo masculino, e ao feminino somente no caso de mulheres promíscuas (FILGUEIRAS, 2006): “[...] porque por incrível que pareça são gestantes, mas aparece gestantes com várias DSTs, né?” (PA1).

E o profissional surge como aquele que pretende incutir na mulher o seu papel de mãe:

[...] a gente tenta botar na cabecinha dela que ela tem que voltar para a escola, que ela tem que ser exemplo para o filho dela [...] sempre, sempre, na cabecinha dela, uma por uma, em cada atendimento, pondo o remedinho na mãozinha dela. (MA6)

Além da focalização do atendimento no futuro do filho, identificamos aqui novamente a relação de autoridade, a prescrição, e desqualificação da gestante enquanto sujeito. A linguagem utilizada que recorre ao “tem que”, e à utilização de diminutivos pode estar retirando da cena a potência que esta mulher tem para andar sua vida.

Para imprimir direcionalidade ao repensar dessas práticas em direção à integralidade, é necessário combatermos a medicalização, a institucionalização e a dependência das pessoas, aumentando seu coeficiente de autonomia e autocuidado (CAMPOS, 2003). Entretanto, identificamos também situações em que a gestante foi considerada como cidadã, recebeu informações relativas a seus direitos enquanto usuária do serviço, inclusive no que se refere ao atendimento hospitalar, mesmo que não fossem plenamente cumpridos pelo Hospital. E existiu a responsabilização, expressa na preocupação e ocupação com a gestante, colocando-se o trabalhador numa situação de abertura e cuidado: “A doutora é uma pessoa assim, extremamente disponível [...]. O carinho que ela tem com essa gestante!” (PC2).

Considerações finais

A demanda da gestante é por atendimento qualificado, acolhimento e respeito por sua pessoa, é por escuta atenta, que a veja por detrás da barriga, que a reconheça como sujeito portador de desejos e frustrações, medos e aflições, mas também com possibilidade de contribuir para o pensar de uma prática mais humanizada e responsável, produtora de saúde.

A relação entre as gestantes e os profissionais de saúde tem sido influenciada pelo modelo de atenção hegemônico, presente também no processo de formação nas escolas, e nas oportunidades de contato que têm, enquanto trabalhadores, com alunos e docentes.

Talvez seja necessário que a gestão também se interroge: que tipos de relação têm mantido com os trabalhadores? Não seriam as mesmas reproduzidas no encontro trabalhador-trabalhador e trabalhador-gestante? Como têm sido cuidados estes trabalhadores? Qual a lógica do pensar políticas e ações na tentativa de imprimir direcionalidade à rede de serviços? Qual a direcionalidade pretendida? Quão permeável tem sido ao controle social e ao pensar dos trabalhadores? E ao pensar das escolas?

Não podemos desconsiderar o fato de que o sistema de saúde está produzindo e reproduzindo valores e crenças de um todo social no qual está inserido. Entretanto, este sistema é feito por gente, que cuida de gente, e tem no cuidado a oportunidade de reencontrar sua humanidade. E, reencontrando-a, tornar-se potente para desconstruir lógicas perversas presentes no cotidiano dos serviços, interrogando-as, causando estranheza, provocando sensações e produzindo interrogações de outros, contaminando procederes, imiscuindo um novo fazer na organização das práticas, produzindo bons encontros.

Referências

- AYRES, J. R. C. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.
- BONET, O. Aconselhamento médico e diversidade cultural: a busca de um enfoque integral na saúde da família. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 129-144.
- CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 35-44.
- CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- _____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CHAUI, M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 51-66.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 351-370.

FERLA, A. A. Pacientes, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 171-186.

FILGUEIRAS, S. L. Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com AIDS. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 389-414.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa Social*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 67-80.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 105-116.

GREEN, J. Minimizing malpractice risk by role clarification: the confusing transition from tort to contract. *Ann. Intern. Med.*, n. 109, p. 234-241, 1988.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 119-132.

MATSUMOTO, S. *et al.* Preparando a relação de atendimento-ferramenta para acolhimento em unidades de saúde? In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8, maio. 2002. São Paulo, *Anais...* São Paulo: SIBRACEN, 2002. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a055.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2006.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 71-112.

_____. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: _____; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 197-228.

_____. Em busca da qualidade de serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997c. p. 117 - 160.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface: Comunic, Saúde, Educ.*, Botucatu, p. 109-126, fev. 2000. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista6/debates1.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPAS, 1995. p. 185-192.

SILVA JÚNIOR, A. G. *et al.* Avaliação de redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 61-90.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, 2002.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ, 2003. p. 89-112.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1987.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Redes sociais, rede de saúde e integralidade do cuidado: experiência de trabalho e investigação na atenção a pacientes com câncer

SILVIA MARIA SANTIAGO¹
MARIA DA GRAÇA GARCIA ANDRADE²

A integralidade em saúde, enquanto atenção ao conjunto das necessidades das pessoas (CECÍLIO, 2001), é por si só um chamamento ao trabalho integrado em rede. As redes de saúde, compostas por serviços com composições tecnológicas distintas e diferentes papéis assistenciais, abrigam equipes profissionais cuidadoras que se relacionam com diferentes grupos da população buscando parcerias possíveis. Os serviços de saúde estabelecem relações com outros serviços de modo a configurar uma rede de saúde, que é tanto mais adequada ao enfrentamento dos problemas quanto mais se aproxima das necessidades das pessoas e do seu território. Uma rede de saúde tem como imagem objetivo sustentar e apoiar as atividades das equipes, permitir a comunicação fácil e fluida entre profissionais e distintos serviços que, por sua vez, devem apoiar e sustentar os pacientes nas trajetórias terapêuticas, estabelecendo relações comunicativas com usuários, famílias e redes sociais de suporte.

Ao pensarmos uma linha de cuidado, fica claro que ela não se encontra isolada, mas tece uma rede em que os serviços de saúde ou estações cuidadoras se constituem em nós de intersecção que sustentam e, ao mesmo tempo, estabelecem conexões para dentro e para fora da rede. Ampliando a concepção de cuidado, reconhece-se cada

¹ Professora Doutora no Departamento de Medicina Preventiva e Social / Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP. Endereço eletrônico: santiago@fcm.unicamp.br.

² Endereço eletrônico: mgraa@fcm.unicamp.br

vez mais a importância das redes sociais no apoio às trajetórias terapêuticas dos pacientes, assumindo papel fundamental ao longo de cada percurso e para seu resultado (PESCOSOLIDO, 2006). Isso significa que as redes de saúde, que são redes sociais, cumprem melhor seu papel quando se relacionam entre si, mas também com as outras redes sociais que fazem interface com o sistema de saúde.

As relações que se estabelecem no interior ou entre as diferentes redes sociais envolvem atores que compartilham interesses em relação a uma política. As redes sociais pressupõem relações não-hierárquicas e que facilitam o movimento mais independente dos seus componentes, o compartilhamento de recursos e o entendimento de que a colaboração mútua pode levar ao alcance de objetivos comuns (FLEURY; OUVÉRY, 2007). As ações desenvolvidas através das redes sociais facilitam a organização de um tipo de estrutura mais horizontal para a interação social, permitindo a convivência na diversidade e abrindo espaço para a pluralidade de pensamento. Um ponto forte das redes sociais é a criação de uma cultura de informação que pode ser geradora de autonomia, ainda que também possa gerar crenças e roteiros de interação social preestabelecidos.

Com relação ao processo de adoecimento e cuidado, a cultura das redes sociais pode ser paroquial ou cosmopolita, pró ou antimedicina, e essas configurações fazem com que elas assumam papel coadjuvante ou antagonista das ações desenvolvidas pela rede de saúde. Como estruturas amplas e abstratas num contexto complexo, afetam indivíduos, processos biológicos, condições do trabalho em saúde e uso das terapêuticas e seus resultados (PESCOSOLIDO, 2006). Vale ressaltar que o mecanismo básico de ação no interior das redes sociais é o contato humano real, e suas diversas configurações é que dão formato, densidade e amplitude de ação às mesmas.

O modelo para o estudo das redes sociais proposto por Pescosolido (2006) e denominado Modelo de Redes Episódicas foi desenvolvido para auxiliar o entendimento do papel das redes sociais no apoio a pacientes com problemas de saúde. O modelo destaca questões que envolvem o conhecimento da estrutura das redes sociais e os papéis e relações que os participantes desempenham. Propõe fundamentalmente uma análise do perfil dos indivíduos alvo das ações das redes sociais e dos cuidadores em saúde.

Numa avaliação de estrutura das redes, destaca o sistema de suporte social e o próprio sistema de saúde. As informações focadas segundo o Modelo de Redes Episódicas são as que se seguem:

Conteúdo social ou episódio base para o indivíduo

- Condição social do indivíduo: gênero, idade, grau de instrução, status de trabalho atual, estado civil, renda, ocupação.
- Estado de saúde atual: história pregressa de doença, estilo de vida, seguro saúde.
- Características da doença atual: severidade, visibilidade, duração, aguda/crônica, tipo de serviço de saúde que utiliza, acesso e financiamento.

Sistema de suporte social

- Estrutura da rede: tamanho, densidade, duração, reciprocidade, força dos laços que estabelece, multiplicidade.
- Conteúdo da rede: crenças e atitudes relacionadas à saúde-doença, aos profissionais de saúde e ao sistema de saúde.
- Funções da rede: informação, aconselhamento, regulação, suporte material ou emocional ou ambos, suporte prático ou material.

Características do cuidador em saúde

- Entradas-chave: o papel da doença, o papel do paciente, o papel da doença crônica, o papel da incapacidade e da morte.
- Saídas chave: pela doença, pelo cuidado terminal, através da recuperação, através da morte.
- Sequência e cuidado oportuno: conformação das equipes de saúde, ordenação das consultas, atrasos e espaços entre consultas, grau e amplitude de submissão.

O sistema de saúde

- Estrutura da rede de serviços: tamanho, densidade, duração, reciprocidade, vínculos que estabelece, multiplicidade.
- Conteúdo dos tratamentos da rede: eficácia, capacidade diagnóstica e tecnológica, modalidades de tratamento, cultura dos profissionais de saúde em relação aos pacientes, comunidade ou território, aos serviços de saúde.

- Funções da Rede de Saúde: informação, aconselhamento, regulação, suporte clínico e/ou emocional, suporte material ou prático.

O conjunto de indicadores proposto pela autora é extenso, alguns de coleta difícil, mas oferecem um panorama ampliado de estrutura das redes, como se processam as atividades e os resultados que vêm sendo alcançados. A avaliação proposta, com seu conjunto de indicadores, utiliza metodologia principalmente qualitativa, com o referencial das ciências sociais. Metodologias complexas, em especial a da pesquisa avaliativa, que propõe a coleta sistemática de informações e diferentes olhares para um objeto, ajudam no entendimento de estruturas sociais de grande porte e com interfaces com diferentes setores, agregando uma gama enorme de atores e com diferentes interesses.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se numa grande rede social, conformado por inúmeras redes menores, que apresentam limitações na comunicação interna e externa e na capacidade de apoiar e sustentar gestores e profissionais de saúde em suas atividades específicas e na relação com o contexto social e cultural. Por suas características, o SUS precisa avançar enquanto rede social, reconhecendo a existência de uma teia humana de equipes e profissionais responsáveis pelo cuidar em saúde que também necessita de apoio e cuidado. As ações de educação permanente em saúde consideram essa exigência, mas ainda têm amplitude limitada para o tamanho e complexidade da tarefa.

Desenvolver ações cuidadoras traz consigo a necessidade de relações de vínculo e de confiança entre os indivíduos, entre os serviços e na rede como um todo. A política de humanização do Ministério da Saúde tenta corrigir as inúmeras distorções observadas nos serviços de saúde, tanto na relação trabalhador-usuário, como entre os trabalhadores e desses com os gestores da saúde.

Rede de cuidados a pacientes com câncer – Projeto OncoRede

As redes de cuidados progressivos à saúde são dispositivos da atenção integral que pressupõem a oportunidade da atenção, a resolução dos problemas de saúde com toda a tecnologia disponível e necessária a cada caso, processos de gestão que permitam o trabalho

integrado das diferentes estações cuidadoras, o controle social desses processos, a possibilidade do desenvolvimento de profissionais em campo e a produção de conhecimento. Assim estruturadas, as redes de saúde se organizam e funcionam de forma horizontal, sem hierarquia entre os serviços, mas dando à população acesso a toda a tecnologia disponível. Nesta perspectiva, vem sendo desenvolvida experiência de construção de uma rede de cuidados a pacientes com câncer numa região que, como inúmeras outras do país, carece de serviços especializados para atendimento oncológico.

O SUS brasileiro avançou na direção da universalidade, porém a integralidade e equidade persistem como desafios para gestores e profissionais de saúde. Algumas situações de adoecimento, como o câncer, expõem a complexidade do universo de necessidades dos pacientes e famílias, tanto de natureza clínica e psicológica, como socioeconômica e cultural. A atenção oncológica no Brasil tem priorizado os hospitais especializados, não utilizando as potencialidades dos sistemas locais para as ações de prevenção, diagnóstico precoce, acompanhamento dos casos e cuidados paliativos.

Na região Leste Paulista, com 90 municípios, são poucas as cidades que podem oferecer à população todos os cuidados de diferentes complexidades necessários para garantir a atenção integral à saúde. Porém, contando com a rede básica existente e organizando o atendimento especializado em microrregiões, para os casos de média complexidade, o SUS pode desempenhar seu papel no nível regional de forma includente e humanizada.

Desde julho de 2004, a Universidade Estadual de Campinas, com a colaboração das regionais de saúde e dos municípios, tem desenvolvido papel indutor da discussão sobre a constituição de uma rede integrada de atenção a pacientes com câncer, envolvendo gestores regionais e municipais de saúde e os serviços especializados.

O levantamento dos serviços que atendem pacientes oncológicos na região – que envolve as Regionais de Saúde de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista – mostrou uma situação preocupante, sobretudo na região de São João da Boa Vista, que não conta com Centro ou Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (CACON ou UNACON), fazendo com que pacientes e familiares perambularem para conseguir acesso a diagnóstico e tratamentos, já que a política

nacional de atenção oncológica centra o cuidado nos serviços especializados. Diante do problema crônico de dificuldade de acesso à rede de alta complexidade, tornou-se premente repensar os serviços de saúde quanto a seu papel no cuidado a pacientes com câncer, à relação que estabelecem entre si e à possível configuração de uma rede de cuidados progressivos em oncologia.

A implantação de uma rede de cuidados nesta área é complexa, muito tensionada pela relação público-privado e tem demandado inúmeras ações e esforços de planejamento e gestão conjunta das diferentes esferas de governo, bem como a participação de instituições formadoras e das redes sociais presentes no território.

O Projeto OncoRede vem criando espaços de negociação, identificando as diferentes redes sociais, buscando a organização dos municípios em microrregiões ao redor de problemas e interesses comuns, com foco nas necessidades de pacientes e famílias.

A região de São João da Boa Vista, onde se centraram os esforços em virtude da carência de serviços para atenção a pacientes com câncer e da dificuldade de acesso a diagnóstico e tratamento, compõe-se de 20 municípios e aproximadamente 800 mil habitantes. No ano de 2006 estavam previstos mais de 2.500 novos casos de câncer, sendo 1.211 dos tumores prevalentes (pulmão, mama, genital feminino, próstata, estômago e colorretal).

A proposta da OncoRede tem como motivações centrais a ampliação do acesso aos serviços, a equidade e a integralidade da atenção ao paciente com câncer e, para isso, considera que as necessidades de saúde de pacientes e famílias, que se manifestam em diferentes pontos do sistema de saúde, devem orientar a organização da atenção. Isso implica valorização e qualificação profissional e incorporação tecnológica, ao lado do estabelecimento de relações solidárias entre os diferentes pontos da rede de cuidados, envolvendo gestores, profissionais de saúde, outras redes sociais, além dos pacientes e suas famílias. É estratégica a ampliação da comunicação entre os profissionais de saúde das diferentes instituições que compõem a rede, aumentando a responsabilização pelos pacientes e favorecendo o trabalho multiprofissional.

O trabalho de implantação da OncoRede tem-se desenvolvido através dos seguintes eixos: implementação do acesso e qualificação

assistencial; implantação da gestão em rede da atenção integral em oncologia; qualificação dos profissionais de saúde e gestores.

I. Implementação do acesso e qualificação assistencial da rede local de saúde – o papel da atenção básica

A ampliação do acesso a diagnóstico e ao cuidado integral constitui-se num desafio importante. A atenção básica, através do modelo de Saúde da Família, tem um papel estratégico para o acesso ao *diagnóstico precoce*, podendo influenciar na história da doença. Além disso, tem importância no acompanhamento dos pacientes em tratamento nos CACONs, assim como na fase de cuidados paliativos.

A *gestão do cuidado* aos pacientes com câncer é outra forma de humanizar e qualificar a atenção, pela possibilidade de identificar as necessidades dos pacientes e famílias e, também, as facilidades e dificuldades encontradas por eles ao longo do tratamento e seguimento da doença. As equipes municipais de gestão do cuidado, que facilitam o percurso do paciente ao longo da linha de cuidado, necessitam de uma integração efetiva, interpessoal e solidária com as equipes dos serviços especializados.

No momento atual de dificuldade de acesso dos pacientes à atenção especializada, gerando diagnósticos tardios, uma demanda especialmente presente é da oferta de *cuidados paliativos* a pacientes sem proposta terapêutica. Isso exige suporte e capacitação dos profissionais, e criação de estrutura nos municípios para que essa atenção seja humanizada e qualificada, de caráter multiprofissional e que otimize o uso dos recursos locais.

O desenho da rede envolve o credenciamento de uma UNACON na região, que assumirá as tarefas de diagnóstico, tratamento e seguimento dos pacientes com tumores prevalentes, com as demais neoplasias malignas sendo referidas para o CACON de Referência da UNICAMP.

II. Implantação da gestão em rede da atenção integral em oncologia

Implantar a *gestão em rede* da atenção oncológica numa região exige buscar a sustentabilidade das atividades da OncoRede nas diferentes conjunturas e o desenvolvimento de canais de comunicação entre os diferentes pontos do sistema. Isso significa a par-

ticipação colegiada dos diversos gestores implicados – dos serviços básicos, secundários e de alta complexidade, e das esferas regional, estadual e federal –, dos representantes dos profissionais de saúde e dos usuários.

É fundamental a avaliação do acesso, da integralidade da atenção e da gestão em rede, envolvendo avaliar a qualidade alcançada, os custos dos diferentes pontos da rede e do seu conjunto, os canais de comunicação implementados e a participação dos diferentes segmentos.

III. Qualificação de profissionais de saúde e gestores

Envolve o desenvolvimento de atividades de *educação permanente*, com capacitações construídas a partir da realidade das redes locais de saúde, com o propósito de qualificar a atenção, humanizá-la e preparar os profissionais de saúde dos diferentes níveis assistenciais para o trabalho compartilhado, através de canais de comunicação formais e interpessoais facilitadores da condução de casos clínicos e demais problemas da rede. Com relação ao trabalho em rede, reconhece nos territórios a presença das redes sociais de apoio aos pacientes com câncer e famílias para o estabelecimento de colaboração na atenção das necessidades identificadas.

A pesquisa avaliativa integrada às atividades da OncoRede

A pesquisa avaliativa desenvolvida no âmbito do Projeto OncoRede tem caráter formativo, com equipe de avaliação de composição mista, com a presença de pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas e profissionais de saúde da região onde se desenvolve o projeto. Como é o objetivo maior das avaliações, essa também tem orientado a gestão da OncoRede e, por ser formativa, tem ajudado a corrigir os rumos e afinar os objetivos da rede de acordo com as necessidades identificadas (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2005).

A pesquisa avaliativa pretende ampliar a compreensão do processo de implantação da OncoRede, de forma a identificar os pontos fortes e as debilidades que podem comprometer seu desenvolvimento. No momento atual, objetiva auxiliar a gestão da rede e capacitar um número cada vez maior de participantes para a atividade avaliativa (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

O desenvolvimento de indicadores de avaliação tem se orientado para uma avaliação de processo que considera os objetivos gerais e iniciais da rede, numa proposta de Modelo Modificado de Redes Episódicas proposto por Pescosolido (2006). Os indicadores utilizados são:

- 1 Contexto de implantação da OncoRede;
- 2 Capacidade assistencial instalada na região de estudo, caracterizando parte da estrutura;
- 3 Constituição e capacitação de equipes municipais de gestão do cuidado;
- 4 Implantação de sistema de informação;
- 5 Desenvolvimento de canais de comunicação entre os serviços;
- 6 Desenvolvimento de atividades de Educação Permanente na região como forma de apoiar os profissionais de saúde em suas ações e de criar canais de comunicação com os serviços especializados.

Os resultados preliminares

Contexto de implantação do projeto

Encontrou-se na região de desenvolvimento do projeto vontade política da maioria dos gestores municipais, dos profissionais de saúde e de redes sociais de apoio a pacientes com câncer e famílias. Os profissionais de saúde, ao contrário do que se pensou inicialmente, não demonstraram resistência para o trabalho com pacientes com câncer, pelo reconhecimento da necessidade desses pacientes e pelo apoio das atividades de educação permanente desenvolvidas pela universidade, com a perspectiva do desenvolvimento das redes de comunicação.

Foi identificada a oposição de grupos privados e de gestores da saúde ligados a eles, pois a rede proposta reforça as redes públicas locais, cria maior autonomia da gestão municipal para o enfrentamento do problema e amplia a regulação da relação público-privado. Outro entrave identificado inicialmente foi a ausência de apoio da gestão estadual da saúde, principalmente em relação a recursos e propostas de gestão da rede. Isto tem se modificado nos últimos meses com uma presença mais freqüente do gestor estadual nas discussões sobre a rede, contribuindo com a regulação das atividades.

Capacidade assistencial instalada

Dos oito municípios que participam da fase inicial da OncoRede, seis apresentavam Gestão Plena da Atenção Básica e dois com Gestão Plena do Sistema Municipal. A microrregião conta com sete hospitais gerais, com 434 leitos SUS e boa disponibilidade de recursos diagnósticos laboratoriais e de imagem.

Todos os municípios contam com profissionais das diversas áreas da saúde compondo equipes multiprofissionais, e especialistas aptos para cuidar dos tumores prevalentes da região. Porém, a maioria concordava que seria importante a discussão de protocolos de cuidado com o Centro de Referência da UNICAMP e até, eventualmente, estágios cirúrgicos e de procedimentos nos serviços especializados.

Gestão do cuidado

Foram constituídas equipes de gestão do cuidado nos oito municípios que compõem a microrregião, com um número de três a seis profissionais. Em geral composta por médico, enfermeira e assistente social ou psicólogo. Foram realizadas capacitações modulares pela Unicamp para 78 profissionais das diversas áreas da rede básica e de hospitais gerais na própria microrregião.

Sistema de Informação

Dos oito, sete municípios implantaram a identificação dos pacientes, conhecendo diagnóstico, serviços utilizados, tempos e fluxos de tratamento, identificação das necessidades clínicas e psicossociais, permitindo monitorar o tratamento e o seguimento dos pacientes com câncer da região.

Comunicação

Tem sido adequada a comunicação com os gestores e com as redes sociais de apoio aos pacientes e famílias. Apresenta-se um esboço de um colegiado gestor regional representado pelo consórcio de 16 municípios que já existe há mais de 20 anos e tem resultado na cooperação entre os municípios para a gestão de projetos da área da saúde, como a de um hospital regional estadual. Observavam-se dificuldades para os serviços locais obterem informações

sobre os pacientes com câncer dos serviços especializados. Estes em geral não contam com canais de comunicação que disponibilizam informações para outros pontos da rede de saúde.

A comunicação entre os serviços tem melhorado de forma considerável com a identificação de profissionais de referência nos CACONs, para superar as vias meramente burocráticas e garantir relações de confiança entre os serviços.

A avaliação vem mostrando a possibilidade de se realizar atenção qualificada e humanizada, voltada para as necessidades dos pacientes com câncer, a partir da articulação de uma rede de cuidados, de forma a garantir o direito à saúde, a equidade e a integralidade da atenção. Observa-se, ainda, que a valorização do profissional de saúde para as atividades do cuidar valoriza o cuidado e o paciente, tornando a experiência da doença mais partilhada e oportunidade do desenvolvimento de vínculos significativos.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.14, p.73-92, set. 2003-fev. 2004.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes*. A estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- PESCOSOLIDO, B. A. Of pride and prejudice: The role of sociology and social networks in integrating the health sciences. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 47 (September), 'p. 189-208, 2006.
- WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: EdUSP, 2004, p. 33-58.

A construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado

GEÓRGIA SIBELE NOGUEIRA DA SILVA¹
JOSÉ RICARDO DE CARVALHO MESQUITA AYRES²

Nem tudo que escrevo resulta numa realização, resulta mais numa tentativa. O que também é um prazer. Pois nem em tudo eu quero pegar. Às vezes eu quero apenas tocar. Depois o que toco às vezes floresce e os outros podem pegar com as duas mãos.

Clarice Lispector

Introduzindo

Este escrito pretende tocar de forma panorâmica em algumas das muitas reflexões sinalizadas ao término de uma tese que se propôs a dialogar sobre o lugar da morte no processo de construção do “ser médico” com estudantes e residentes de medicina. O modo como a morte (ou a ausência dela) na formação médica pode ser considerada indicador da não atenção dada ao tema do cuidado integral está presente nessas linhas por meio das vozes, silêncios e entreditos dos filhos de Esculápio.

Afinal, é conhecido o fato de que a formação médica tem-se preocupado ativamente com os novos, eficazes e elaborados procedimentos técnicos de manutenção da vida humana. Contudo, no que diz respeito ao enfrentamento da situação de sofrimento existencial do paciente que se encontra nos limites entre a vida e a morte, parece faltar a devida orientação ao estudante de medicina e ao médico. Muitas vezes, este se afasta, se sente falho e frustrado

¹ Professora adjunta, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN/ Departamento de Psicologia. Endereço eletrônico: gsibele@uol.com.br

² Professor titular; livre-docente, Universidade de São Paulo – USP/Departamento de Medicina Preventiva.

diante da sua ocorrência. Tal reação é compreensível, tendo em vista que, dentro da ênfase tecnocientificista, volta-se o foco para o estudo do agente/doença, remédio/cura, e a morte simboliza apenas o fracasso. (FALCÃO; LINO, 2004).

Com o predomínio, na medicina, de uma racionalidade tecnológica e instrumental, tivemos a desvalorização da relação médico-paciente como recurso terapêutico. Talvez se deva esse fato à atual crise das relações da sociedade com a medicina. Categorias como sofrimento, saúde, vida, cura e morte encontram-se ainda hoje pouco trabalhadas no exercício médico (CAMARGO JR, 1992; LUZ, 1988).

Ayres (2002), por sua vez, adverte para a necessidade de se examinar o significado do lugar destacado e determinante que a tecnociência passou a ocupar na prática médica. Defende que esse lugar deve ser articulado ao cuidar, servindo a este ao invés de distanciar-se dele no saber-fazer médico.

A conceituação proposta pelo referido autor esclarece nossa motivação em adotá-la: “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” (AYRES, 2004, p. 22). Acrescentaríamos, também, a atenção existencial às práticas relacionadas ao acompanhamento do processo de morte de pacientes.

São inegáveis os benefícios da medicina tecnocientífica, mas, unilateralizada como recurso diagnóstico e terapêutico, ela pode ficar mutilada. A evitação do contato humano elimina o reconhecimento do sofrer do outro através da palavra. A dor é medida, medicada, mas não reconhecida em seu significado, pois a palavra fica reduzida a meras informações na anamnese. Diante de um cenário assim, radicaliza-se o distanciamento e a desumanização da prática médica; nega-se a possibilidade de uma atenção integral no processo saúde-doença e morte. Por sua vez, humanizar é entendido aqui como “garantir à palavra sua dignidade ética”, ou seja, possibilitar que o sofrimento a dor e o prazer possam ser expressos pelos sujeitos em palavras e reconhecidos pelo outro (DESLANDES, 2004).

É oportuno ressaltar que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, homologadas pelo Conselho

Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior / Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, oficializaram o acompanhamento do processo de morte como uma habilidade a ser desenvolvida no ensino médico. Temos no artigo 5º: “A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas”. Com destaque no Item XIII: atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte.

A reflexão sobre os diferentes aspectos envolvidos no ensino da morte no âmbito da formação médica e de outros profissionais de saúde tem sido estimulada por alguns autores, como Concone (1983), Howells (1986), Boemer (1989), Klafke (1991), Rappaport (1993), Zaidhaft (1990), Viana e Piccelli (1998), Rosa (1999); Lino (2003); Kovács (1992, 2003); Falcão e Lino (2004). Contudo, é inegável que as escolas médicas ainda enfrentam dificuldades para assumir o compromisso educacional com essa temática.

Por sua vez, temos nas palavras de Gadamer (1993, p. 95) explicitada parte das inquietudes presentes nos ditos e não ditos para a construção deste texto. Indagamos junto com ele: “*Como é possível que nos aproximemos com a distância do simples olhar, de coisas que na prática, nos queimam os dedos, como, por exemplo, a doença e a morte?*”

Esclarecemos que, ao se referir à “distância do simples olhar”, o autor nos remete à distância do tão-somente contemplar teórico; e não à simplicidade contida num olhar humano, capaz por ele mesmo, de aproximar. Partimos do pressuposto de que compreender a relação do estudante de medicina com a morte em sua formação pode nos ensinar sobre a relação médico-paciente, para além das relações com pacientes terminais, e de que a possibilidade de fazermos outro percurso passa também pela clareza em torno do caminho percorrido.

Caminho da investigação

Este estudo foi resultado do projeto de doutoramento da autora realizado na FMUSP, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP (CAPPesq), em cumprimento à Resolução nº. 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde. Foi realizada pesquisa qualitativa com estudantes de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), escolhidos entre todos os períodos de formação (do primeiro ano à residência médica).

A escolha pela variação por períodos entre os estudantes atendeu ao intuito de percorrer várias etapas da formação, com objetivo de observar possíveis permanências, alterações ou discrepâncias das representações em torno do “ser médico” e da morte, podendo identificar as motivações e justificativas para possíveis mudanças, bem como os sentimentos envolvidos. O convite aos alunos foi feito, em parte, por intermédio de alguns professores que em sala de aula divulgavam a proposta da pesquisa. Outros convites foram realizados por contatos pessoais da pesquisadora. O convite feito no “boca a boca” pelos alunos foi o que deu origem à procura maior.

É interessante registrar que grande parte dos entrevistados (nove) não sabia que a pesquisa abordava também a questão da morte, fato não mencionado pelos autores dos convites (professores e alunos que já haviam feito entrevista), com exceção da própria pesquisadora. O argumento utilizado foi de que, se os alunos soubessem que abordariam o tema da morte, talvez não tivessem interesse em participar. Tal fato não consistiu numa estratégia adotada previamente; solicitávamos que o convite fosse dirigido também a alunos que a princípio não tivessem interesse declarado na temática. Talvez por isso, sem nenhum acordo, os autores dos convites deixaram de mencionar a questão da morte, tentando garantir a presença dos que não demonstravam interesse na temática.

Para a produção das narrativas foram combinadas duas estratégias tecno-metodológicas: entrevistas em profundidade com roteiro e oficinas com utilização de “cenas” objetivando maior profundidade e segurança na análise interpretativa (KVALE, 1996; MINAYO, 2002, PAIVA, 2005).

Sobre o uso de “cenas”, Paiva (2005) explica que são ferramentas para conscientização, ação, invenção e circulação de repertórios discursivos (e não-discursivos) de grupos e indivíduos, que podem resultar em mobilização individual e social para promoção da saúde. Ao argumentar sobre sua utilização como recurso para pesquisa, ressalta que a análise de narrativas dos participantes através da cena

oferece “um testemunho da experiência nas próprias palavras do sujeito” (PAIVA, 2005 p. 5); neste caso, sob o calor do acontecimento, sem grandes elaborações racionais, a qual é altamente relevante para as abordagens de pesquisa qualitativa.

No âmbito deste trabalho, utilizamos “cenas” imaginadas, depois descritas no papel, e relatadas no grupo. Trata-se de uma metodologia co-construtivista que possibilita *insights* de novos repertórios, a partir de uma experiência antecipada, por meio de dramatizações e visualizações (com relato verbal e escrito posterior a cena). No total foram 19 entrevistados (8 homens e 11 mulheres), dos quais dez participaram das oficinas. Realizamos três oficinas, dividindo os grupos por agrupamento de períodos próximos: Grupo 1: alunos dos 1º, 2º e 3º anos; Grupo 2: alunos dos 4º, 5º e 6º anos e Grupo 3: residentes.

Todas as atividades foram gravadas com anuência dos entrevistados, e para garantir o caráter sigiloso das informações, os depoimentos foram codificados com nomes fictícios.

A base filosófica do trabalho de produção e interpretação das narrativas foi constituída pela Ontologia Existencial, a Hermenêutica Filosófica e a Teoria da Ação Comunicativa – buscando dar inteligibilidade, nos contextos de formação médica, à tarefa da linguagem, por ser esta reguladora das ações humanas e das relações sociais. A compreensão assumiu, aqui, centralidade na atitude de investigação. O processo interpretativo, por sua vez, obedeceu à regra hermenêutica, segundo a qual devemos compreender o todo a partir da parte e a parte com base no todo. Foi operacionalizado por meio de leituras exaustivas e repetidas, que visa a ampliar a unidade do sentido pela concordância de todas as partes singulares com a totalidade compreensiva (GADAMER, 2002).

Para Habermas, a dimensão da linguagem privilegiada é a das relações comunicativas entre os sujeitos, que usam a linguagem para se referirem ao mundo e tomar parte dele – ou seja, a dimensão pragmática da linguagem, não o uso das sentenças como uma representação da realidade na nomeação dos objetos e estado de coisas (ARAGÃO, 2002). Portanto, buscávamos em nossa pesquisa identificar e interpretar as pretensões e condições de validade dos discursos que permeiam os valores, as concepções (esfera normativa – o que

é correto), suas verdades acerca do ensino médico (verdades aceitas – o que é entendido como verdade) e o plano de autenticidade das interações estabelecidas, a sua subjetividade (as expressões subjetivas).

Nas palavras de Minayo (2002, p. 85): “A compreensão só se transforma em uma tarefa quando há algum transtorno no entendimento, um estranhamento que se concretiza numa pergunta”. Em que medida as conseqüências da construção do ser médico e sua relação com a morte, desenvolvidas na formação médica, interferem na prática médica, em seu distanciamento da dimensão do cuidado? Falamos com os estudantes de medicina sobre essa questão, buscando construir com eles/elas as respostas para nosso estranhamento.

Dialogando com os resultados

O “ser médico” e a morte: a busca da humanização

No primeiro momento desse diálogo – o horizonte normativo – os interesses, as auto-exigências dos estudantes e residentes de medicina consistem em ser um bom médico, entendido como bom técnico e humano na doença e na morte. O médico desejado ou idealizado pelos estudantes / residentes desta pesquisa apresenta os seguintes atributos: conhecimento técnico e conhecimento humanístico, que por sua vez implica desenvolver disposições ou habilidades humanísticas, competências comunicativas, e uma boa relação médico-paciente.

A valorização do conhecimento técnico é compartilhada por todos, mas o desejo de uma medicina humanizada parece não encontrar no processo ensino-aprendizagem uma prática hegemônica. A fala a seguir exemplifica essa questão:

Não é todo mundo que pensa nesse lado humano, a maioria tá preocupada em ensinar e os alunos em aprender as técnicas, e é importante mesmo é o que cura, né? Claro que é preciso os dois, mas tem que saber o mundo da técnica. **Ideal é juntar a medicina com esse lado humano, o currículo novo tá tentando. Mas ainda é muito pregação e pouca prática.** [Fragmento de entrevista – Carmen, 5º ano/ 9º período].

Ser um bom médico, compreendido como bom técnico e humano, é a expectativa de todos os alunos investigados, independentemente do período. No entanto, percebe-se que a idealização quanto

à realização desses desejos encontra suas tensões ao se deparar com as incompatibilidades do modelo de ensino em que estão inseridos, tornando sua visão mais realista. A partir do terceiro e quarto anos, apesar de manterem a imagem de uma prática humanizada, eles passam a questionar a dinâmica do processo de formação, evidenciando a cada ano que passa um desencanto com o processo vivenciado, em relação ao alcance global de suas metas. Os resultados de Batista e Dini (2004) divergem um pouco dos nossos em relação a esse desencanto. A autora afirma que apenas a partir do quinto ano detectou esses aspectos. Nos nossos achados, surge bem antes, aliado à esperança de que a proposta do currículo novo saia da “pregação” para a ação.

Embora inseridos num contexto cultural que interdita o tema da morte e do morrer, os estudantes e residentes demonstram sensibilidade e desejo de participarem de uma possível rehumanização³ do processo de morte nas instituições de saúde. Ao abordarem as concepções dos estudantes/residentes sobre o enfrentamento do processo de morte de um paciente, citam vários papéis a serem desempenhados.

Evitar a chegada da morte (1) foi o papel citado por quase todos os estudantes de todos os períodos. Apenas os alunos do internato (5º e 6º anos) não se referiram a esse aspecto, abordando diretamente outros papéis diante da possibilidade iminente da morte do paciente. Talvez isso se deva ao fato de eles acompanharem com mais frequência a morte de pacientes.

Apesar de a maioria se considerar responsável pela cura do paciente, de assumir o papel de evitar a chegada da morte, os estudantes/residentes também reconhecem, como parte do seu ofício, oferecer cuidados físicos e emocionais ao paciente diante da morte. A procura por uma abordagem integral do paciente fica explicitada através dos outros papéis citados. São eles: **Pro-mover qualidade de morte (2), Estabelecer comunicação qualificada com o paciente e a família (3), Ficar até o fim**

³ A “re-humanização” do processo de morrer é definida por Kovács (2003, p. 102) como “uma possibilidade de reaproximação da morte pelas pessoas, que voltam a se tornar o centro da ação no momento mais significativo da vida – o da própria morte.

- conseguir acompanhar o paciente até sua morte (4), e **Seguir a rotina** - ter equilíbrio emocional para continuar a rotina de trabalho **após a morte de um paciente (5).**

São papéis que demandam cuidados com pessoas e não apenas com corpos ou órgãos doentes. Demanda o exercício de uma medicina humana que seja capaz de relacionar tais cuidados não só em situações de morte, e entender a morte não como um fracasso das instituições e dos médicos, como comumente é considerado pela medicina biomédica. Implica construir meios para ampliar os horizontes dessa racionalidade instrumental. Vejamos os depoimentos:

Tem relatos de médicos que estão acompanhando o estado final mesmo, **quando o paciente tá nos últimos dias, ele não faz mais aquela visita diária**, e a gente não pode condenar o médico por isso, né? **Vai depender da capacidade emocional de cada um, muitos médicos não tem condições, infelizmente né?** Mas o ideal seria que o médico tivesse **condições de se tá acompanhando aquele paciente, acompanhá-lo até o final**, pra que o paciente possa ter seus últimos dias com tranqüilidade, conforto, ser bem acompanhado, estar junto, sabe? **Eu quero conseguir!** [Fragmento de entrevista – Carmen, 5ºano/9º período].

A ilustração acima retrata um fato abordado por vários autores (CASSORLA, 1991; KAFKLE, 1991; KOVÁCS, 1991, 1996; BOEMER, 1991, 1996), que afirmam que, diante de um paciente “terminal”, ocorre aumento de cuidados técnicos e diminuição de contatos humanos, inclusive visitas médicas.

Esse é o *locus* em que estão inseridos nossos entrevistados, transitando entre a firmeza de um horizonte normativo que expressa na primeira pessoa: “eu quero continuar com o modelo que eu acho certo e estar junto do meu paciente para curar ou para ajudá-lo a morrer com qualidade” (fragmento de entrevista – Felipe, 4ºano/8º período), e a relativização desse mesmo horizonte, fabricada no dia-a-dia de sua formação e relatada indiretamente, em terceira pessoa: “não é culpa do médico se ele não tem condições de estar perto de um paciente terminal” (fragmento de entrevista – Carmem, 5º ano/9º período).

O “ser médico” e a morte:

a iniciação médica na distância do simples olhar

No segundo momento – o plano da pretensão da verdade dos discursos – a aceitação ou não de proposições, das orientações recebidas, nos indicará o ritual de iniciação da racionalidade médica. Fato é que, em nossa cultura ocidental contemporânea, a morte e o falar sobre ela, de indesejados e temidos, são também banalizados e interditados. E na medicina, se a morte é uma constante no trabalho médico, se eles são obrigados ao seu convívio (ou optam por ele), como os cursos de graduação preparam seus alunos para lidar com a questão da morte? Como o tema da morte é abordado no curso de medicina da UFRN?

Os estudantes e residentes entrevistados evidenciam os poucos e pontuais espaços para o ensino da morte em sua formação. Despreparo constatado em estudos tanto no Brasil (VIANNA; PICCELLI, 1988; ZAIDAFHT, 1990; FALCÃO; LINO, 1990, 2004), como no exterior (BUSS *et al.*, 1998), demonstrando que os estudantes de medicina percebem a carência de oportunidades no curso médico para o preparo e o treinamento em lidar com a morte.

A fala da aluna aponta a urgente necessidade de operacionalização dessa demanda:

Como é que você vai aprender a lidar com o paciente que vai morrer? Já quando ele está em estado terminal? Só lidando, no dia-a-dia, errando, chorando quando ele morre, se descabelando nas primeiras vezes, mas infelizmente é assim. **É muito solitário, não é pra ser assim.** Se tiver sorte de acompanhar algum professor que saiba lidar (pequena pausa), mas a gente nem tem com quem conversar sobre tudo isso. Tem que falar na morte, tem que ensinar a gente a lidar. **Não sei se você já notou, mas a gente nem diz essa palavra, diz óbito, alta celestial, êxito letal.** [Fragmento de entrevista – Simone, 6ºano/12º período].

Se, por um lado, constatamos um quase silêncio em torno do lidar com a morte e o morrer ao longo da formação médica, por outro é possível identificar as disciplinas de caráter humanista sendo eleitas como responsáveis para promover o ensino do tema, para promover as mudanças atitudinais nesse processo, já tão im-

pregnado por uma visão biológica e tecnicista do adoecimento. Disciplinas que, segundo Souza (2001), convive com o permanente desafio de manter em tensão o saber sobre a doença e o saber sobre a relação com o doente.

Entretanto, se todo comportamento é uma comunicação (WATZSLAWICK, 1967) as atitudes, os valores, as formas de lidar com a morte no dia-a-dia da prática médica serão sempre ensinadas mesmo no silêncio de um saber-fazer, dentro de uma concepção desejada ou não. A morte não nominada (“óbito”, “alta celestial”) já comunica por si só uma recusa em lidar com ela, a tentativa de esquecer que ela existe, representando uma recusa da dimensão intersubjetiva no cotidiano do “ser médico” que desponta em idiossincrasias da linguagem.

É fato que o início da construção da racionalidade médica tecnocientífica, ocorre nas aulas de Anatomia. A morte biológica abre-lhes as portas à investigação científica, revela que a verdade da doença deve ser buscada na intimidade dos tecidos mortos (FOUCAULT, 1987), sem voz, identidade, sem contato humano, ou melhor, buscando despir-se deste por meio da evitação de qualquer sinal de humanidade do cadáver, ou do próprio estudante (ao insinuar revelar seus sentimentos). Começa nesse momento o processo de expropriação dos sentimentos, de negação de aspectos existenciais e simbólicos da morte. O distanciamento da subjetividade é a estratégia adotada para se obter o conhecimento objetivo, claro, exato, apregoado por um tipo de saber científico que construiu seus pilares em cima da cisão sujeito-objeto.

O vínculo com a humanidade deve ser rompido, sob o argumento de evitar identificações e possíveis sofrimentos. Por isso, pequenos sinais no cadáver que possam insinuar elementos de identidade são evitados para não dificultar o trabalho do aluno. Afinal, nossa imagem aparece espelhada naquilo que vemos. Aqui também começa a invisibilidade em relação a um possível sofrimento existencial do estudante. Observemos as falas dos estudantes:

Ninguém tem a reação na hora, pelo menos tenta disfarçar, não pega bem porque você é aluno de medicina, tem que agüentar. Mas aí além desse momento, **quando você disseca o dorso, passou o estresse... Até que você tem que virar o cadáver [...]** Aí é

outro estresse, cadê que eu conseguia dissecar o cadáver olhando pra cara dele? Uma angústia...eu não consigo... **Eu passei uma semana eu acho, botando um pano no rosto do cadáver, pra conseguir dissecar o abdômen.** Até que você com o tempo vai se adaptando... **não pode ficar a vida inteira cobrindo o cadáver.** [Fragmento de entrevista – Cecília, 5º ano/10º período].

É possível inferir que o processo de dissociação corpo-mente e a dessubjetivação dos pacientes no exercício da biomedicina têm seu primeiro modelo no treinamento obtido com os cadáveres, conforme afirmou um aluno:

No primeiro momento você reflete um pouquinho, você olha assim, ali é um braço, é uma perna, uma cabeça que foi de alguém, quem deveria ser essa pessoa, daí agente entra olha o rosto que lembra mais, **não pode se envolver com isso, aí com o tempo a gente se acostuma mais sabe, que tem o lado bom e o lado ruim, o lado bom é você se acostumar um pouco porque você precisa trabalhar com aquilo,** mas o lado ruim é que você vai se tornando mais frio pra lidar com as coisas, né, pra lidar com essas questões difíceis aí, vai ficando mais frio e começa a ver o ser humano não como ser humano, mas como uma máquina. Depois você vê o paciente também como um objeto de estudo, uma máquina que tem o coração batendo. **Aí o médico precisa rever essa postura, senão ele vai ficar desumano.** [Fragmento de entrevista – Felipe, 4º ano /8º período].

O aluno argumenta que é preciso desmitificar a morte, é preciso esquecer o morto, para se acostumar e trabalhar com “aquilo”, mas teme chegar pelo hábito, à mesma frieza necessária com o cadáver, diante de seu paciente em “situações difíceis”. “Aquilo” é o cadáver, as “situações difíceis” são os sofrimentos e a morte do paciente, representando o “isso” com o qual não podem se envolver. Termina sua fala refletindo sobre a necessidade de rever a postura mecanicista, sob o risco de se desumanizar. Nessa direção, Martins (2004, p. 27) afirma que “nosso corpo não se encaixa na abstração da máquina, senão ao preço de grandes perdas”.

O exemplo abaixo segue a mesma direção e revela o quanto eles introjetam a necessidade de não se envolverem muito no sofrimento do paciente, para conseguirem “ser médico”. Assimilam que é pre-

ciso “agüentar” os choques iniciais nas aulas de anatomia, como parte do aprendizado da formação para lidar com o paciente à morte no futuro. Eis o depoimento:

Eu acho que é como se fosse meio de propósito, não sei, **querem dar um choque e que a gente fique frio pra poder agüentar**, eu acho que em certo ponto agente tem que ter, não é nem uma frieza, eu acho que tem ser um controle uma estabilidade. Porque se você absorver tudo o que o paciente tiver passando, no desespero, ou se chorar, **se envolver muito, você não consegue ficar de fora pra resolver. E o paciente que for morrer então, aí é que você não agüenta**. É que eu acho que isso é necessário **mas esse choque que eles dão na gente é exagero. Não justifica não**. Eu quero entender, mas acho que não justifica, não. **Eu não quero ficar fria, se vou conseguir é outra coisa. Deus me proteja**. [Fragmento da entrevista – Fernanda, 4º ano/8º período]

O argumento utilizado para o não-envolvimento é a evitação do sofrimento do estudante, desde o cadáver ao primeiro paciente à morte. “Condição” para que ele consiga tornar-se médico, mediante discursos coercitivos. O “ocultamento da morte”, na grande maioria dos currículos médicos e o difícil lugar das Humanidades Médicas na formação médica se devem, em parte, ao fato de ainda serem legitimados, como saberes verdadeiros, apenas os saberes biológicos.

O não-reconhecimento do desenvolvimento dessa habilidade como uma competência do ensino médico é evidente nas falas. Qualquer semelhança com o que diz o poeta não é coincidência: “*o acaso* (“se der sorte pegar um bom exemplo”, ou “Deus me proteja”) *vai nos proteger enquanto eu* (e a formação médica) *andar distraído*”⁴. Nesse roteiro, não se envolver pode ser o mecanismo de proteção a ser utilizado.

Zaidafth (1990) e Quintana *et al.* (2002) defendem que há uma exclusão intencional da temática da morte nos estudos médicos que se funda na idéia explicitada por alunos e profissionais da área de saúde, por eles observada: “estamos numa profissão na qual convivemos com a doença e a morte e, se permitimos que *aquilo* (grifo nosso) que acontece nos pacientes nos “toque”, acabaríamos loucos e na conseguiríamos exercer nossas funções” (QUINTANA *et al.*, 2002, p. 26). No

entanto, alguns alunos, não por acaso – um próximo ao final do curso e outro residente – nos dão pistas de que, diante do despreparo para enfrentar com o equilíbrio desejado as situações de acompanhamento de morte de um paciente, a aceitação do distanciamento como estratégia eficaz de enfrentamento (usada antes na anatomia) é reiterada.

Então você notou que tem alguma coisa ali, chama o psicólogo ele vai lá conversar, é uma forma de poder ajudá-lo. O médico poder ajudar chamando o psicólogo que vai poder ajudar muito mais, entendeu? E aí você desliga a partir daí. Eu não acho certo a pessoa ficar carregando não. Mas se a pessoa consegue. Tem médico lá na Liga contra o Câncer que é bonito de ver, mas eu tenho dificuldade, **eu queria aprender como fazer, entende?** [Fragmento da entrevista – Clara, 5º ano/10º período]

“Não deve se envolver. Acho que o ideal seria o relacionamento ser apenas profissional mesmo, que a partir do momento que criar amizade, acho que isso aí não é bom não, apesar de às vezes acontecer, mesmo sem querer, acontece. [Fragmento da entrevista – Rodrigo, residente 2].

Os estudantes e residentes relatam os escassos modelos, as poucas experiências para nominar e lidar com a morte, e os inúmeros paradoxos. A prescrição do não envolvimento é adotada, e convive com sinais de relativização (não se envolver muito), quando o horizonte almejado é a humanização da prática médica, que, por sua vez, prescreve uma boa comunicação com o paciente à morte.

No entanto, eles não aprendem como se envolver com equilíbrio. Então, como vão conseguir conversar com seu paciente sobre sofrimento e morte? Como mudar a direção do seu olhar, da sua prática? Eles sabem que não ser tocado pelo outro e sua dor não será possível o tempo todo, descobrem isso nas interações com os pacientes (“mesmo sem querer, acontece”), e reclamam por práticas, professores e uma política de educação que os preparem; que auxiliem a eles e seus educadores a se envolverem e saberem comunicar sobre a morte, pois é fato, seus pacientes também morrem.

Em outras palavras, é ao desenvolvimento do domínio emocional e a aquisição de uma competência comunicativa que eles se remetem, domínios estes de incorporação prevista nas reformas curriculares e pedagógicas em desenvolvimento no país, embora

⁴ Trecho da música Epitáfio, dos Titãs.

com uma evidente distância entre intenção e gesto. As verdades dos discursos se deparam quase inevitavelmente com paradoxos na prática. Suas narrativas ilustram uma vivência em que a ambigüidade é a tônica - precisam e querem ser “suficientemente frios” e “suficientemente humanos” no seu saber-fazer.

O “ser médico” e a morte - quando a prática queima os dedos

O outro momento desse diálogo ocorreu no terreno em que se expressa a subjetividade nas interações propriamente ditas: o contato dos estudantes com o paciente em situação de doença e diante da morte.

Quando “a prática queima os dedos”, as dores dos cuidadores se revelam nas dificuldades em lidar com a morte de seu paciente e realizar as atitudes desejadas para o enfrentamento desse processo (citadas no início do texto). A falta de acolhimento e continência aos aspectos emocionais dos próprios estudantes, desde as aulas de Anatomia, podem se reproduzir mais tarde em semelhante falta com seus pacientes.

Ocorre que, no encontro com a morte de um paciente, alguns estudantes e residentes, temendo sofrer com o envolvimento, não vão olhar para a vida que há na morte dos cadáveres, nem sabem olhar para a morte que começa a ser encenada nos olhos de seus pacientes à morte, mas ainda vivos; vão encaminhar seu pacientes ao psicólogo; vão diminuir as visitas médicas; principalmente quanto mais evidente estiver da proximidade da morte; vão exorcizar a morte e suas dores negando-as, sucumbindo ante a destinação da máxima do distanciamento. Outros vão tentar lidar com as dores dessa herança procurando os modelos, enfrentando a distância do simples olhar, procurando ampliar o alcance para um olhar que busque mobilizar uma certa estrutura defensiva, sim, mas que permita a diferenciação da dor do outro sem cortar o laço de identificação com o paciente com o humano que há neles. Portanto, procurando ressignificar o tão costumeiro “se acostumar” na prática médica, em aprender a lidar com a dor, o sofrimento, a morte.

A cena a seguir ilustra um pouco da relação entre as concepções desejadas/idealizadas e as dificuldades enfrentadas pelos nossos estudantes.

Já passava das 7 horas da manhã e eu chegava ao hospital. Sendo próximo ao dia das mães, estava todo enfeitado com flores, como uma homenagem especial, lindo, com o sol entrando pelas vidraças, fazendo esquecer, por um momento, que me encontrava em um hospital. Mas eu não podia esquecer. [não podia esquecer o sofrimento a ser encontrado]. Antônio era um senhor de 67 anos, de cabelos grisalhos, rugas leves no rosto, pele rosada, sempre sorrindo. Seu Antônio, como era sempre chamado, recebeu o diagnóstico de câncer de pulmão há cerca de 6 meses, de maneira inesperada, após apresentar tosse com sangue e ir ao hospital para tratar-se. Era fumante desde a juventude e nunca se preocupou em parar de fumar. Morava com a esposa numa casa confortável, e tinha duas filhas, ambas casadas, e um neto. Estava internado há duas semanas, pois houve piora do seu estado geral, mostrando um agravamento do seu câncer já intratável. Durante a noite recebi a ligação de que Antônio tinha sofrido uma piora considerável neste dia, indo para a UTI. Já não estava mais sempre consciente, não falava, estava pálido, com os olhos sem brilho. Era o primeiro paciente que eu deveria visitar naquela manhã, o que me fez lembrar de toda sua história. Aquela visita provavelmente seria a última. À porta da UTI estavam a esposa e uma das filhas, com os olhos ansiosos direcionados para mim. “O que faço agora?” (dúvidas na condução) Cheguei próximo às duas, olhei em seus olhos, apertei suas mãos e dei um sorriso acolhedor. [comunicação não verbal qualificada] Foi o suficiente para aliviá-las um pouco. Disse que logo que saísse da UTI falaria com as duas. Fui chegando próxima ao seu Antônio e ele estava acordado, olhando imóvel para o teto logo acima de sua maca. Cumprimentei-o e vi uma pessoa diferente, que eu não conhecia. Ele já estava ciente da gravidade de sua doença, das metástases, da falência de órgãos que já apresentava e da irreversibilidade cruel das transformações que se passavam com ele nos últimos dias.

Seu olhar foi profundo. Parece que por um segundo eu pude ver sua alma. Não gostei. Foi desolador. Pelo instante de um suspiro, sem uma palavra, senti toda a sua frustração e derrota, me fazendo sentir incapaz. “Não cumpri meu dever”. **[evitar a chegada da morte -1]** A partir daí ele já sabia o que eu tinha a lhe dizer. **[dar a notícia ruim -2]**. Sentei numa cadeira ao lado de sua maca e perguntei se tinha algo que ele quisesse fazer, alguma comida que estivesse desejando, algum filme que quisesse assistir. Disse que tudo que acontece tem um sentido, por mais que não sejamos capazes de entender. Se fazemos tudo que está ao nosso alcance, devemos ficar tranquilos e ter fé. Mas, nem tudo sai como planejamos, infelizmente. Disse ainda que chamasse sua família e amigos

para quem quisesse dizer algo especial, pois eles ficariam muito mais tranquilos assim. As coisas não acabam aqui, isso seria uma mudança dolorosa em sua existência, mas algo melhor estava por vir **[comunicação qualificada sobre o fim - 2/ realização de desejos - 3]**. Fui vendo sua expressão mudar um pouco, o que me deixou bastante aliviada. Ele então me deu um sorriso, bem discreto, apesar da tristeza em seu olhar. Pediu então que eu chamasse sua esposa, pois ele mesmo queria conversar com ela, e me agradeceu. **[estar junto/ ficar até o fim - 4]**. Saí, talvez até mais triste do que entrei, e chamei sua esposa (**sentimentos do médico**). Ela rapidamente entrou, dando um abraço e beijos em sua filha, apressada por ver seu Antônio. E eu? Como fico a partir daí? **[sentimentos do médico/ acostumar-se ou aprender]**. Paro um pouco e sento no banco para pensar, vou fazer um lanche, ou simplesmente vou ao próximo paciente? Acho que a cada dia vou ter que aprender um pouquinho mais, até saber bem o que fazer. Bem, e a vida continua...” **[seguir a rotina - 5]** [Fernanda, 4º ano/ 8º período].

As “cenas” foram ricas em exemplos das possibilidades de encontro com o olhar do outro – familiares ou pacientes. As comunicações silenciosas e o confortar aconteceram também por meio de olhares. E, nesse encontro autêntico de seres humanos que se olham, tem-se a apreensão da responsabilidade ética. Dizia Clara: “Eu me sentiria preocupada, com uma responsabilidade maior do que eu posso arcar...” Ou Fernanda: “Fui vendo sua expressão mudar um pouco, o que me deixou bastante aliviada. Ele então me deu um sorriso, bem discreto, apesar da tristeza em seu olhar...”. E Sofia, conclui: “Ele olha para mim, segura minha mão e pela primeira vez, em meio a tanta dor, ele me dá um sorriso. Nessa hora eu percebi que estava fazendo a coisa certa. Sorri para ele e dessa forma ele também entendeu que eu fiz a minha parte”.

As estudantes em questão ensaiaram situações em que foi possível realizar a singularidade de um encontro humano. Apesar de seus conflitos, elas conseguem realizar relações que desejariam para elas próprias enquanto pacientes. Seus relatos nos remetem aos vários papéis citados como representativos do “ser médico” diante da morte. Cabe ressaltar, portanto, que o uso das cenas pode consistir em um instrumento facilitador do processo ensino-aprendizagem de novas atitudes. Além de promover encontros e reflexões sobre sentimentos e dificul-

dades em torno do saber e práticas vivenciados, pode possibilitar ensaiar saídas na construção desse mesmo saber-fazer.

Portanto, o contato com o paciente quase-morto, ainda sob cuidados médicos; ou até mesmo com os pacientes em seus vários sofrimentos (que não seja a iminência da morte); impele ou poderá impelir o estudante a enxergar a incompletude de seu saber, a reclamar a compreensão do processo existencial de atitudes que dêem conta de ressignificar o sentimento de impotência e fracasso diante da morte, pelo reconhecimento da dimensão da potência presente no papel de cuidar. Situações de ensino-aprendizagem que podem ser cada vez mais facilitadas à medida que os alunos começam mais cedo a lidar com pacientes e possam encontrar professores preparados para tal processo.

No caso dos residentes, os discursos e “cenas” narrados são também ilustrativos da dificuldade em falar sobre a morte, bem como dos tipos de racionalidade com que eles convivem durante o curso de formação médica. Ou seja, em parte dos discursos (dois residentes) observamos a presença do médico como o detentor do destino de seu paciente, aquele que não deve se envolver emocionalmente, mas deve dizer a verdade ao seu paciente (“se ele quiser, é claro”). Já as falas de outros dois residentes comungam com o ideal de re-humanização do processo de morrer, e retratam a ausência do enfrentamento da morte no ensino médico. Vejamos uma fala ilustrativa:

Eu sempre procuro conversar. Estou lidando muito com isso agora, e é bem difícil, mas **o paciente percebe de alguma forma**. Ou pelo jeito da família, ou seu próprio estado, e até se o médico começar a fugir de uma pergunta. **Eu prefiro falar para ele não perder a confiança em mim**. Não digo assim que ele vai morrer diretamente, porque ninguém sabe, mas também **não digo: - olhe, todo mundo morre! - como já vi fazerem**. **Eu digo que ele não tem mais chance de cura. Aí ele tem chance** de junto com a família e comigo **decidir se fica no hospital**, entende? Eu estou aprendendo fazendo e às vezes encontro **o modelo de algum médico, isso ajuda, é importante para você não se sentir muito só, ter um parâmetro de que ta indo certo**. **Durante o curso todo agente não aprende nada disso, até fala em humanização, em relação médico-paciente, principalmente no currículo novo, mas e na hora da morte como é?** [Fragmento de entrevista – Ricardo /residente 1].

Em outras palavras, foi possível observar a presença dos discursos herdeiros da racionalidade biomédica, cuja normatividade tecnocientífica, ao tentar eliminar as emoções, termina por distanciar-se do outro; convivendo com as dificuldades de médicos que defendem uma racionalidade que, sem prescindir da tecnociência, busque aliar sua atenção ao sentido existencial da experiência do adoecimento, seja na recuperação da saúde ou no acompanhamento do processo de morte.

É fato que a solidão diante das dificuldades vivenciadas por estudantes e residentes para enfrentar a dor de não salvar; de não saber dar a notícia ruim; de não saber confortar, nem ficar ao lado do paciente à morte, são etapas vivenciadas que, se não forem acolhidas, enfrentam um percurso de grande vulnerabilidade ao desenvolvimento de mecanismos rígidos de defesa e de distanciamento do outro e de si mesmos. Depois de visitar os pontos de parada para os diálogos do percurso, é hora de apontar um lugar de chegada: a constatação de que a negação da morte na formação médica, o apartar-se de seus conteúdos simbólicos e existenciais no processo de construção do “ser médico” contribui para um distanciamento entre as tecnociências médicas e a dimensão do cuidado no cotidiano das interações médico-paciente.

Se as tecnociências biomédicas interferem sistematicamente nas possibilidades de expressão subjetiva e de regulação das interações nos processos de atenção à saúde, torna-se necessário, como afirma AYRES (2005), admitir que mesmo as problematizações voltadas aos campos expressivo e normativo desses processos; e especialmente nas interações com pacientes à morte, dependerão de um esforço reconstrutivo dirigidos à esfera proposicional.

O que está em jogo é a reprodução de uma equação saber/poder que limita a transmissão do saber ao valor pragmático da eficácia da ação resolvendo a tensão doente/doença pela negação do doente. Na procura pelo ideal de objetificação na ciência médica, tomamos a doença enquanto uma abstração, como a verdade do sofrimento do paciente, enquanto este é silenciado em sua alma, em seu ser total, e os médicos passam a descrever de sua própria habilidade simbólica, por não ser considerada científica. A distância é legitimada; o paciente é apagado, enquanto indivíduo, e os estudantes podem apagar-se enquanto pessoa, diante das exigências do seu saber.

O calar e a distância do olhar à prática traduzem como, para sermos científicos, continuamos impregnados pela crença na separação sujeito-objeto, e nos afastamos cada vez mais da dimensão do cuidar enquanto tarefa da Medicina. As tentativas de superação de um discurso/prática na construção do “ser médico” que no lidar com a doença e a morte de um paciente seja capaz de lidar de forma não cindida com as dimensões: médico-paciente, razão-emoção, técnica-cuidado, vida-morte, passa necessariamente pelo reconhecimento da incompletude do modelo médico ao exercer sua função diante do caso singular e especialmente diante do acompanhamento do processo de morte.

A dificuldade de inclusão do preparo para lidar com a morte na formação acadêmica não é, portanto, apenas um efeito acidental do ensino médico, mas implica questões epistemológicas que estão na base da própria racionalidade da biomedicina, que, no dizer de CANGUILHEM (1977) é a dificuldade de apreender a lidar com a dor, o sofrimento e a morte.

Este trabalho pontua a urgência de um processo de ressignificação na construção do “ser médico” que inclua acolher na prática médica conteúdos subjetivos e simbólicos ao longo da formação acadêmica e profissional, como a morte, que poderá contribuir para a formação de médicos capazes de aliar a tecnociência às dimensões do cuidado na prática médica. Arrisca ainda sugerir caminhos para um aprofundamento e adensamento conceitual capaz de contribuir para o percurso que pretende sair de um olhar que distancia; para um olhar que, ao se aproximar existencialmente da morte, aprenda a se aproximar do outro. É no terreno da intersubjetividade, no poder falar algo com alguém, que acontecem os encontros ou desencontros da relação do médico com seu paciente à morte implicando práticas desumanas, por serem meramente técnicas, ou o aprendizado na direção da humanização do cuidado, a re-situação do paciente como sujeito de seu processo de vida, adoecimento e morte.

Tal proposição encontra sustentação em Habermas, cuja concepção de racionalidade assume um caráter eminentemente ético, interessada na produção de diálogos acerca do sentido interacional e emancipatório, e não somente instrumental e técnico, das formas de vida. Exige a construção de um saber compreensivo que abduque do

desejo desenfreado de dominação da modernidade, para abrigar-se em um saber ético, prudente e prático, desenvolvido no encontro com o outro. Nesse sentido, seu pensamento é bastante próximo da Hermenêutica Filosófica, recuperando a dimensão do humano como ser de cuidado, possibilitando o aprendizado para transitar nas sombras – morte, dúvidas e dores do ser médico e do ser humano.

Por sua vez, alia-se à perspectiva existencial, por não conceber a existência impessoal como único modo previsível e possível de ser, direção à qual nos impulsiona o paroxismo tecnológico da modernidade. Não, ela defende que a possibilidade de resgate do ser está sempre em jogo, é sempre um poder-ser. Sendo assim é possível desumanizar, mas também re-humanizar. Para tal, é preciso olhar para a morte e o sofrimento e poder falar sobre eles, ou seja, é preciso construir espaços para cuidar da dor do cuidador, a fim de que ele possa cuidar de forma humana das dores de seus pacientes, e possa enfrentar o medo da intimidade que esse tipo de encontro desperta.

Por fim, defendemos que a mesma medicina que se apoiou na morte biológica para fundamentar sua prática em conhecimentos científicos, pode se apoiar no enfrentamento dos conteúdos simbólicos e existenciais da morte para se re-humanizar e assumir o cuidado como um valor capaz de contribuir para re-construção de práticas de atenção integral.

O poeta é quem melhor diz:

*Mas, lá onde há o perigo, lá também
cresce aquilo que salva.*
Hölderlin.

Referências

- ARAGÃO, L. *Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-60, 2005.
- _____. O cuidado e os modos de ser (do) humano e as práticas em Saúde. *Rev Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 3, p. 16-29, 2004a.
- _____. *Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde* (Conferência proferida durante VII Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e VI Encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica. FIERP/EERP – USP/CNPQ; 2002b Ribeirão Preto, SP)

- BATISTA, N. A.; DINI, P. S. Graduação e prática médica: expectativas e concepções de estudantes de medicina do 1º ao 6º ano. *Rev. Bras. Educ Méd.* Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 199-203, 2004.
- BETTS, J. *Considerações sobre o que é humanizar*. Disponível em <www.portallhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>. Acesso em: 06 out. 2003.
- BOEMER, M. *A morte e o morrer*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1986.
- BUSS, M. K. The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Acad Med.*, n. 73, p. 418-422, 1998.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Revista Physis*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 1992.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Câmara de Educação Superior/Resolução CNE/CES Nº4, 7 de novembro de 2001. Brasília, 2001.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- GADAMER, H.-G. *Verdade e Método II*. Complementos e índice. Petrópolis: Vozes, 2002.
- HABERMAS, J. *Racionalidade e comunicação*. Lisboa: Edições 70, 1996.
- HEIDEGGER, M. *Introdução à metafísica*. Rio de Janeiro: Tempo, 1978.
- _____. *Ser e Tempo*. I. Petrópolis: Vozes, 1995.
- HOWELLS, K.; GOULD, M.; FIELDS, D. Fear of death and dying in medical students: effects of clinical experience. *Med Educ*, n. 20, p. 502-6, 1986.
- KLAFKE, T. E. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In: CASSORLA, R. M. S. *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991. p. 25-49.
- KOVÁCS, M. J. *A morte e o desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- _____. *Educação para morte*. Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- KVALE, S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage, 1996.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MARTINS, J. C. *A morte e os mortos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- MINAYO, M. C. S. Hermenêutica e dialética como caminho do pensamento Social. In: DESLANDES, S. F. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-108.
- PAIVA, V. *Analyzing sexual experiences through scenes: a framework for sexual education and evaluation*. London: Sex Education, March 2005.

QUINTANA, A. M.; CECIM, P. S.; HENN, C. G. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Rev Bras Educ Méd.* Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 204-210, 2002.

SOUZA, A. N. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 87-96, 2001.

VIANA, A.; PICCELLI, H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev Assoc Méd Brás.*, n. 44, p. 21-27, 1998.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. *Pragmática da comunicação humana*. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1967.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 38., *Ante-projeto das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina*, 2000.

ZAIDHAFT, S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ENSINO

A integralidade do cuidado sustenta o novo currículo do curso de Enfermagem do UNIFESO

KÁTIA CRISTINA FELIPPE¹
VERÔNICA SANTOS ALBUQUERQUE²
SUZELAINÉ TANJI³
CARMEN MARIA DOS SANTOS LOPES
MONTEIRO DANTAS DA SILVA⁴

Considerações iniciais

O processo educativo vem sofrendo importantes alterações nas formas de produção do conhecimento e da apropriação do saber nos dias atuais. Nesse novo contexto, a mudança curricular está nos alicerces da melhoria do processo de aprendizagem e, por consequência, o resultado repercute no mundo do trabalho, para o qual aprimorar de valores e atitudes se tornam também presente.

O Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) vivencia um processo de mudança curricular, cujo início da construção sistemática se instaurou em 1999. Sua efetiva implantação aconteceu no primeiro semestre de 2007, com subsídio do Programa Nacional de Reorientação da

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Colégio de Enfermeria de Madrid (revalidado pela Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ). Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO). Endereço eletrônico: enfermagem@feso.br

² Enfermeira. Mestre em Microbiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-UERJ). Professora Adjunta no Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta no Curso de Graduação em Enfermagem e Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO. Endereço eletrônico: jrdahmer@terra.com.br

⁴ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN-UFRJ). Professora no Curso de Graduação em Enfermagem e Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO).

Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Anteriormente, o currículo era estruturado em grades disciplinares, com conteúdos operacionalizados através de metodologia tradicional de ensino-aprendizagem, com ênfase em aulas expositivas. Os três primeiros semestres concentravam as disciplinas do ciclo básico, e só a partir dos períodos subsequentes os estudantes realizavam atividades em cenários de práticas vinculados às disciplinas do ciclo profissional. O que se percebia, então, era a produção fragmentada do cuidado e baixa capacidade de reflexão sobre a prática profissional.

No novo currículo do Curso de Enfermagem, as grades disciplinares foram substituídas por um modelo integrado de atividades composto por módulos (tutorial e de prática profissional). A pedagogia da transmissão foi substituída por metodologias ativas de aprendizagem baseadas na problematização. Ou seja, rompeu-se definitivamente com a lógica disciplinar e os estudantes passaram a atuar em pequenos grupos, variando de 12 a 15 estudantes. Nas sessões tutoriais, a construção do conhecimento é deflagrada a partir de situações-problema (situações simuladas construídas por um grupo de docentes – comissão de construção de problemas) e narrativas da prática (situações reais vividas pelos estudantes nos cenários de integração ensino-trabalho). Nesse novo contexto, os estudantes passaram a imergir no mundo do trabalho desde o primeiro período.

A mudança curricular tem como base a implantação do currículo integrado. O princípio é o do currículo em espiral, que propõe a organização do curso partindo-se do geral para o específico, em níveis crescentes de complexidade e sucessivas aproximações com a realidade abstrata e concreta (DOWDING, 1993). Esse princípio sustenta a construção de seqüências de aprendizados a serem alcançados. Assim, novos conhecimentos e habilidades (cognitivas, afetivas e psicomotoras) são introduzidos em momentos subsequentes, retomando o que já se sabe e mantendo as interligações com as informações previamente aprendidas. Com isso, pretende-se que o estudante alcance, gradualmente, maior amplitude e profundidade do conhecimento (GARANHANI, 2004). O currículo integrado contempla conhecimentos, habilidades e atitudes nos quatro domínios propostos por Delors (2004): o saber conhecer, o saber fazer, o saber ser e o saber conviver, compreendendo que essas vias do

saber se constituem em apenas uma, ou seja, existem entre elas múltiplos pontos de contato, de relacionamento e de permuta.

A proposta de mudança investe na formação para fortalecimento do modelo de atenção à saúde “usuário-centrado”, no qual o compromisso fundamental é com as necessidades do usuário, como contraponto ao modelo atualmente predominante, “procedimento-centrado”. Isto é, um modelo no qual o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos. Para tal, o perfil esperado do profissional de saúde compreende o compromisso com a universalidade, a equidade e a integralidade do cuidado. A idéia é que a formação deve permitir o entendimento da necessidade de garantia do cuidado que as pessoas demandam, em todas as suas dimensões, das atividades de promoção e prevenção até aquelas que envolvem serviços com maior densidade tecnológica. Enfim, o que se deseja é uma formação que garanta o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social.

Sendo assim, o presente texto se propõe a apresentar basicamente o recorte de um princípio que norteia o novo currículo do curso de Enfermagem, a saber: *a integralidade do cuidado*. As autoras pretendem realizar uma reflexão sobre este eixo norteador a partir do relato da experiência do currículo construído/vivenciado até o terceiro período, que corresponde ao momento atual de implantação.

Objetivos

Os objetivos postos são:

- Refletir sobre o conceito de integralidade do cuidado como princípio de formação profissional em saúde, a partir da experiência da mudança curricular do Curso de Enfermagem do UNIFESO.
- Apresentar o movimento de construção da integralidade do cuidado na formação profissional e sua estreita articulação com o mundo do trabalho no cotidiano do novo currículo.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência que se apresenta como um recorte da implantação do currículo integrado do Curso de Graduação em Enfermagem do UNIFESO. Tal recorte é permeado pela reflexão conceitual do princípio de integralidade.

Resultados e discussões

Optou-se por um currículo orientado pela integralidade do cuidado no curso de Enfermagem e para operacionalizá-lo passou-se a trabalhar com situações-problema ou narrativas da prática como elementos disparadores de aprendizagem. Tais elementos abarcam dimensões biológicas, sociais, afetivas, políticas, econômicas, éticas, ambientais entre outras. A construção do conhecimento se dá, então, a partir de situação (real ou simulada) complexa, próxima com o que se depara o profissional de saúde em seu cotidiano de trabalho.

O que está em debate não é a aquisição pura e simples de conhecimentos, mas o discernimento de mobilizá-los frente à determinada situação. Além disso, supõe, também, estratégias mentais, curiosidade, busca de significado, processos de identificação, que nascem tanto da formação como da experiência (PERRENOUD, 1999). Assim, sentidos se aproximam do que Moreira (2002), ao retomar a noção de hábito (*habit*) na obra de John Dewey, descreveu como maneiras de observar, pensar, refletir, manejar certos utensílios, caracterizando o modo de fazer de cada profissional e convertendo a experiência em algo aproveitável em outras oportunidades. Foi necessário romper com as disciplinas, tirando o foco da quantidade de conteúdos descontextualizados a serem obrigatoriamente abordados.

Não se trata de negar a importância dos saberes em prol de uma formação tecnicista, mas sim da valorização de conhecimentos mobilizáveis e relacionados à experiência. Nesse mesmo sentido, Silva e Egry (2003) defendem que o processo de ensino-aprendizagem alicerçado em competência pressupõe saberes intensamente trabalhados para que possam ser mobilizados de acordo com as situações complexas e imprevisíveis. Ou seja, não se poderiam formar profissionais por meio de um currículo que privilegie apenas a transmissão do conhecimento, sem promover situações em que esse conhecimento seja mobilizado.

No momento atual de implantação do currículo integrado do Curso de Enfermagem do UNIFESO, os três períodos iniciais estão construídos e constituem um ciclo que aborda a dimensão da vida normal; ou seja, o enfoque está voltado para indivíduos saudáveis e ações integrais em saúde. Esse ciclo compreende os mecanismos fundamentais e determinantes da saúde, a produção

dos serviços de saúde no Brasil e a produção de conhecimentos em saúde e em enfermagem. A ênfase do primeiro período é a criança em fase escolar/pré-escolar. O segundo período enfoca a saúde do adolescente. E o mote do terceiro período é a saúde do adulto trabalhador.

Nesse contexto, apresentamos as dimensões cognitivas, psicomotoras e afetivas que compõem os três períodos mencionados:

- Relacionar saúde com seus determinantes – alimentação, moradia, transporte, renda, educação, lazer, acesso a bens e serviços.
- Comparar os pressupostos e o projeto do SUS com os modos de produção de serviços de saúde no Brasil (modelo hegemônico neoliberal).
- Realizar consulta de enfermagem, considerando as dimensões técnicas (anamnese e exame físico), éticas e humanísticas (acolhimento, vínculo, sigilo e responsabilização).
- Realizar atividades educativas participativas e contextualizadas, considerando os determinantes de saúde.
- Realizar técnicas de administração de imunobiológicos por via oral, subcutânea, intramuscular e intradérmica.
- Reconhecer os aspectos morfofuncionais de normalidade dos sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, neurológico, endócrino, geniturinário, hematopoiético e músculo-esquelético-articular.
- Reconhecer a morfologia e funcionamento da célula eucariótica e da célula procariótica e relacioná-los com os processos de agressão infecciosos e de defesa imunológica e seus respectivos cuidados.
- Atuar no processo de aprendizagem de forma ativa, autônoma e criativa, convivendo, partilhando saberes e contribuindo para o crescimento individual e do grupo (tutorial).
- Realizar busca bibliográfica em acervo e pesquisa em base de dados eletrônica (incluindo o acesso a bases de periódicos indexados relevantes na área da saúde).
- Desenvolver pesquisa bibliográfica em livros, periódicos e base de dados.
- Processar e editar textos.
- Acessar e navegar na internet.

As dimensões cognitivas, psicomotoras e afetivas que compõem o primeiro período, cuja proposta central é a saúde integral do pré-escolar/escolar, são:

- Conhecer e utilizar as principais políticas e documentos de atenção integral e defesa dos direitos das crianças.
- Compreender e analisar as relações da criança com a família, com a comunidade e com a escola.
- Identificar as principais necessidades de saúde da criança na fase escolar e pré-escolar (biológicas, afetivas, sociais e espirituais) e considerá-las nos planos de cuidado.
- Construir planos de cuidados de enfermagem para a criança na fase pré-escolar/escolar e sua família, articulando-os com as ações dos demais profissionais/trabalhadores da saúde.
- Relacionar e articular os planos de intervenção com as ações da escola, dos serviços de saúde e das organizações sociais locais.
- Realizar atividades educativas direcionadas à saúde da criança na escola.
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil na fase pré-escolar e escolar.
- Desenvolver investigação no cenário da escola/comunidade da criança, utilizando os referenciais metodológicos para pesquisa científica.
- Elaborar propostas de pesquisas a partir de problemas captados no cotidiano da criança e sua família, nos cenários da escola e/ou comunidade.
- Realizar o exame físico da criança em fase pré-escolar/escolar (cabeça e pescoço, tórax, abdome, membros torácicos e pélvicos, principais reflexos e sinais vitais), identificando os aspectos de normalidade.
- Realizar e interpretar as medidas antropométricas: peso, altura, índice de massa corporal, perímetros cefálico, torácico e abdominal.
- Realizar e interpretar avaliação de acuidade visual no ambiente escolar.
- Avaliar a Caderneta da Criança: Curva de crescimento e carteira de vacinação.

As dimensões cognitivas, psicomotoras e afetivas que compõem o segundo período, cuja proposta central é a saúde integral do adolescente, são:

- Conhecer e utilizar as principais políticas e documentos de atenção integral e defesa dos direitos do adolescente.
- Considerar a abordagem integral na atenção à saúde do adolescente, incluindo: compreensão das potencialidades e vulnerabilidade na adolescência, avaliação do crescimento e desenvolvimento, atenção à saúde reprodutiva e sexual, além de prevenção de acidentes e violência.
- Compreender e analisar as relações do adolescente com a família, com a comunidade e com a escola.
- Compreender as principais alterações biopsicossociais ocorridas na puberdade e adolescência.
- Identificar as principais necessidades de saúde do adolescente (biológicas, afetivas, sociais e espirituais) e considerá-las nos planos de cuidado.
- Considerar as relações de gênero na adolescência.
- Construir planos de cuidados de enfermagem para o adolescente e sua família, articulando-os com as ações dos demais profissionais/trabalhadores da saúde.
- Realizar atividades educativas direcionadas à saúde do adolescente, considerando abordagens participativas.
- Elaborar propostas de pesquisas a partir de problemas captados no cotidiano do adolescente e sua família, nos cenários da escola, da comunidade, dos serviços de saúde ou organizações de apoio ao adolescente.
- Realizar o exame físico do adolescente (cabeça e pescoço, tórax, abdome, membros torácicos e pélvicos, principais reflexos e sinais vitais), identificando os aspectos de normalidade.
- Reconhecer as principais infecções sexualmente transmissíveis e as abordagens preventivas (especialmente estratégias voltadas para os adolescentes).
- Compreender os ciclos reprodutivos masculino e feminino e as estratégias de anticoncepção.

- Compreender o processo de fecundação e o desenvolvimento da fase embrionária (até a 8ª semana de gestação), incluindo os cuidados de saúde que devem ser dispensados nesse período.
- Avaliar carteira de vacinação do adolescente.

As dimensões cognitivas, psicomotoras e afetivas que compõem o terceiro período, cuja proposta central é a saúde integral do adulto (trabalhador), são:

- Discutir as características do mundo do trabalho na sociedade capitalista globalizada (qualificação, flexibilização e precarização) e seus impactos na saúde.
- Compreender a relação de trabalho e saúde, incluindo a abordagem de renda, mercado e acesso a bens e serviços, agravos de saúde relacionados à atividade laboral, segurança e acidentes no trabalho.
- Conhecer e utilizar as principais políticas e documentos de atenção integral e defesa dos direitos do trabalhador.
- Considerar a abordagem integral na atenção à saúde do trabalhador.
- Identificar as principais necessidades de saúde do trabalhador (biológicas, afetivas, sociais e espirituais) e considerá-las em seus planos de cuidado.
- Considerar as relações de gênero no trabalho.
- Construir planos de cuidados de enfermagem para o trabalhador, articulando-os com as ações dos demais profissionais/trabalhadores da saúde.
- Realizar atividades educativas direcionadas à saúde do trabalhador, considerando os diversos ambientes de trabalho.
- Elaborar propostas de pesquisas a partir de problemas captados no cotidiano do trabalhador.
- Realizar o exame físico do adulto (cabeça e pescoço, tórax, abdome, membros torácicos e pélvicos, principais reflexos e sinais vitais), identificando os aspectos de normalidade.
- Avaliar carteira de vacinação do adulto.

Para compreender a construção, é necessário descrever a inserção dos estudantes nos cenários de prática, através do módulo de prática profissional. Esse módulo é composto pelas atividades nos laborató-

rios das ciências biológicas (anatomia, histologia, microbiologia, biologia, parasitologia, bioquímica), no laboratório de habilidades e nos serviços. A lógica da articulação com os serviços é a da integração ensino-trabalho-cidadania. Nesse contexto, os cenários de aprendizagem assumem a conotação proposta por Macedo *et al.* (2006), que os apresenta como espaços de interseção entre o mundo do trabalho e o mundo do ensino, transversalizados pelas demandas sociais por saúde, sob uma égide ético-político-pedagógica da integralidade e do direito à saúde. Assim, uma formação em saúde que tenha nas práticas cuidadoras um elemento estruturante de sua profissionalização requer escolha de cenários onde docentes e estudantes tenham a oportunidade de articular o ensino com a atenção desenvolvida nos serviços.

Na nossa experiência, buscamos articulação dos cenários com as propostas de construção de competência de cada período. Assim, os estudantes do primeiro período desenvolvem suas atividades em creches municipais e comunitárias, integrando suas ações às da Unidade de Saúde da Família do território em que a creche está adscrita. Essas atividades se voltam às necessidades da comunidade atendida.

No segundo período, os estudantes atuam em escolas de ensino médio e em organizações de apoio ao adolescente, a saber: Programa Municipal de Atendimento ao Jovem (PROMAJ – Teresópolis), Centro de Recurso Integrado e Atendimento ao Menor (CRIAM) e Casa da Garotada. Essas organizações atendem ao adolescente em situações de vida diversificadas: o PROMAJ objetiva a inclusão social dos adolescentes através de um programa de profissionalização. O CRIAM visa a oferecer suporte ao adolescente em conflito com a lei. E a Casa da Garotada é uma instituição que abriga adolescentes provenientes das ruas e de orfanatos.

Para o terceiro período, a proposta de inserção contempla os trabalhadores do próprio UNIFESO e SUS, fábricas e empresas locais. Em todos esses cenários, são consideradas as demandas do serviço e as competências a serem construídas pelos estudantes. Outrossim, o que se pretende é conquistar um ensino de caráter emancipatório, desenvolver uma consciência crítica e reflexiva do educando, voltada às práticas com o olhar na cidadania, para que com isso se possam formar profissionais qualificados, e que sobretudo sejam sujeitos (trans)formadores.

Ao articular a inserção no mundo do trabalho com a construção coletiva do conhecimento nos grupos tutoriais, emergem os conceitos de competência coletiva e integralidade do cuidado na atenção à saúde. A idéia do coletivo está atrelada à concepção de trabalho em equipe. A relação dos profissionais nas equipes de saúde é classificada por Gomes *et al.* (2005) como essencial para eficácia do trabalho em saúde, à medida que existam pontos de confluência e suas interfaces sejam valorizadas. O trabalho dos diferentes profissionais deve ser orquestrado, de forma a apresentar coerência interna. A orquestração ocorreria tendo a relação com o usuário como condutora das ações. A partir do contato com ele, fundamentado no acolhimento, vínculo e escuta, o ritmo e arranjo das práticas devem ser definidos. É nessa relação entre sujeitos – com usuários e com outros trabalhadores – que se determinam quais profissionais vão atuar e quais serão a amplitude, a seqüência e a intensidade de suas participações.

Henriques (2005) chama a atenção para contradição entre a necessidade de transformação na formação e nas práticas de todas as profissões da saúde e na perspectiva vigente de formação isolada de cada profissão:

Para além do modo como essas profissões produzem um cuidado, é preciso resultar para o usuário algo bom na perspectiva de seu desejo e expectativa e ser mais completo e solidário nas ações desenvolvidas por toda equipe. O ponto de vista apresentado é o de não haver necessidade de que uma ação profissional se sobreponha à outra, mas que, ao possuírem aspectos que são diversos no seu campo específico de saber e de cuidar, são todas igualmente importantes para o usuário, na capacidade de entendê-lo de modo abrangente, na sua singularidade [...]. O espaço de interseção entre serviço e formação é rico em possibilidade para produção de novos saberes e práticas e também para a aquisição de condutas interprofissionais na produção do cuidado (HENRIQUES, 2005, p.153).

Sendo assim, além da seleção de cenários diversificados de aprendizagem, buscamos articular o trabalho dos estudantes do curso de Enfermagem com estudantes de outras profissões da saúde, especialmente dos cursos de Medicina e de Odontologia, cujos currículos também estão em processo de mudança. Essa proposta se baseia na concepção de que a formação integrada é potencializadora do trabalho em equipe.

Assim como Lima, Torres e Gussi (2007), entendemos a importância da competência coletiva como expressão de uma composição de valores e práticas renovadoras das relações no trabalho e no cuidado em saúde compreendido na perspectiva de vir a ser uma nova síntese de possibilidades e potencialidades para atenção integral à saúde, muito mais do que as disputas corporativas ou territoriais do cuidado podem assegurar.

Acreditamos que a construção desta aprendizagem inovadora em saúde demanda a relação das diferentes profissões em diferentes espaços de produção social. E, por isso, o processo de formação precisa considerar o encontro dos estudantes das diversas profissões da saúde, especialmente no mundo do trabalho, para produção de um cuidado integral e integrado que considere a complexidade da vida, dos processos de saúde-doença e da atenção ao usuário.

A integralidade aparece na construção do currículo do curso de Enfermagem no cotidiano de ensino-aprendizagem baseado em problemas complexos, que articulam o módulo tutorial e o módulo de prática profissional. Todas as atividades colocam as demandas dos usuários no centro das ações e reflexões dos estudantes. Assim, produzimos o sentido da integralidade relacionado à negação a atitudes reducionistas e fragmentárias dos profissionais da saúde, significado por Mattos (2006) como um uso prudente dos conhecimentos, guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos. Esse enfoque se apóia na percepção do homem como um ser complexo, que necessita ser revisitado em todas as suas dimensões, o que demanda a revisão dos conteúdos e formas curriculares, considerando os determinantes que afetam a saúde dos indivíduos e coletividades (PINHEIRO *et al.*, 2003).

Acreditamos que a formação que promove a construção da integralidade do cuidado relacionada à apreensão das necessidades dos sujeitos é capaz de impactar na organização dos serviços de saúde. Assim, abarcamos um segundo sentido de integralidade, defendido por Mattos (2006), que se relaciona mais diretamente com a organização dos serviços de saúde. Tais serviços devem estar prontos para, além de responder às doenças de uma população, estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem. Neste contexto, a integralidade

emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde através do diálogo e da articulação entre a demanda espontânea e demanda programada.

A integralidade perpassa como um princípio norteador do currículo integrado do curso de Enfermagem. Buscamos defini-la como uma “imagem objetivo”, uma forma de falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Considerações finais

A necessidade de transformações na atenção à saúde impulsiona transformações na formação em saúde. Nesse sentido, o processo de mudança curricular no Curso de Enfermagem do UNIFESO, ao se apropriar da integralidade do cuidado, vislumbra a formação de enfermeiros mais autônomos, reflexivos, capazes de trabalhar em equipe de forma integrada e resolutiva.

A integração com o mundo do trabalho e a utilização de metodologias ativas de aprendizagem têm-se mostrado como requisitos necessários ao currículo inovador baseado na integralidade do cuidado cada dia mais amplo e eficiente, porque se sustentará sempre no debate e aprofundamento permanente entre os formadores e os profissionais em formação.

Assim, pensamos como força motriz de nosso empenho e trabalho, *a construção curricular permanente e coletiva como idéia sempre presente, na conduta a seguir*. Por isso, o texto deste relato de experiência se encerra, mas não termina, uma vez que o velho ditado é a máxima no presente: “*caminhos se fazem caminhando*”. O nosso apenas começou. Então, mais desafios estão lançados.

Referências

- DELORS, J. *Educação: um tesouro a descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez, 2004.
- DOWDING, T. J. The application of a spiral curriculum model to technical training curricula. *Education Technology*, v. 33, n. 7, p. 21-30, 1993.

GARANHANI, M. L. *Habilitando o mundo da educação em um currículo integrado de enfermagem: um olhar a luz de Heidegger*. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais da saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005.

LIMA, M. G.; TORREZ, M. N. F. B.; GUSSI, M. A. *A integralidade e a enfermagem na competência coletiva do cuidar em saúde*. Tema Central do 59º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Disponível em <http://www.aben-df.com.br>.

MACÊDO, M. C. S. *et al.* Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

MOREIRA, C. O. F. *Entre o indivíduo e a sociedade*. Um estudo da filosofia da educação de John Dewey. Bragança Paulista: EDUSF, 2002.

PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

PINHEIRO, E. F. C. *et al.* Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática. *Formação*, v. 3, n. 8, p. 24-29, 2003.

SILVA, C. C.; EGRY, E. Y. Constituição de competências para intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem. *Esc Enferm USP*, v. 37, n. 2, p. 11-16, 2003.

Relato de experiência de estágio do curso de graduação em Enfermagem

ELEIDE MARGARETHE PEREIRA FARHAT¹

MARIA DENISE MESADRI GIORGI²

MARIA JOCELI DE OLIVEIRA³

MARIA IZABEL DE COL JORGE REBELO⁴

Introdução

A proposta metodológica do Currículo Integrado do Curso de Graduação em Enfermagem consiste em estimular a dinâmica do ensinar/aprender, permitindo ao aluno refletir e atuar de acordo com a realidade social (FREIRE, 1988). Para tanto, entende-se a necessidade de os docentes conhecerem o perfil dos discentes e em conjunto com os mesmos usarem estratégias pedagógicas que permitam exercitar o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser (DELORS, 2000; (PERRENOUD, 2002). Para tanto, procuramos assegurar as atividades práticas em campos de estágio a partir do 3º período, de forma crescente e integrada, através das competências pertinentes ao período com curso, em nível de complexidade crescente, de forma integrada e contínua.

Os aspectos metodológicos das Atividades Assistenciais/Estágios Curriculares Supervisionados pretendem assegurar ao discente arti-

¹ Professora enfermeira MSc coordenadora e docente do Curso de Graduação em Enfermagem. UNIVALI – Campus Itajaí. Endereço eletrônico: efarhat@univali.br

² Professora enfermeira MSc responsável pelas Atividades Assistenciais e Estágio Curricular Supervisionado do Curso de Graduação em Enfermagem (Área de saúde hospitalar). UNIVALI – Campus Itajaí. Endereço eletrônico: denisemg@univali.br

³ Professora enfermeira especialista responsável pelas Atividades Assistenciais e Estágio Curricular Supervisionado do Curso de Graduação em Enfermagem (Área de saúde coletiva). UNIVALI – Campus Itajaí. Endereço eletrônico: joceli@univali.br

⁴ Enfermeira especialista docente do Curso de Graduação em Enfermagem. UNIVALI – Campus Itajaí. Endereço eletrônico: izabelrebelo@univali.br

cular o conhecimento teórico/prático nos vários níveis de atendimento à saúde, nos diferentes segmentos de atuação, sendo capazes de, ao final das mesmas, estarem preparadas para o desenvolvimento de ações pautadas nas competências necessárias ao exercício profissional, em consonância com o perfil do formando/egresso, ora propostos pelo Curso de Graduação em Enfermagem.

O perfil do egresso proposto no Projeto Pedagógico é o de um profissional com formação generalista, qualificado para o exercício da enfermagem com base no rigor técnico-científico e ético; assistir/cuidar do ser humano; gerenciar a assistência e os serviços de saúde; intervir nas situações de saúde e doenças mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional e regional; desenvolver pesquisa ou outras formas de construção/produção de conhecimentos.

As atividades realizadas estão vinculadas à atuação com a comunidade, através da articulação crescente com os vários serviços, onde o discente assume responsabilidades compatíveis com seu grau de autonomia, estando vinculadas às demandas do ensino, pesquisa, atividades assistenciais dos serviços e, especialmente, da população. Essas atividades ocorrem em cenários diversificados: instituições hospitalares, serviços da rede básica e de alta complexidade, comunidade, domicílios, Instituições de apoio a grupos populacionais específicos, escolas, entre outros. As mesmas estão direcionadas ao perfil epidemiológico, às dimensões sociais, econômicas e culturais da população de formação dos discentes. Assim, o discente exercita, sob a supervisão docente, as funções do enfermeiro, assistenciais, gerenciais, de educação em saúde, educação continuada e de pesquisa em diferentes cenários de ensino-aprendizagem, intervindo nas situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico regional e local.

Dentre as muitas experiências vivenciadas por docentes/discentes do Curso de Graduação em Enfermagem, optou-se por descrever para o Fórum de Estágio o Projeto “Transando Saúde”. Esse projeto é realizado em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), Secretarias Municipais de Saúde e de Educação de alguns municípios da Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú (AMFRI) e outros locais de estágio. Envolve professores e alunos da UNIVALI, da rede municipal e estadual de ensino (ensino fundamental e médio), em escolas públicas e privadas.

A complexidade do processo saúde-doença e a compreensão da importância dos determinantes sociais na manutenção e até aumento do número de casos de determinados agravos em saúde, como gestação na adolescência, HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, levam à necessidade de mudanças de comportamento, através da sensibilização e educação em saúde. É com esta perspectiva que consideramos relevante o Projeto Transando Saúde. Sua implementação exige desde o planejamento ações interdisciplinares, intersetoriais, a partir de uma realidade encontrada, especialmente focando adolescentes, com reflexos na família e comunidade.

As diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde (2001) preconizam, além de competências específicas de cada profissional, competências gerais: atenção básica, comunicação, liderança, tomada de decisão, administração e educação permanente. Assim, entendemos que o Projeto Transando Saúde desenvolve essas competências, preparando para uma prática educativa que favoreça a transformação de crenças e conceitos, contribuindo para a construção de uma sociedade segura e com maior qualidade de vida e auto-estima. Educadores, profissionais de saúde e estudantes desenvolvem estratégias de intervenção comportamental, tais como: oficinas de sexo seguro, sensibilização quanto às DST/Aids, aconselhamento e treinamentos direcionados a equipes multiprofissionais e à população em geral.

Entende-se que esta parceria proporciona oportunidade para os acadêmicos exercitarem e aplicarem os conhecimentos teóricos a partir das necessidades reais encontradas em cada comunidade, exercendo simultaneamente o seu papel social. Neste sentido, a diversificação dos cenários da prática, a disponibilização de materiais educativos pelo SESC, como álbuns seriados, prótese e cartilhas, contribuem para melhorar a qualidade do processo ensino-aprendizagem, desenvolvendo o conhecer, o fazer e o saber ser, como construção social e prática cidadã.

Desenvolvimento

Nos Estágios Curriculares Supervisionados e nas Atividades Assistenciais, os discentes planejam oficinas para serem desenvolvidas na comunidade e nos campos de estágio. Realizar oficinas de educação em saúde significa, a partir da problematização de situações vivenciadas na

prática, ouvir a opinião do grupo sobre os problemas e, a partir dos saberes do docente e do discente, realizar a construção dos caminhos a serem percorridos. Ou seja: aplicação da metodologia de Paulo Freire (1997) – Pedagogia do Oprimido, fazer a ação-reflexão-ação. Este método tem permitido a criatividade dos alunos e das comunidades nas quais realizamos estágio, auxiliando na transformação das realidades.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as oficinas de educação em saúde, com diferentes atores sociais, deve percorrer diversas fases que vão desde a pactuação de compromissos e responsabilidades, à análise de demandas, produção, acompanhamento, avaliação, difusão das experiências. A estratégia possibilita aos profissionais de saúde, alunos, professores e atores envolvidos em uma comunicação coerente com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de equidade, integralidade e controle social, dentro da perspectiva da realidade cotidiana das populações em seu território.

As oficinas do Projeto Transando Saúde foram realizadas em hospitais, unidades de saúde e escolas, conforme o quadro a seguir:

Quadro 1: Oficinas de Educação em Saúde do Projeto Transando Saúde oferecidas no segundo semestre de 2005

Município	Nº Discentes	Nº Docentes	Local	Nº Pessoas
Itajaí	26	10	Escolas	1295
Itajaí	6	1	Unidade Básica de Saúde	46
Balneário Camboriú	18	5	Escolas	650
Blumenau	2	1	Hospital	92
Total				2083

Quadro 2: Oficinas de Educação em Saúde do Projeto Transando Saúde oferecidas no primeiro semestre de 2006

Município	Nº Discentes	Nº Docentes	Local	Nº Pessoas
Itajaí	60	11	Escolas	786
Itajaí	21	5	Unidade Básica de Saúde	221
Itapema	6	2	Escolas	93
Navegantes	5	1	Escola	35
Balneário Camboriú	6	1	Unidade de Saúde	108
Balneário Camboriú	35	10	Escolas	420
Blumenau	6	2	Escolas	81
Total				1744

Conforme podemos perceber nos quadros acima, há participação da população no projeto, uma vez que houve 2.083 pessoas no segundo semestre de 2005 e 1.744 no primeiro semestre de 2006. Com referência aos discentes, no segundo semestre de 2005 tivemos um comprometimento com a atividade de 60 alunos, enquanto que no primeiro semestre de 2006 tivemos 149 alunos comprometidos.

A abrangência dos municípios envolvidos deu-se em razão de os mesmos serem locais de campos de estágio. As escolas que participaram do projeto (26 escolas) demonstraram estar comprometidos com a realidade dos seus alunos. Ao incorporar o tema saúde em seu projeto pedagógico, a escola promove ações em saúde que levam à reflexão para os alunos sobre uma vida saudável.

Segundo Eluf (2004), considerar a realidade do educando, num presente imediato – ou seja, aqui e agora –, é vital para o desenvolvimento de uma abordagem dos temas que tratam de saúde nesta temática em especial, que são a saúde reprodutiva, os métodos contraceptivos e DST/Aids.

As oficinas de prevenção, como espaço de reflexão, pressupõem conhecer o homem como sujeito ativo, um ser da práxis, da ação e da reflexão. Segundo Freire (1988), essas oficinas assinalam o caráter ativo dos sujeitos no processo de conhecimento, quando o mesmo organiza tarefas de construção de significados a partir de suas próprias experiências.

Os adolescentes enfatizam a metodologia participativa das oficinas, propiciando auto-reflexão sobre os temas debatidos, as dinâmicas utilizadas, as atitudes de alunos, professores, o prazer de discutir, compartilhar e aprender. As oficinas propiciam lugar para discutir assuntos dificilmente tratados em outros espaços, a não ser com seus pares. Um espaço para refletir sobre sua sexualidade, podendo facilitar o desenvolvimento de uma autonomia necessária para torná-los sujeitos da sua própria sexualidade, quando conseguem perceber que são vulneráveis, que as doenças e gravidez não acontecem só com outros.

Segundo acadêmicos e professores, para ocorrer a apreensão do conhecimento para a adoção de práticas sexuais mais seguras, faz-se necessário trabalhar com valores e sentimentos, pois falar e mudar comportamento sobre sexualidade é um processo demorado. Depende

da ação de muitos determinantes, como família, escola e políticas sociais voltadas para jovens, bem como a continuidade das ações conjuntas.

As oficinas foram planejadas em comum acordo com o público-alvo, uma vez que a escola participou do planejamento com os acadêmicos e professores. Os acadêmicos preparam o material em seus grupos de estágio, juntamente com os professores e a escola. O acadêmico elaborou o agendamento com as escolas, hospitais e unidades básicas de saúde, os recursos didáticos a serem utilizados, o desenvolvimento do tema e a implantação. Ao final da atividade, foi realizada uma avaliação final com todos os envolvidos, desta forma, oportunizou-se ao acadêmico um cenário de aprendizagem para o desenvolvimento das competências (habilidades, conhecimento e atitudes) esperadas na sua formação.

Esta diversidade de cenários de ensino-aprendizagem conforma-se, ao mesmo tempo, como uma estratégia para induzir mudanças mais profundas nos processos de formação profissional e como um elemento, em si mesmo, constituindo uma nova maneira de pensar a formação profissional. O acadêmico passa a vivenciar, nos diversos cenários de aprendizagem, o aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser. Nas relações interpessoais desenvolvidas perpassam o conhecer e o agir em saúde, exigindo princípios éticos que respeitem as diversidades presentes nessas relações. O conhecer e o fazer, como construção social, transformam as relações e são transformados por elas.

Com esta atividade de educação em saúde, pretende-se desenvolver no aluno o aprender a fazer a partir de situações-problemas da realidade social, a integração de conteúdos das disciplinas cursadas até então, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, para que possam atuar sobre a realidade que irá vivenciar.

Considerações finais

O curso de graduação em Enfermagem, em consonância com seu projeto pedagógico, pressupõe oportunizar ao acadêmico diversas experiências em aprendizagem. Desta forma, o Projeto Transando Saúde e a parceria com o curso, as escolas, comunidade e o SESC possibilitam estabelecer relações mais horizontais de cooperação entre todos os atores, de modo que se possa, de fato, incorporar ao processo saúde-doença.

Segundo Eluf (2004), as atividades educativas preconizam características humanistas de forma a situar a pessoa no mundo, possibilitando um processo contínuo de descobertas. Isto deve ser compreendido e adotado por parte de quem se propõe a realizar um trabalho educativo voltado para o despertar de responsabilidade sobre a vida. Assim, entendemos que a estratégia adotada e a temática desenvolvida nas escolas, unidades básicas de saúde e hospitais permitem que o acadêmico viva a experiência do exercício da profissão, no que concerne à atividade de educação em saúde. Por sua vez, possibilita-se à comunidade o aprendizado de temas atuais e relevantes para a promoção de saúde.

Isto é fundamental para que a ação pedagógica possa adquirir maior amplitude conceitual e metodológica, pois a participação de novos sujeitos nesses cenários mostra-se mais eficaz e verdadeira para trazer novos temas e desafios ao processo de produção do conhecimento e de ensino-aprendizagem.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem*. Resolução n. 03, de 07 de novembro de 2001. Brasília, 2001.
- DELORS, J. *et al. Educação: um tesouro a descobrir*. Lisboa: Edições Asa, 2000.
- ELUF, M. L.; *Diretrizes e Orientação Contraceptiva para as áreas da Educação e Saúde*. São Paulo: Semina, 2004.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 18 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- PERRENOUD, P. *A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Alguns desafios para a inserção do profissional psi no contexto do Programa de Saúde da Família¹

CLEVER MANOLO COIMBRA DE OLIVEIRA²
CYNTHIA PEROVANO FERNANDES³
MARISTELA DALBELLO DE ARAÚJO⁴

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge como resposta a muitos problemas presentes no modelo de saúde pública do Brasil e demonstrou, além de sua aplicabilidade, muitas melhorias nas principais estatísticas da saúde pública brasileira, notadamente pela inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que representam, de muitas formas patentes e outras tantas possíveis, a entrada da comunidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Entretanto, dentre outros aspectos presentes nessa nova proposta de atuação em saúde, destacaremos em nossa breve discussão a *interdisciplinaridade*, não só por ser esta uma das questões que surgem como um dos nós críticos do modelo PSF, mas sobretudo pela vivência de algumas de suas nuances como estagiários de Psicologia nos semestres 2007/2 e 2006/1 em uma UBS em Vitória, no Espírito Santo, a saber: UBS Thomaz Tommasi localizada no bairro Bonfim, região da Grande Maruípe. No presente texto, tentaremos discutir as dificuldades, facilidades e principalmente as possibilidades de atuação suscitadas a partir dessa experiência.

¹ Relatório Final de Estágio em Psicologia, inscrito para o Ateliê do Cuidado na Temática Ensino.

² Graduado em Psicologia pela UFES. Endereço eletrônico: clevercoimbra@yahoo.com.br

³ Graduada em Psicologia pela UFES. Endereço eletrônico: cynthiaperovano@yahoo.com

⁴ Professora Doutora na UFES, orientadora do referido estágio.

Territórios e afetações

Para iniciarmos a discussão, propomos uma caracterização básica da forma operacional do nosso estágio na UBS. Após a escolha da unidade em que se desenvolveu o estágio durante dois semestres letivos, foi realizada apresentação formal dos estagiários para o(a) coordenador(a) da UBS, mediada pela coordenadora do projeto de estágio. Após alguns dias de reconhecimento da unidade e das necessárias apresentações, oferecemos um plano de trabalho na forma de projeto de atuação, no qual constam as atividades que nos propomos a desenvolver durante o período de estágio. Todas essas etapas foram permeadas por supervisões semanais, que ajudaram no planejamento e elaboração operacional das atividades. Uma vez apresentado o plano de trabalho, as atividades foram desenvolvidas de acordo com o cronograma presente no projeto de atuação.

Nossa intervenção se deu pela inserção em dois projetos já existentes: o Hiperdia e a Educação Permanente, cuja elaboração e desenvolvimento estavam sob responsabilidade de outros profissionais da UBS. Outro projeto proposto por nós foi no CMEI Dr. Pedro Feu Rosa, no mesmo bairro, desenvolvendo um trabalho com os profissionais, no qual o planejamento e a execução ficaram a nosso encargo.

Algo marcante durante nossa estada na UBS, em todas as atividades que nos propusemos a desenvolver, é o que chamaremos de *lugar do psicólogo*. E aqui não pretendemos colocar em xeque a existência ou não de um lugar para o trabalho do psicólogo, ou mesmo que lugar seria esse, mas propor uma discussão sobre um certo uso que se faz da representação que se tem desse profissional, do seu saber, de sua atuação. Dizemos isso porque, ao chegarmos à UBS, aparentemente já existia um lugar para ocuparmos, algumas tarefas a desenvolver, apesar de não haver nenhum psicólogo trabalhando na unidade. E esses afazeres estavam geralmente circunscritos a um certo modelo clínico “tradicional” muito próximo daquele no qual há um paciente, um terapeuta e um *setting*. Ou seja, o modelo da Clínica Psicanalítica tradicional.

Quando adentramos os umbrais da UBS Thomaz Tommasi, a expressa necessidade de que houvesse um profissional *psi* naquele local de trabalho estava muito associada a uma suposta demanda de alguns

pacientes por atendimento psicológico, individual, preferencialmente. Assim, o que nos esperava era uma agenda com horários determinados para cada atendimento. Nosso primeiro desafio foi romper com esse modelo, sem negar sua viabilidade, pois reconhecemos que esse espaço de trabalho existe e tem sua funcionalidade. Porém, nossa proposta era outra, o que causou muito desconforto, tanto por parte dos funcionários como dos estagiários de outras áreas.

Era necessário, contudo, afirmar posições para que pudéssemos avançar com nossas propostas. O tempo permitiu que realizássemos nossas inserções sem muitos conflitos, apenas desconforto. Isso só foi possível pela capacidade inquestionável de acolhimento da UBS Thomaz Tommasi, notadamente na pessoa de sua coordenadora, que foi capaz de apostar conosco, “aspirantes a psicólogos” naquele momento, em uma outra proposta de trabalho no campo da psicologia que não a apresentada nos primeiros parágrafos desta discussão. Talvez o fato de ela ser uma enfermeira e esse acolhimento uma marca característica de sua profissão? Talvez. Faz-se imperioso, contudo, ressaltar o valor dessa aposta para a consecução de nossos trabalhos.

Entretanto, o modo – tão presente na UBS – da enfermagem de fazer saúde revelou-nos particularidades com as quais posteriormente nos defrontaríamos: uma maneira de cuidar que por vezes diverge da que pensamos. Possivelmente por ocupar um espaço de *cuidado* que passa pela prescrição de normas de saúde, embora necessário e eficiente em alguns aspectos, nossa perspectiva aponta para a autonomia na criação dessas normas. Ou seja, o nosso trabalho é muito mais produção de autonomia para a capacidade de criar normas para a vida que de prescrição de normas (CANGUILHEM, 1990). Para exemplificarmos, citaremos um fato ocorrido no projeto Hiperdia, composto por pacientes cadastrados nos programas de Hipertensão e Diabetes:

A intervenção, muito sensatamente escolhida, consistia em convidar os pacientes que faziam parte do projeto para assistir um filme na UBS, a saber: *Os dois filhos de Francisco*. Durante o filme, foi servida pipoca sem adição de sal e suco adoçado com adoçante, haja vista que os pacientes eram diabéticos ou hipertensos, ou os dois. Ao final do filme, apesar da inovação da tentativa, na medida em que eram propostas atividades de cunho cultural na UBS, ao invés das velhas formas de falar das doenças que acometiam essas

peças, os comentários ficaram em torno da refeição saudável que eles haviam degustado durante a sessão cinematográfica. O filme não funciona como disparador de discussões sobre a vida, sobre as lutas que aquelas pessoas empreendem, e sim como uma forma diferente de falar das mesmas questões, sem romper propriamente com o modelo instituído.

Nesse exemplo fica claro que o filme é um acessório que muito pouco tem a ver com produção de autonomia, mas serve como meio de passagem da dieta, que, segundo esse modelo, os pacientes precisam seguir para viverem com mais saúde. É imprescindível dizer que não divergimos da forma escolhida para tanto, mas é imperioso afirmar que dispositivos como este poderiam ter outros usos, ou mesmo usos complementares. Pois, se pensamos um trabalho que ocorra de forma interdisciplinar, há que se considerar o espaço para a atuação dos profissionais de áreas diferentes. Reconhecemos que a dieta é necessária para uma vida com menos entradas nas UBSs e nos hospitais gerais, mas na perspectiva que afirmamos, essa *negociação* deve ganhar corpo na vida das pessoas, e não se restringir ao correto a fazer. As ações de *cuidado* não devem ser impostas, mas construídas numa relação entre quem cuida e quem é cuidado. Dessa forma, as perspectivas não se anulam, mas poderiam interagir em uma práxis que contemplasse ambos os aspectos.

Isso, contudo, que no nosso texto surge como uma proposta possível para essa ação pontual, na UBS apresenta-se como um desafio sem receita e sem prescrição possível. Afinal, essa possibilidade não surge como um saber *a priori*, mas como um saber construído a partir da vivência de uma situação de trabalho: *é uma tentativa de normatização frente a um problema da vida e não uma prescrição de como se deve agir*. Por isso afirmamos, ao começar este texto, que a interdisciplinaridade é um dos *nós críticos* do modelo PSF, por que como *nó* apresenta-se como ponto de tensão, encontro de forças, de embate. E sendo um *nó crítico*, produz constantes críticas à forma como o trabalho é realizado, produz mudança, criação de novas formas de atuar em saúde.

Fomos convidados a participar de um outro projeto que também era realizado nesta UBS – as reuniões de Educação Permanente. Ocorriam quinzenalmente, com a participação de todas as equi-

pes de PSF. Pensamos, então, ser um espaço democrático de troca e construção, onde a *interdisciplinaridade* poderia se fazer possível, já que antes mesmo de iniciarmos o estágio propriamente dito participamos de um curso da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória (SEMUS/PMV), conduzido por nossa supervisora, entre outros profissionais, no qual discutimos a educação permanente como estratégia de gestão de coletivos, e tivemos um aprendizado teórico de “como” deveria acontecer, bem como a “escuta” de diversos atores envolvidos nos processos de saúde no município.

Segundo cartilha do Ministério da Saúde, educação permanente seria, então, um processo permanente de educação, envolvendo todas as categorias profissionais e também a população, no qual seria discutido o processo de trabalho, de modo que os diferentes atores pudessem conhecer o conjunto do trabalho desenvolvido na UBS. É uma oportunidade para conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional. Um espaço de diversidades, embates, inquietações, questionamentos, mobilizações – enfim, de criação e produção de desvios e devires (BRASIL, 2005).

No entanto, a realidade com a qual nos deparamos foi outra. Uma reunião “morna”, de pouca intensidade – com muitas presenças “físicas”, mas pouco envolvimento. Havia sempre dois educadores da SEMUS/PMV conduzindo a reunião, e durante todo o período em que estivemos presentes na UBS foram criados fluxogramas descritores. Pensamos o fluxograma como ferramenta para análise do processo de trabalho, numa produção coletiva que pretende retratar todos os processos e interesses implicados na organização do serviço e revelar áreas de sombra – ou *nós críticos* – que emperram o andamento da UBS, mas que não estão claros e explícitos para os trabalhadores. Objetiva, assim, dar forma e encaminhamentos possíveis a essas amarras.

Mas o quanto um fluxograma que, mais do que compreender, visa a normatizar as formas de funcionamento da UBS pode ser, verdadeiramente, produtor? E o quanto um encontro que se propõe a horizontalizar as relações pode ser realizado de forma compulsória, numa imposição vertical? O que pudemos observar foi uma série de reuniões, nas quais se discutiam assuntos de conside-

rável importância para a UBS, mas cujos encaminhamentos se transformavam em novas amarras, e cujos participantes, em muitos casos, também se sentiam amarrados – obrigados, não participantes. Destes, uma parcela considerável dos ACS entendia a educação permanente como análise das rotinas da UBS, mas como atuam de maneira mais efetiva junto à comunidade, não conseguiam fazer o *link* entre o que era dito com o que eles faziam – e a reunião se configurava como uma perda do precioso tempo que deveriam estar junto à população.

Afinal, qual seria o papel do ACS neste processo? Na educação permanente, que se pretende participada pelas categorias profissionais e também pela população, não poderia fazer desses a “voz do povo”? Criando espaços para que as ações de *cuidado* em saúde sejam efetivamente construídas na relação entre o “discurso acadêmico” e a “experiência cotidiana”? Pois, ao mesmo tempo em que são profissionais da UBS, são membros da comunidade do entorno, participantes dos processos que se dão fora dos muros da unidade e que transcendem nossa tentativa metodológica de captura. São eles quem experienciam, na vida cotidiana, as lutas, vitórias e desafios da população na qual pretendemos intervir.

Percebemos o quanto é inovadora a proposta do PSF, potencializada pela inserção dos agentes nas equipes. Assim, ao buscarmos construir um modelo de saúde pública que diga respeito à experiência concreta dos coletivos, construída a partir das experiências de cada homem, objetivando um trabalho que efetivamente rompa com o paradigma de saúde dominante e cative, envolva toda a comunidade, vemos como primordial a construção da *interdisciplinaridade*, onde *todos os atores possam integrar os processos de planejamento das atividades da UBS*. Não há receitas. Mas, se considerarmos o fato de o ACS ser uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e de ser formado a partir de referenciais biomédicos, ele se torna um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade do diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.

Fomos ao Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) Dr. Pedro Feu Rosa a convite de sua diretora. O CMEI atende crianças de seis meses a seis anos dos bairros da Penha e Bonfim, com 12

turmas no horário matutino e 12 no vespertino, totalizando cerca de 620 crianças e 40 profissionais. Falou-se da necessidade da criação de um trabalho de suporte junto a esses profissionais, para lidarem com questões como prostituição, tráfico de drogas, violência – enfim, questões trazidas e vividas por seus alunos em seu cotidiano, que tomavam forma na sala de aula. Toda semana, às quintas-feiras, de manhã e à tarde, havia uma reunião de planejamento na qual todos se encontravam, durante uma hora, e foi apresentado como melhor momento para nossa intervenção.

Utilizando técnicas de dinâmicas de grupo, procuramos criar espaços de *escuta* e problematização das instituições dadas como naturais e *a priori*, como a escola e a família, entre outras, objetivando desnaturalizá-las, pois nossa prática muitas vezes fica aprisionada na normalidade, no padrão, no “já dado” em cada um de nós, paralisando o tempo, o tempo dos encontros, o processo de invenção da vida que ocorre todos os dias. Provocar e pensar formas outras de produção que nos atravessam a todo instante, que se delineiam a partir do contemporâneo em seus aspectos psicológicos, políticos, sociais, econômicos, culturais, etc., dando visibilidade ao processo, às construções, às possibilidades – enfim, ampliando os territórios existenciais num movimento de produção de autonomia. Conhecer-los, arguir-los, problematizá-los é provocar e construir escolhas. Nossa intervenção *psi* pretendia reinventar um fazer que contemplasse a construção coletiva, solidária e democrática de modos de estar na vida que visassem à emancipação psicossocial, um “exercício de pensamento” mais intenso que se desdobrasse para outras esferas da vida.

Ao longo do trabalho e do aprofundamento das questões, observamos um esvaziamento do grupo – que continuava comparecendo, por ser compulsório, mas não participando, sem alma. Propor a produção de desvios, interrogar a realidade “penosa” na qual estavam inseridas, pensar a possibilidade de mudança – deslocar-se, produzir movimento, parecia um desgaste de energia desnecessário, não desejado. A atividade laboral apresentou-se como fonte exclusivamente de obrigações e sofrimento, com “alguma” satisfação, mas sem perspectiva de transformação, de ruptura, pois “*sempre foi assim e pra sempre será*”.

Parece ser mais fácil cada trabalhador, de maneira solitária, dar conta de seu sofrimento psíquico, através do uso de medicamentos ou outros paliativos, que não resolvem o problema em si, mas apenas maquiagem a angústia que o trabalho “gera”. Isso pôde ser notado no último encontro, no qual sugeriram que fosse criado um espaço para “relaxar”, com dinâmicas que a deixassem mais “leves”, “felizes”, “tranquílias” – enfim, que lhes fossem dados “anestésicos” para que continuassem suportando o sofrimento, a angústia, ignorando muitas vezes que o fato gerador deste permanece intacto.

Tomando por base a teoria de Dejours (1993) acerca da saúde do trabalhador, que considera o trabalho como fato social determinante nos processos de saúde e doença, não-individualizado, podemos pensar como possibilidade de redução do sofrimento psíquico algo que se construa no coletivo, um processo de transformação do trabalho na sua forma vigente, produtora de sofrimento. Desta forma, a possibilidade de mudança no processo de trabalho é primordial para melhorar a saúde do trabalhador. Inventar uma forma outra é produzir novas possibilidades encarando as dúvidas, medos, o sofrimento, as inquietações. Isso só se dá a partir dos encontros e da riqueza dos dispositivos que possamos construir juntos. Mas não devemos nos furtar da premissa básica dos processos terapêuticos – o querer, o desejo do cliente.

Disparamos questões, provocamos inquietações... E as consequências desses atos escapam a qualquer tentativa de controle.

Referências

- BRASIL. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde, conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/home.html>. Acesso em: 30 jun. 2006.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 33, n. 3, mai/jun. 1993.

O sentido da aprendizagem reflexiva na formação do enfermeiro: a construção da integralidade em saúde

MARA QUAGLIO CHIRELLI¹
ALECSANDRA PAULA ROSA ARGERTON²
ANDRÉIA GUILHEM RODRIGUEZ³

Um dos desafios que a Enfermagem e as profissões da saúde precisam enfrentar no setor diz respeito à elaboração de projetos que tenham potência para formar profissionais comprometidos com a sociedade e com seus problemas de saúde, numa perspectiva que articule o mundo do ensino ao mundo do trabalho e da realidade social, numa visão crítica a respeito da realidade, visto que temos um contexto em que os problemas de saúde estão se tornando cada vez mais complexos, e que temos um sistema de saúde que propõe na Constituição Federal a universalização, a equidade e a integralidade na atenção à saúde. No entanto, a formação desses profissionais vem-se dando mais centrada no hospital como campo de aprendizagem, com práticas verticalizadas em profissões e disciplinas, levando à especialização precoce, dentre outros aspectos. As abordagens dos problemas e dos conteúdos (muitas vezes considerados somente temas) são em grande parte das vezes descolados da realidade epidemiológica, e estão em função da crescente tecnologia que tem sido incorporada aos processos de diagnóstico e tratamento das doenças, com destaque ao cuidado individual em detrimento do coletivo.

¹ Enfermeira; docente do Curso de Enfermagem da Famema; doutora em Enfermagem. Endereço eletrônico: mara@famema.br

² Enfermeira da USF Marajó, Secretaria Municipal de Saúde de Marília; especialista em PSF e Enfermagem do Trabalho.

³ Enfermeira da USF Santa Antonieta II, Secretaria Municipal de Saúde de Marília; especialista em PSF e Enfermagem do Trabalho.

Soma-se a este conjunto um determinante de difícil manejo, que diz respeito ao trabalho dos profissionais de saúde ainda se dar de forma desarticulada e centrada nas tecnologias duras (MERHY, 1997). Ou seja, os meios e instrumentos de trabalho e os saberes utilizados pelos profissionais, num processo historicamente determinado, estão mais voltados à utilização de máquinas e exames diagnósticos nos processos de produção dos serviços, abordando os problemas de saúde de forma fragmentada, sistêmica, valorizando os aspectos biológicos.

Dessa forma, as instituições de ensino têm um desafio para que possam construir propostas que abordem os problemas de saúde na sua integralidade, considerando a complexidade dos problemas das pessoas e da coletividade, o contexto em que vivem e trabalham e que os profissionais tenham competência para enfrentar os desafios do século XXI, construindo uma consciência crítica a respeito do contexto em que estão inseridos, tendo como imagem objetivo a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao analisarmos a rede explicativa dos problemas nos processos de formação, identificamos dentre os “nós críticos” a utilização de métodos de ensino-aprendizagem pautados na transmissão de conteúdos de forma acrítica e a organização curricular fragmentada por disciplinas, uma estrutura administrativa. Fragmentada com relações de poder cristalizadas.

Analisando este contexto, identificamos necessidade de se redirecionar a formação inicial e permanente dos profissionais da saúde, colocando em questão os modelos e valores a serem construídos, para atender à reorganização dos serviços e das práticas, pautando-se pela ética nos processos de intervenção, enquanto direito e respeito às pessoas, construindo e reconstruindo os processos de trabalho e competências profissionais, integrando a formação à realidade dos serviços e da comunidade.

Vários autores, entre os quais Morin (2000), têm apontado que estamos no transcorrer da construção de um novo paradigma, no qual os valores da solidariedade, da preservação do meio em que vivemos, da compreensão do mundo resgatando a totalidade do ser humano e a ética são necessários. Para tanto, os projetos pedagógicos dos cursos de graduação deveriam estar sintonizados com esta

visão de mundo, caso queiram realizar uma formação comprometida com a construção da cidadania enquanto emancipação das pessoas na sociedade, garantindo uma formação mais global e crítica, ou seja, formar sujeitos da transformação da realidade, buscando respostas para os problemas contemporâneos.

A educação e os processos de mudança na formação em saúde

A educação e o sistema escolar enquanto prática social não têm neutralidade nem independência, estando articulados aos valores e regras da sociedade. Os projetos são determinados pela lógica da produção vigente, pelo modelo de sociedade em que estão sendo construídos, onde a estratificação da sociedade em classes, com domínio de uma dada classe, delimita o papel da escola e o que se deve ensinar. Ou seja, consideramos que a educação enquanto prática social é um trabalho historicamente constituído na dinâmica da sociedade e que estabelece relações sociais com outros trabalhos, tendo uma instrumentalização técnica e articulação política para atender aos carecimentos sociais individuais e coletivos.

No entanto, a sociedade vive em constante movimento e tensão, tendo forças favoráveis e desfavoráveis a cada projeto implantado. Da mesma forma, a educação vive momentos nos quais seus projetos podem servir tanto para a reprodução dos homens na sociedade de forma acrítica como para desenvolver uma formação crítica, reflexiva, comprometida e consciente para atuar a favor da emancipação das pessoas, da igualdade social e da qualidade de vida, formando-se cidadãos no seu processo de humanização.

Freire (1999, p. 110) destaca:

a educação é uma forma de intervenção no mundo. Intervenção que além do conhecimento dos conteúdos bem ou mal ensinados e/ou aprendidos implica tanto em esforço de reprodução da ideologia dominante quanto o seu desmascaramento. Dialeleticamente e contraditória, não poderia ser a educação só uma ou só a outra dessas coisas. Nem apenas reprodutora nem apenas desmascaradora da ideologia dominante.

Ao refletirmos sobre o que Freire apontou, identificamos que com o fenômeno da globalização, no qual estão em jogo a competência técnica, a comunicação, a competitividade profissional e a

velocidade de mudanças do conhecimento, o mercado tem pressionado os órgãos formadores para que se tenha profissionais que saibam trabalhar em equipe, com capacidade de discutir e decidir na incerteza, que tenham flexibilidade na utilização dos recursos disponíveis, porém tendo como finalidade o lucro, desconsiderando muitas vezes as atitudes éticas.

Ao contrário desta finalidade, ao adotarmos os princípios e diretrizes do SUS, deseja-se a construção de sujeitos que possam ter acesso à satisfação de suas necessidades de saúde. Assim, destacamos que os valores são determinantes nos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) das instituições formadoras, visto que a intencionalidade da educação também está relacionada ao referencial filosófico e sociocultural adotados no currículo, tendo reflexos nos desenhos curriculares e na escolha das metodologias de ensino, na seleção dos conteúdos e nos eixos de discussão sobre a realidade a ser desvendada na prática cotidiana nos cenários de ensino-aprendizagem.

Com isso, a escolha de modelos de organização curricular e de metodologias ativas deverá provocar mudanças na universidade, tanto para os professores, ao terem que repensar seu papel no processo de formação, como para o estudante, que terá que construir uma nova postura frente a sua formação, bem como para a própria instituição formadora que terá de construir novas parcerias em um ensino contextualizado, além de rever sua estrutura organizacional para atender a um ensino mais flexível.

Outra questão que se coloca diz respeito à articulação da construção do conhecimento ao mundo do trabalho, ressaltando a formação ética, o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico. Gadotti e Romão (2000) destacam o mundo do trabalho como princípio ordenador da formação de jovens e adultos, considerando duas vertentes: a do questionamento das relações que engendram a sociedade e a da instrumentalização para exercer a atividade laboral, desenvolvendo o domínio de um conhecimento crítico para questionar a realidade e transformá-la.

Esses princípios da educação de jovens e adultos também estão relacionados à formação em nível superior, incluindo a Enfermagem, uma vez que os profissionais, ao serem formados, deveriam ser preparados para a resolução dos problemas concretos, através

de um processo pedagógico que permitisse a aproximação entre a formação e o dia-a-dia nos serviços de saúde e na comunidade, tendo compromisso com os problemas da sociedade e utilizando a pesquisa como instrumental para a busca e investigação das soluções, num esforço crítico-reflexivo. Assim, mais importante que redesenhar ou retocar o que se idealizou como princípios norteadores das mudanças no setor saúde, há necessidade de iniciar processos, constituir novos sujeitos que tenham como imagem-objetivo transformar os desafios impostos pela realidade, relacionados aos problemas e à organização dos serviços e das práticas em saúde.

Justifica-se, dessa forma, a demanda pela estruturação de novos modelos pedagógicos e de intervenção em saúde (assistencial/gerencial), as quais pressupõem uma instrumentalização prática. As práticas de Enfermagem, assim como as de saúde, não são estáticas, têm dinamicidade e historicidade, ou seja, os campos de conhecimento e de intervenções que compõem determinada época refletem aspectos como a compreensão da concepção do processo saúde-doença, Enfermagem e Homem, em uma determinada sociedade, bem como a compreensão sobre a organização do processo de produção em saúde para atender às necessidades de saúde.

No Brasil, desde a década de 70, está em curso a construção de um sistema de saúde que pauta-se na atenção integral à saúde das pessoas e da comunidade, e para que isto ocorra há necessidade de abordarmos o problema da formação dos profissionais para atuarem na direção destas mudanças. Na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, afirma-se que é papel do SUS ordenar a formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Por outro lado, com base na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que vinha sendo gestada desde 1987, a reforma universitária está em curso e nela está presente o novo sistema de avaliação das instituições de ensino, a substituição do currículo mínimo pelas diretrizes curriculares, a flexibilização e a autonomia universitária.

A Enfermagem, sofrendo influências do cenário nacional com as mudanças nas políticas de saúde e educação, vem realizando várias discussões, que se iniciaram na década de 80, culminando com a construção das diretrizes curriculares nacionais para a formação de

enfermeiros em 2001. Esta destaca que a formação deverá ser de um profissional generalista crítico e reflexivo, com competência técnico-científica, ético-política, social e educativa, devendo atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, sem especializações precoces; devendo considerar no pensar/fazer do enfermeiro os conteúdos das ciências biológicas e humanas (BRASIL, 2001).

O cenário e o processo de formação na FAMEMA

Impulsionado pelo movimento nacional de reorganização do setor saúde configurando o SUS, vai se conformando um movimento para que ocorra mudança na formação dos profissionais e a transformação das práticas e da organização do trabalho em saúde.

A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), instituição estadual de ensino superior público, fundada na década de 60, vem contribuindo com o movimento a favor da mudança na formação de enfermeiros e médicos desde o início da década de 90, pautada em políticas que vão ao encontro da constituição do SUS e em defesa da vida.

Frente a este contexto o Curso de Enfermagem da FAMEMA vem num processo de mudança na formação de enfermeiros desde a década de 80, quando da criação do curso, que se deu em 1981. Várias alterações foram realizadas até o início da década de 90, mas nenhuma modificou as suas bases de sustentação teórica. Porém, com o estímulo de algumas políticas apoiadas por instituições não governamentais como o Projeto UNI, ou por políticas públicas como o PROMED e o Pró-Saúde, pelo Ministério da Saúde, ocorreram mudanças estruturais na organização institucional e na organização curricular dos dois cursos de graduação da FAMEMA.

A partir de 1997, o curso de Medicina, e o de Enfermagem em 1998 propõem mudanças, tendo a Enfermagem, especificamente, organizado seu novo currículo de forma integrada e orientada por competência, revendo suas bases filosóficas e psicossociais, adotando a Metodologia da Problematização.

A proposta do curso de Enfermagem tem como finalidade formar enfermeiros para intervir nos problemas de saúde com opção por um modelo de atenção à saúde pautado na vigilância à saúde, demandando uma prática integral que envolve competência

para um agir comprometido com a defesa da vida humana, proporcionando mudança na qualidade de vida do indivíduo e da coletividade, por meio de ações pautadas na promoção à saúde, prevenção e controle das doenças e recuperação dos que já apresentam danos, ou seja, um modelo organizacional que tome os princípios do SUS e necessite de uma equipe multiprofissional com enfoque interdisciplinar e uso ampliado das tecnologias de intervenção.

Esta proposta vai ao encontro do que vem sendo estimulado e proposto pelas políticas públicas ancoradas nos princípios e diretrizes do SUS. Algumas pesquisas realizadas por Rezende (1998), Vilela (2002), Laluna (2002) e Chirelli (2002) abordam este processo de mudança. Dentre estas, Chirelli (2002) destaca que esse processo de formação apresenta potência na construção de sujeitos conscientes do seu papel social para a (re)construção das práticas em saúde e construção de vínculo e compromisso com as pessoas e comunidades que cuida.

Em 2003, tendo também o curso de Medicina proposto novas mudanças na formação dos médicos em função do PROMED, ambos os cursos organizam sua prática educativa na matriz integrada e orientada por competência dialógica e na Metodologia da Problematização, além da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) que vinha sendo utilizada pela medicina desde 1997 (FAMEMA, 1997, 2004 e 2007).

Ao adotarmos a matriz de organização curricular integrada e orientada por competência dialógica, estamos assumindo uma proposta que vai ao encontro do exposto nas diretrizes curriculares nacionais para a formação de enfermeiros (BRASIL, 2001). No entanto, precisamos destacar que o referencial de competência tem diferentes matrizes de fundamentação, uma vez que esta noção começa a ser utilizada no campo do trabalho por volta dos anos 80, em vários países, visando à flexibilização dos processos produtivos, num cenário de globalização econômica competitiva (DELUIZ, 2001).

Segundo Ramos (2001), o referencial de competência baseia-se em matrizes, dentre estas a condutivista ou behaviorista, funcionalista e construtivista. Vamos nos ater mais especificamente à matriz australiana, ou também denominada de matriz dialógica (LIMA, 2005), a qual está inserida no referencial construtivista. A

matriz australiana compreende a competência numa relação holística e integral, e se expressa pelo desempenho das pessoas num determinado contexto, ao resolver diferentes situações combinando, de diferentes formas, uma rede de atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) no movimento da atividade realizada, incorporando também a ética e os valores.

Apoiado nesta matriz, o estudante num currículo que toma como orientação a integração da formação ao mundo do trabalho, por meio da atividade crítico-reflexiva, passa a construir de forma integrada os conhecimentos gerais, os conhecimentos profissionais e a experiência no trabalho, proporcionando a interação dos atributos em um dado contexto social e da cultura local. Nesta perspectiva, o estudante constrói sua aprendizagem a partir da vivência nos cenários reais de prática profissional, refletindo sobre os problemas de uma determinada população, buscando a construção da competência para atuar no cuidado individual e coletivo, e a gestão para o cuidado em saúde.

O currículo integrado do curso de Enfermagem está organizado em unidades educacionais, sendo que na 4ª série desenvolvemos a Unidade de Prática Profissional 4 (UPP4) (FAMEMA, 2007) nos cenários de atenção básica, especificamente em Unidades de Saúde da Família (USF) durante um semestre, no meio do ano letivo, todos os estudantes passam por unidade educacional eletiva ao mesmo tempo, e no outro semestre desenvolvem atividades educacionais em cenários de unidade de internação hospitalar. O desenvolvimento das atividades da UPP4 ocorre com a divisão dos 40 estudantes em dois grupos de 20, ocorrendo rodízio entre os cenários ao longo do ano. Além da atividade no cenário real, desenvolvemos também a atividade em cenário simulado denominada de Laboratório de Prática Profissional (LPP).

Neste trabalho vamos destacar a experiência da formação no cenário da atenção básica à saúde na 4ª série do curso de enfermagem, buscando apresentar e fundamentar os momentos do processo ensino-aprendizagem no acompanhamento-supervisão do estudante na USF. O mesmo método também é utilizado no cenário simulado, porém a partir de uma situação-problema preparada pelos professores e encenada por atores.

Objetivo

Considerando o exposto, o presente trabalho toma como objetivo analisar as bases de sustentação da formação do estudante da 4ª série do curso de graduação em Enfermagem no currículo integrado e orientado por competência dialógica da FAMEMA no cenário de prática profissional da atenção básica à saúde.

Caminhos da formação articulada ao mundo do trabalho: a integralidade na práxis

Quando pensamos em novos processos de formação que procurem inserir os estudantes na realidade complexa através de um currículo integrado, estamos assumindo uma outra lógica de organização do conhecimento. Significa que a contraditoriedade é o que movimenta a organização do conhecimento, as relações, a apropriação diferenciada por parte dos estudantes e docentes, com diferentes ritmos. Ao assumir a complexidade da realidade, há necessidade de uma matriz de ensino-aprendizagem diferente, na qual as situações não são reduzidas, simplificadas para que o estudante aprenda.

A riqueza do processo está na oportunidade de o estudante entrar em contato com os diversos atores da realidade que não são os convencionalmente encontrados em um ambiente programado e controlado para a aprendizagem, como se desejava nos cenários dos hospitais-escola ou centros de saúde escola. Nesse modelo, os conflitos estão fora do espaço de aprendizagem, há espaço somente para o professor / estudante / conhecimento estático, ou seja, o conteúdo é tratado sem a sua “alma”, aparece desfigurado, descontextualizado.

Num modelo integrado os conteúdos brotam do mundo do trabalho, são delimitados a partir dos processos produzidos na realidade. Como não podemos e nem há tempo para que se queira ensinar “tudo”, temos que tomar a decisão por quais conteúdos serão aprendidos, interessando neste caso muito mais os processos e mecanismos básicos de como captar, interpretar e intervir na realidade e os valores éticos que conduzem as ações, enquanto qualidade a ser aproveitada na aprendizagem do que privilegiar a diversidade e quantidade dos conteúdos. Desde o primeiro ano do curso, os estudantes têm como referência os desempenhos propostos para sua formação nas áreas de competência do cuidado às necessidades

individuais em todas as fases do ciclo de vida e o cuidado às necessidades coletivas, e a área da organização e gestão do processo de trabalho em saúde (FAMEMA, 2006).

Ao inserir a escola no mundo do trabalho, estamos sujeitos a todas as possibilidades de instabilidades pessoal, coletiva e institucional que os cenários podem produzir, o que não quer dizer que todos os estudantes estarão sendo provocados e respondendo igualmente, pois as pessoas podem ter diferentes níveis de apreensão da realidade, tanto no período de tempo como na intensidade da exposição.

Outra questão a ser abordada ao mobilizarmos os cenários de ensino-aprendizagem para o campo do trabalho está na capacidade de integração docente-assistencial, a formulação de parcerias entre os serviços e a academia, inserindo os profissionais dos serviços diretamente na formação dos estudantes. Há uma lógica acadêmica que pretende ser mudada, o que não se dá por completo de hora para outra, apresentando um processo de porosidade do novo penetrando na prática tradicional, com possibilidade de surgirem resistências e facilidades no transcorrer das atividades. Esse mesmo mecanismo pode ocorrer nos serviços no momento em que ele também pode se contaminar com os processos de mudança e se mostrar permeável às reflexões e construção de novos processos. Fica dessa forma exposta a necessidade de participação do serviço nos processos de mudanças da academia e vice-versa.

Assim, tomamos como princípio que um currículo integrado e orientado por competência dialógica se implementa por meio da integração ensino-serviço e comunidade, sendo que as relações e transformações que ocorrerem são determinantes e determinadas pelos componentes dos processos constituídos durante essa integração.

A seguir apresentaremos o movimento do método de ensino-aprendizagem durante o processo de acompanhamento-supervisão dos estudantes e suas bases de sustentação teórica.

Vivência da prática profissional

Ao adotarmos a terminologia de vivência da prática profissional nos cenários dos serviços de saúde para que ocorra o processo ensino-aprendizagem, estamos identificando que o cenário

é um conceito amplo que diz respeito não somente ao local onde se realizam as práticas, mas também aos sujeitos nelas envolvidos, à natureza e conteúdo do que se faz, etc. [...] diz respeito, portanto, à incorporação e à inter-relação entre métodos didáticos pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras. Inclui, também, a valorização dos preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas. Eles se relacionam também aos processos de trabalho, ao deslocamento do sujeito e do objeto do ensino e à revisão da interpretação das questões referentes à saúde e à doença, em que se considera sua dinâmica social. (FEUERWERKER *et al.*, 2000, p. 40).

A articulação ensino-serviço-comunidade, portanto, faz-se estrategicamente necessária para a efetiva integração entre teoria e prática, devendo esta também se colocar a serviço da reflexão sobre a realidade dos cenários de prática, para que o estudante elabore a crítica e busque soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados, considerando a responsabilidade e o compromisso do enfermeiro com o usuário do sistema de saúde por meio do cuidado para a emancipação do outro.

Ao iniciar a formação na 4ª série, o estudante escolhe uma das USFs da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que mantém parceria com a FAMEMA para a formação dos profissionais, a qual apóia a estratégia de acompanhamento diário do estudante pelo enfermeiro daquela unidade, denominado de professor colaborador. Cada USF recebe de um a dois estudantes da 4ª série.

Os estudantes são inseridos no processo de trabalho como um profissional em formação que compõe a equipe, atuando nas várias áreas de prestação de cuidados à saúde em todas as fases do ciclo de vida, realizando vários tipos de atendimentos tanto individuais como coletivos, pautando-se na clínica ampliada para que ocorra a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), valorizando principalmente a humanização no cuidado. Atuam também na gestão participativa, contribuindo para o despertar da equipe durante a realização do planejamento estratégico em saúde, por meio do Exercício de Aprendizagem Baseado em Problemas (EABP), elaborando ações para a resolução de um problema selecionado e processado junto com a equipe, além da participação na tomada de decisão a partir das discussões sobre o cuidado às famílias,

gerados durante os atendimentos na USF ou no domicílio, como também nas reuniões em equipe.

A partir das vivências os estudantes elaboram relatos reflexivos sobre o seu desempenho nas situações, revelando na sua narrativa os seus conhecimentos prévios sobre a atividade, revelando os conhecimentos, habilidades e atitudes envolvidos, tendo a oportunidade de elaborar questionamentos acerca do que percebe sobre a prática social construída no território da USF, seus problemas e seus determinantes. Neste movimento reflexivo o estudante está expressando sua percepção sobre a finalidade das atividades realizadas, construindo assim o sentido para a ação.

O estudante tem, além do acompanhamento diário do enfermeiro, outro momento de supervisão semanal, que se caracteriza pelo desenvolvimento do ciclo metodológico junto com o professor da FAMEMA e com o professor colaborador da SMS, sendo realizado na própria USF.

Síntese provisória

No momento da síntese provisória, a atividade se inicia com a leitura do relato reflexivo do estudante abordando o desenvolvimento da sua prática profissional nas áreas de competência do cuidado individual e/ou coletivo, e/ou da organização e gestão do serviço de saúde, no cenário da Unidade de Saúde da Família (USF), buscando analisar como esta prática vem ocorrendo.

A partir do relato do estudante, o professor e o professor colaborador buscam juntos com ele refletir e identificar “o quê”, “como” e para quê” vem realizando as ações, ou seja, identificar os sentidos, a finalidade das atitudes realizadas. Captamos também quais os conhecimentos prévios que o estudante possui para explicar sua prática-ação, quais os problemas e seus determinantes identificados na sua atuação, culminando com as necessidades (questões) de aprendizagem.

Neste sentido, a adoção de um modelo curricular que articule teoria e prática para uma aprendizagem dinâmica e crítico-reflexiva da realidade impõe a necessidade de coerência na escolha da metodologia de ensino. A pedagogia crítica emerge como uma superação dos modelos tradicionais e anárquicos de pensar/fazer a educação. Nessa

pedagogia, professor e estudante têm papéis definidos a desempenharem para que ocorra uma aprendizagem significativa.

A construção do conhecimento com reflexão crítica reporta-se à realidade concreta, à prática em movimento dinâmico, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. Freire (1999, p. 43) comenta:

o saber que a prática [...] espontânea ou quase espontânea, “desarmada”, indiscutivelmente produz é um saber ingênuo, um saber de experiência feito, a que falta a rigorosidade metódica que caracteriza a curiosidade epistemológica do sujeito. O pensar sistematizado, consciente, produz-se pelo próprio aprendiz, em comunhão com o professor formador. A curiosidade é a matriz do pensar ingênuo como do crítico, o que se precisa é possibilitar, que voltando-se para si mesmo, através da reflexão sobre a prática, a curiosidade ingênua, percebendo-se como tal, se vá tornando crítica.

Assim, tanto os processos pedagógicos crítico-reflexivos como os modelos de currículo integrado e orientado por competência dialógica, que articulam a teoria e a prática, são referenciais que buscam levar os estudantes à construção do conhecimento para atuarem como enfermeiros, construindo competência para uma intervenção que identifica e explica seu objeto de trabalho de forma integrada, articulando os conhecimentos para a construção do cuidado de forma integral, abrangendo o indivíduo e a coletividade nas suas diversas dimensões para a ação cuidadora, buscando a emancipação do outro.

Destacamos que o valor da atividade do próprio sujeito como início da aprendizagem e o incentivo para continuar aprendendo são suscitados no ambiente concreto, no qual surgem os conflitos capazes de promover o interesse das pessoas e seu desejo de intervir para sua solução. Duarte, ao discutir sobre a formação do indivíduo a luz do referencial de Vigotski e Leontiev, destaca que a ação das pessoas

é um processo, no qual não há uma relação direta entre o motivo e o conteúdo (ou objeto) dessa ação. A ação só existe como integrante de um todo maior que é a atividade. Na grande maioria das situações, porém, as atividades humanas são constituídas por um complexo conjunto de ações. Destaca ainda que a relação mediatizada, indireta, entre a ação e o motivo da atividade como um todo precisa ser devidamente traduzida no âmbito subjetivo, ou seja, na consciência do indivíduo (DUARTE, 2004, p. 54).

Neste sentido, ao discutirmos sobre a consciência dos estudantes sobre sua atividade, destacamos que hoje não faz mais sentido pensarmos o conhecimento fora do mundo do trabalho; o conhecimento visa transformar o processo de trabalho numa relação estreita entre teoria e prática, num movimento dinâmico, a *práxis*.

Para Vásquez (1977, p. 185), “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”. A atividade, segundo Vasquez (1997, p. 187), é considerada *práxis*, uma vez que

[...] a atividade propriamente humana só se verifica quando os atos dirigidos a um objeto para transformá-lo se iniciam com um resultado ou produto efetivo real. Nesse caso, os atos não só são determinados casualmente por um estado anterior que se verificou efetivamente - determinação do passado pelo presente -, como também por algo que ainda não tem uma existência e que, não obstante, determina e regula os diferentes atos antes de culminar num resultado real; ou seja, a determinação não vem do passado, mas sim do futuro [...] é uma atividade (humana) que se desenvolve de acordo com finalidades, e essas só existem através do homem, como produto de sua consciência. Toda ação verdadeiramente humana requer certa consciência de uma finalidade, finalidade que se sujeita ao curso da própria atividade. A finalidade, por sua vez, é expressão de certa atitude do sujeito em face da realidade. [...] O fim pré-figura, idealmente, o que ainda não se conseguiu alcançar. Pelo fato do homem propor objetivos, o homem nega uma realidade efetiva e afirma uma outra que ainda não existe. Mas os fins são produtos da consciência e, por isso, a atividade que eles governam é consciente. Não se trata de uma atividade de consciência pura, mas sim da consciência de um homem social que não pode prescindir da produção de objetivos em nenhuma forma de atividade, incluindo, por certo, a prática material [...] (VASQUEZ, 1977, p. 188).

Dessa forma, toda atividade, ao incorporar uma intencionalidade, ou seja, uma finalidade previamente elaborada pelo sujeito, torna a ação consciente, relacionando de forma indivisível a teoria e a prática, a prática consciente, dinâmica, podendo ter a interferência dos seres humanos na transformação da realidade.

Ao considerarmos o ensino na perspectiva de um processo ativo de ensino-aprendizagem, deveríamos considerar que basicamente todas as situações de ensino-aprendizagem deveriam partir da problematização das situações cotidianas de trabalho, da realidade

concreta. Com o conhecimento prévio já elaborado pelo estudante, vamos à prática para iluminar e dar sentido aos conteúdos a serem aprendidos na formação do enfermeiro. No entanto, esse conhecimento não é estanque, pontual, e o estudante continua buscando novos conhecimentos para compreender a realidade multifacetada, em constante movimento e transformação.

A finalidade de todo o processo está no entendimento do que subjaz às aparências na realidade, ou seja, a construção de uma leitura crítico-reflexiva da realidade, transformando o estudante em sujeito de sua formação, formando o profissional e o cidadão, determinando seu processo de formação e ao mesmo tempo sendo determinado pelo mesmo.

Ao ser destacada a capacidade e esforço (re)construtivo pessoal, há de se considerar o caráter participativo do estudante como sujeito no processo ensino-aprendizagem. A informação construída historicamente e disponível deve transformar-se em conhecimento e, nesse processo, o professor tem papel importante, não como a principal fonte de informação, mas como aquele que conduz o estudante a pensar por si próprio e a realizar questionamentos sistêmicos, planejando estratégias que propiciem condições para a aprendizagem. Portanto, o professor deve ser o mediador do processo ensino-aprendizagem.

Na Metodologia da Problematização, assim como nas diversas metodologias que têm sua fundamentação numa pedagogia histórico-crítica, o professor tem papel de mediador da aprendizagem, visto que numa aprendizagem interacionista o professor faz a mediação entre o objeto e o estudante para a construção do conhecimento, na perspectiva da autonomia no processo de aprender a aprender. Como mediador, ele deve instigar o estudante a refletir sobre a realidade em que está vivendo sua formação profissional, tendo como finalidade a construção dos desempenhos com autonomia e domínio gradativos nas áreas de competência do enfermeiro. Além disso, o professor deve estimular a autonomia no processo de busca das informações e transformação delas em conhecimento na ação, além da formulação do pensamento crítico, no caso, sobre a Enfermagem e o campo da saúde num determinado contexto.

Busca qualificada

Este momento do processo ensino-aprendizagem consiste na apropriação dos instrumentos e dos signos produzidos pela humanidade, que fazem parte da herança cultural, e, ao mesmo tempo, de criação de novos instrumentos e signos (MAZZEU, 1998). O estudante irá identificar e se apropriar das fontes primárias e/ou secundárias.

Significa que o estudante deverá realizar um movimento de internalização do saber, articulando o saber disponível nas diversas fontes com a sua reflexão-problematização sobre a atividade vivida na prática profissional.

Esta apropriação será possível na medida em que os saberes forem trabalhados de modo sistemático e constante, a fim de que se incorporem de modo irreversível ao pensamento e à ação do sujeito. A leitura, por exemplo, para que se torne um momento de aprendizagem e possibilite a reconstrução pessoal, necessita da sistematização da atividade, perpassando pelo texto, tomando nota, riscando-o, reclamando, aplaudindo, reconstruindo-o (DEMO, 2001).

Há um movimento de subjetivação, por parte dos estudantes, ao confrontarem as novas informações com as situações vividas, e com os seus valores e interesses.

Nova síntese

O estudante, após ter realizado o seu estudo em diversas fontes e iniciado sua síntese individual, apresenta para o grupo num movimento de socialização do conhecimento. Para isso, o trabalho se desenvolve em pequenos grupos, por considerarmos que esta estratégia pode proporcionar o desenvolvimento de determinados valores e atitudes que levem os estudantes a saberem lidar com as diferenças, com as diversas formas de ver o mundo, saberem ouvir e respeitar a opinião dos colegas, além de saberem partilhar os espaços, os conhecimentos, as decisões, negociando entre eles.

O trabalho em grupo, enquanto estratégia para construção do conhecimento, contribui para que o estudante aprenda a partilhar com os colegas, através de suas argumentações, o que conseguiu compreender sobre o problema a ser estudado / resolvido / discutido. Segundo Demo (2001), não se trata de jogar opiniões no ar, mas de argumentar de forma metódica, apresentando elementos

que fundamentem a tese apresentada aos colegas. Trata-se de dar voz aos estudantes por tanto tempo emudecidos pela pedagogia da resposta, estando muitas vezes “desabitados a fazer uso da palavra, a fazer uso deste instrumento de poder” (DE SORDI, 2000a, p. 7).

Ao refletir sobre sua prática, estarão buscando conscientemente possibilidades de superação de uma determinada situação no processo de trabalho em saúde e na formação. Em sendo processo, também está presente na formação dos profissionais a idéia de movimento de transformação dos sujeitos. O produto do trabalho resulta da superação do objeto após diversas intervenções em que são utilizados variados meios e instrumentos, buscando-se a reflexão crítica e consciente dos trabalhos/práticas concretizados anteriormente. Nessa perspectiva, a atividade das pessoas é considerada enquanto *práxis*, enquanto atividade transformadora, consciente e intencionalmente realizada.

Realizamos a *práxis* à medida que o sujeito supera a compreensão intuitiva e ingênua da atividade, unindo pensamento e ação, ou seja, teoria e prática de forma crítica e consciente. Ao nos lançarmos na pedagogia da pergunta, em contraposição à pedagogia da resposta, estamos construindo uma formação que tem como intenção educar enfermeiros com uma visão questionadora sobre o mundo, não se atendo somente à sua profissão. Também, ao mobilizarmos um novo sentido para o processo educativo, estamos transformando os sujeitos na sua forma de ver e pensar o mundo.

Para tanto, o professor e o estudante vão assumindo papéis, com determinadas atitudes que antes não poderiam ser imaginadas em uma pedagogia que somente buscava respostas prontas e acabadas num conjunto de certezas ditadas por um paradigma no qual os conhecimentos são construídos de forma linear, por adição de novas descobertas.

Processo de avaliação

O processo de avaliação na UPP ocorre ao longo de toda a unidade educacional, nos dois cenários e na unidade eletiva, considerando que estamos avaliando o desempenho do estudante nas áreas de competência do cuidado individual e coletivo e da gestão e organização dos serviços para o cuidado em saúde. Neste proces-

so, utilizamos várias estratégias e instrumentos como o Exercício de Avaliação Cognitiva (EAC), o Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP), o Formato de Avaliação de Desempenho do Estudante (F6), o Formato de Avaliação do Estudante nas atividades em grupo (F3) e o portfólio reflexivo.

As avaliações na perspectiva dialógica têm como propósito o desenvolvimento do estudante em seu processo de formação, realizando tanto a avaliação formativa como a somativa. Para que isto ocorra, o estudante e os professores realizam em todos os momentos de acompanhamento diário do estudante e nas supervisões a reflexão sobre as ações realizadas nas situações de trabalho, e como isto vem contribuindo para a construção do desempenho do estudante no cotidiano, ocorrendo o registro periodicamente dessas avaliações no portfólio do estudante, tanto por ele próprio como pelo professor.

Romão (2001, p. 101), ao discutir sobre as etapas numa avaliação dialógica, destaca que

a avaliação da aprendizagem é um tipo de investigação e é, também, um processo de conscientização sobre a 'cultura primeira' do educando, com suas potencialidades, seus limites, seus traços e seus ritmos específicos. Ao mesmo tempo, ela propicia ao educador a revisão de seus procedimentos e até mesmo o questionamento de sua própria maneira de analisar a ciência e encarar o mundo. Ocorre, neste caso, um processo de mútua educação.

Para que ocorra um processo construtivo de avaliação que cada sujeito faz sobre o outro, envolvendo os estudantes e os professores, ambos necessitam construir uma relação de confiança, tendo maturidade para poder trabalhar com as críticas que surgirão. De Sordi (2000b, p. 6) destaca que essa relação de confiança é muito importante, porque

quem se atreverá a fazer perguntas, a demonstrar inseguranças, a buscar ajuda se no processo tudo pode se voltar contra ele? Como suportar na relação grupal o peso da auto-estima arranhada ao assumir sua fragilidade quando a regra sempre foi ocultar as deficiências?

Romão (2001), ao tomar o referencial de Paulo Freire, destaca que numa educação libertadora, a avaliação deixa de ser um processo de cobrança do professor sobre o estudante, enquanto depositário de um saber elaborado pelo professor, passando a ser mais

um momento de aprendizagem para ambos, no sentido de abordagem dos processos e mecanismos de conhecimentos ativados pelo estudante, considerando a virtude dos erros como uma fonte de análise da aprendizagem, como também uma possibilidade para rever e refazer seus procedimentos de educador.

No entanto, em pesquisa realizada recentemente por Laluna (2007), sobre os sentidos da avaliação para os professores do curso de Enfermagem da FAMEMA, percebeu-se que a prática avaliativa ainda apresenta-se mais direcionada à matriz tradicional de avaliação, que se caracteriza pelas idéias de medida, comparação, objetividade, produto, com priorização do aspecto cognitivo e habilidade. Mas também se verificou um início de produção do sentido da prática avaliativa orientada por uma matriz de avaliação democrática, incluindo a construção em processo, a dialogia e interação, a inclusão, no movimento ativo de ensino-aprendizagem, tendo compromisso com a formação de todos os estudantes.

Refletindo sobre o processo

Ao analisarmos o desenvolvimento do processo de acompanhamento do estudante no cenário real de prática profissional, identificamos que este movimento se consolida por meio do fortalecimento da parceria ensino-serviço, sendo necessário negociar as formas e os momentos de participação dos profissionais. Há uma responsabilização dos profissionais dos serviços de saúde com a formação inicial dos enfermeiros, acolhendo o estudante e dando segurança durante a realização do cuidado, nas relações com a equipe na perspectiva da gestão participativa, contribuindo na construção da autonomia e domínio dos desempenhos nas atividades no cenário da atenção básica.

Outro movimento que tem contribuído para a construção da parceria e da formação dos profissionais que atuam acompanhando os estudantes tem sido o processo de Educação Permanente em Saúde, que conta com a participação das enfermeiras dos dois cenários, tendo como propósito compreender a continuidade do processo de formação do estudante nos cenários de atenção básica e hospitalar; compreender os problemas da realidade de cada cenário e o seu enfrentamento para que ocorra a transformação das práticas na direção dos princípios e diretrizes do SUS.

Referências

- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Departamento de Política de Ensino Superior. Coordenação das Comissões de Especialistas de Ensino. Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem. *Diretrizes Curriculares para o Ensino de Graduação em Enfermagem*. 2001. Disponível em: <http://www.mec.gov.br>. Acesso em: 20 out 2004.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set-out, 2004.
- CHIRELLI, M. Q. *O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA*. 2002. 271f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- DELUIZ, N. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. *Humanizar cuidados em saúde*. uma questão de competência. Brasília, 2001. p. 27-38.
- DUARTE, N. Formação do indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de A.N. Leontiev. *Cad. CEDES*, Campinas, v. 24, n. 62, p. 44-63. abr 2004.
- DE SORDI, M. R. L. *Da pedagogia da resposta à pedagogia da pergunta*. subsídios para uma formação crítica. 2000a. Mimeo.
- _____. *Problematisando o papel da avaliação da aprendizagem nas metodologias inovadoras na área da saúde*. 2000b. Mimeo
- DEMO, P. *Saber pensar*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 159p.
- FAMEMA. *Currículo do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília*. Marília: Faculdade de Medicina de Marília. Curso de Enfermagem, 1997. 34p.
- _____. *Necessidades de saúde 1 e prática profissional 1*. 1ª série – Curso de Medicina e Enfermagem. 2004. Marília, 2004. 18p.
- _____. *Manual de avaliação do estudante*. cursos de medicina e enfermagem. Marília, 2006. 29p.
- _____. *Unidade de Prática Profissional: estágio supervisionado da 4ª série*: Curso de Enfermagem – 2007. Marília, 2007. 13p.
- FEUERWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. *Divulgação em Saúde para Debate*. n.22, p. 36-48, dez, 2000.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 165p.
- GADOTTI, M.; ROMÃO, J. E. Diretrizes nacionais. In: ____ (Org). *Educação de jovens e adultos*: teoria, prática e propostas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 119-129. (Guia da escola cidadã; v.5).

- LALUNA, M. C. M. C. *O planejamento como instrumental da gerência em enfermagem*. construindo o desempenho do planejamento participativo no currículo integrado. 2002. 144 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.
- _____. *Os sentidos da avaliação na formação de enfermeiros orientada por competência*. 2007. 226f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface Com. Saúde Educ.*, Botucatu, v.9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005.
- MAZZEU, F.J.C. Uma proposta metodológica para a formação continuada de professores na perspectiva histórico-social. *Cad. CEDES*, v.19, n.44. Campinas abr. 1998.
- 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. Campinas: FCM/UNICAMP, 1997a. 23p. Digitado.
- MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000. 116p.
- RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências*: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001. 319p.
- REZENDE, K. T. A. *O ensino de enfermagem no contexto UNI Marília*: revelando os pressupostos ideológicos da prática docente. 1998. 117f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1998.
- ROMÃO, J. E. *Avaliação dialógica*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2001. 136p.
- VASQUEZ, A. S. *Filosofia da práxis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1977. 454p.
- VILELA, E. M. *Interdisciplinaridade no ensino de graduação em enfermagem*: um estudo de caso. Ribeirão Preto, 2002. 199f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Integralidade na formação médica: relato de experiências na Coordenação de Aids do HUAP

LILIAN KOIFMAN¹

RAFAEL MENDONÇA DE PAULA²

THIAGO DE OLIVEIRA E ALVES³

Introdução

Discussões acerca da formação médica têm-se intensificado nos últimos anos devido à observação de que os profissionais médicos formados pelos currículos tradicionais – que valorizavam o ambiente hospitalar como o único espaço de prática, promoviam um entendimento fragmentado do paciente e tinham seu maior foco no tecnicismo, mecanicismo, no biologicismo, no individualismo e na especialização precoce – não atendiam de forma satisfatória as complexas necessidades da população (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004). Dessa forma, faz-se necessário incorporar demandas sociais no processo de ensino-aprendizagem, a fim de que os profissionais egressos das escolas médicas possam atender às necessidades do paciente de forma integral.

A partir da década de 70, a busca por um atendimento integral começa a ser mais seriamente pensada, com o movimento sanitário, que buscou realizar aqui no Brasil algumas modificações que o movimento conhecido como *medicina integral* havia começado a efetuar nos Estados Unidos. A crítica da medicina integral ao currículo compartimentado levou-a a propor reformas curriculares que tra-

¹ Pedagoga, mestra e doutora em Saúde Pública; professora no Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da UFF; coordenadora do LUPA-Saúde. Endereço Eletrônico: lilian@vm.uff.br

² Aluno da Graduação em medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF).

³ Aluno da Graduação em medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF).

tariam de introduzir no ensino básico, além dos conhecimentos das ciências básicas, outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico-paciente, além de conteúdos referentes à sociedade e aos contextos culturais que pretendiam enfatizar o ensino nos ambulatorios e nas comunidades, lugares que permitem mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes (PINHEIRO; MATTOS, 2001).

Segundo as novas Diretrizes Curriculares dos cursos da saúde, o perfil ideal do profissional médico deve ser:

Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (art.3)(Resolução CNE/CES 04/2001).

Para alcançar esse objetivo, os novos currículos buscam a interdisciplinaridade, repensar permanentemente os conhecimentos na área médica, em função do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, e formar um médico humanista, com compromisso social e comportamento ético, além de um técnico com habilidades psicomotoras. Busca-se a formação de um novo perfil profissional, como estratégia para atender aos determinantes do processo saúde-doença. (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; MARINS, 2004).

Este trabalho tem como finalidade relatar a experiência vivenciada na Coordenação de Aids do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) por alunos do segundo período do curso da graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), na disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I; registrar a história do campo em que estávamos inseridos; abordar alguns dos aspectos inerentes acerca de discussões sobre HIV/Aids; e destacar a importância dessa experiência no processo de formação dos alunos, a fim de que as metas acima referidas sejam alcançadas nesse processo.

A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I

A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I faz parte do programa prático-conceitual do curso de Medicina da UFF. Esse programa pretende que os discentes, sob supervisão docente, exe-

cutem atividades práticas envolvendo uma permanente discussão epidemiológica, técnico-administrativa e política das ações executadas, de sua evolução histórica, de sua inserção social e de propostas alternativas emergentes.

A construção da disciplina se dá na busca da diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, a partir da articulação com disciplinas teóricas, com o campo de prática das profissões da área da saúde e com o desafio de tecer uma rede de saberes centrados na integração aprendizagem-extensão-pesquisa (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PONTES, 2005).

Nos dois semestres de duração da disciplina, são quatro os objetivos centrais: 1) a caracterização qualitativa e quantitativa – tanto ambiental, populacional quanto psicossocial – dos cenários, nos níveis local e municipal; 2) promover a experiência com trabalhos de grupos; 3) promover o contato com espaços de vivências do ato de cuidar, destacando-se as dimensões humanas, culturais, sociais e políticas; e 4) observar como a integralidade da atenção à saúde se realiza em cada campo: cotidiano, saberes e práticas do cuidado (acolhimento e responsabilização, vínculo, interinstitucionalidade, autonomia do usuário e resolutividade) (SAIPPA-OLIVEIRA; KOIFMAN; PONTES, 2005).

A disciplina inicia-se com uma reunião onde os objetivos acima citados são passados aos alunos de forma interativa, com utilização de recursos audiovisuais. Em seguida, a turma de 80 alunos é dividida em grupos de dez a 12 componentes, entre os quais os temas e os campos a serem estudados são divididos. Os grupos são apresentados a seus preceptores (em sua maioria docentes) e a partir do segundo encontro as reuniões já ocorrem nos pequenos grupos.

Para o ano de 2007 os temas foram, no primeiro período: *Instituições Médicas; Bioética; Promoção da Saúde; Envelhecimento; Saúde e Trabalho; Saúde Mental e Exclusão Social; Comunicação e Saúde*. No segundo período: *Coordenação de Aids/HUAP; Atenção à Saúde do Idoso; Saúde e Comunicação no contexto da integralidade; Saúde do Adolescente; Inclusão Social da Pessoa com Deficiência; Alcoolismo; Doenças Negligenciadas*.

Conforme podemos observar, busca-se a maior heterogeneidade possível na escolha dos temas, para que os alunos possam ter uma melhor noção das dificuldades diárias encontradas no exercício da prática e das possibilidades de propostas de mudança.

Antes da visita aos campos, os grupos realizam leitura de textos e elaboram resenhas, a fim de obter um embasamento teórico sobre seu tema específico. Em seguida visitam seus respectivos campos, presenciando as práticas da área da saúde nos diversos âmbitos em que são efetuadas. Após cada visita, as experiências são partilhadas em reunião de grupo e cada aluno deve redigir um relatório sobre suas impressões.

A avaliação do desempenho dos alunos é feita a partir da avaliação das resenhas e relatórios, além da elaboração de um seminário que deve ser apresentado para toda a turma, ao final do período, resumindo toda as experiências adquiridas. Através dos seminários, todos os grupos podem ter contato e conhecer as realidades heterogêneas com as experiências vivenciadas por cada um.

Diante dos objetivos da disciplina e do fato de o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde ser, talvez, uma resposta governamental que se aproxima do princípio da integralidade, justifica-se a escolha da Coordenação de Aids do HUAP como campo para estudo dos conceitos que a disciplina se propõe a abordar e como local de vivência das práticas que deram origem aos relatos apresentados no presente trabalho.

A Coordenação de Aids do HUAP

O atendimento ao paciente HIV positivo no HUAP era realizado nos ambulatórios, nas enfermarias e no DIP (setor de doenças infecto-parasitárias). Assim, não havia uma integração das ações promovidas e faltava um local que acolhesse o paciente de forma multiprofissional, favorecendo a humanização no atendimento.

Devido ao crescente aumento da demanda, em 2002 criou-se uma Coordenação do Programa de Aids no hospital (CAIDS). A partir do apoio financeiro da Coordenação Nacional de Aids (Ministério da Saúde e BIRD), da estrutura física cedida pela direção do HUAP e muito empenho dos profissionais envolvidos, foi possível a instalação de consultórios médicos, sala de atendimentos multiprofissional, recepção e banheiros, bem como o Leito-Dia adulto e Infantil (SILVEIRA, 2004). Assim, a Coordenação do Programa de Aids passou a ser um local de acolhimento, escuta, educação para a prevenção e a promoção de saúde, além da prestação de atendimento multiprofissional.

A Coordenação de Aids do HUAP foi criada em 2001. Entretanto, todos os profissionais da equipe interdisciplinar, que dela fazem parte, já participavam de ações com pacientes soropositivos para o HIV/Aids.

A equipe realiza atendimentos individuais e em grupo. No momento existem dois grupos de convivência que se reúnem quinzenalmente com a equipe de profissionais. Um grupo é composto por responsáveis por crianças portadoras e expostas ao HIV e o outro é o grupo Sol, freqüentado majoritariamente por adultos soropositivos para o HIV.

Quando foi criada, a equipe que realizava o atendimento na CAIDS era composta pelos seguintes profissionais: um clínico geral (médico, que já atendia os pacientes da clínica médica do HUAP); uma enfermeira (que atendia pacientes na emergência, no setor de DIP - doenças infecto-parasitárias - e no ambulatório de AIDS pediátrica); médica pediatra e psicóloga, ambas acompanhando as crianças; e outra psicóloga, para o acompanhamento dos adultos; uma assistente social, uma nutricionista e uma cirurgiã-dentista. Outros profissionais de diversos setores do HUAP também prestam assistência aos pacientes com HIV/Aids, principalmente alguns médicos do DIP, tanto para realizar o acompanhamento de gestantes, quanto o atendimento dos pacientes em geral.

Diante da discussão com a comunidade envolvida (nas reuniões de grupo de convivência) e com os profissionais da equipe foi proposta a implementação de um programa de atenção à saúde bucal de portadores de HIV/Aids do HUAP. Elaborou-se um plano de ação para ser desenvolvido através de diversas ações de intervenção, de acordo com a fase e estrutura física e orçamentária disponíveis para suas execuções.

A proposta foi apresentada à Direção do HUAP, recebendo total apoio institucional e das Coordenações Municipal e Estadual do Programa de DST/Aids. O projeto foi enviado à Coordenação Nacional do Programa de DST/Aids em 2002, sendo aprovado. Assim, a partir da disponibilidade de recurso do projeto, iniciou-se intenso trabalho de requisição e aquisição de equipamentos e instrumentais necessários para a montagem do serviço (SILVEIRA, 2004). Atualmente, na Coordenação de Aids são desenvolvidas ações diversificadas

que incluem atividades realizadas com os pacientes, com alunos e com a equipe, além de pesquisas científicas. As ações que envolvem diretamente os pacientes são: as propostas educativas individuais e coletivas, procedimentos clínicos e pequenas cirurgias odontológicas.

As discussões em grupo apresentam um resultado muito positivo com relação à educação, através de reflexões, questionamentos, construção e reconstrução de conceitos, saberes, valores e atitudes. Essas discussões podem ser utilizadas como ferramentas para se sensibilizar sobre a importância da saúde integral.

A demanda de pacientes HIV positivos acompanhados pela equipe do HUAP é de aproximadamente 500 pacientes. Mas a Coordenação do Programa de Aids do HUAP atende à demanda do município de Niterói, alguns pacientes do município do Rio de Janeiro e de municípios próximos, como São Gonçalo, Itaboraí, Magé e Tanguá.

Os pacientes relatam várias características positivas da Coordenação do Programa de Aids do HUAP, cujas principais são a escuta, o acolhimento, a atenção integral ao paciente, principalmente a possibilidade do trabalho em equipe interdisciplinar, e o espaço físico (SILVEIRA, 2004).

Relato da experiência na Coordenação de Aids

Conforme dito anteriormente, a aproximação com a prática desde o começo do curso de medicina, que a disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I promove, ajuda o aluno a compreender melhor a atuação do profissional de saúde e as dificuldades existentes nesse campo de atuação.

A seguir descreveremos relatos das experiências vividas em cada setor da coordenação de AIDS do HUAP, destacando impressões pessoais e aspectos que os alunos consideraram importantes no processo de sua formação em saúde.

Recepção

A coordenação de AIDS do HUAP tem uma localização estratégica no hospital, localização essa que mantém o sigilo e preserva a intimidade dos pacientes, que muitas vezes não desejam que seu diagnóstico seja revelado a terceiros. Nesse sentido, os alunos perceberam que a recepção desempenha um papel fundamental, pois

recebe muitas pessoas desinformadas que chegaram até lá, mas não procuram o serviço, sendo devidamente orientadas pela secretária, sem que seja revelado o atendimento ali prestado.

Por outro lado, muitos pacientes com dúvidas e inseguranças a respeito da doença encontram na recepção acolhimento, dado pela funcionária que desempenha o papel de recepcionista. Um fato interessante presenciado por um dos alunos foi o relato de uma mãe que há poucos dias recebera o diagnóstico positivo de sua filha, que esperava um bebê. A carência afetiva dessa senhora era tamanha que enquanto esperava atendimento de sua filha relatou detalhadamente toda sua trajetória, mesmo havendo conhecido o aluno há pouco. Isso demonstra a necessidade que os pacientes e suas famílias têm de um acolhimento e um apoio psicológico adequados, características inerentes a um atendimento integral.

Atendimento clínico de adultos

O atendimento clínico de adultos envolve, além das questões clínicas próprias da doença, questões bastante complexas como, por exemplo, as que se referem ao comportamento. Prestar um atendimento integral ao paciente com HIV/AIDS significa tratar os sintomas da doença, administrar o tratamento e seus efeitos colaterais, além de orientar o paciente a cerca da prevenção de reinfecções, da importância da adesão ao tratamento e de suas dúvidas e medos em relação à doença. Todas essas atribuições exigem do profissional um vínculo com o paciente para que tais temas possam ser abordados sem que haja constrangimento de ambas as partes. O profissional deve se sentir bem à vontade para discutir com o paciente, por exemplo, acerca de comportamentos sexuais; comportamentos esses que estão intimamente ligados ao controle da infecção e da reinfecção pelo HIV.

Experiências que demonstram a importância do vínculo entre o profissional e o paciente foram vividas por alunos que acompanharam as consultas realizadas pelo clínico geral. Em uma dessas consultas, um paciente jovem acompanhado de sua mãe pretendia obter a última confirmação de sua condição sorológica. Após a confirmação do diagnóstico o médico percebeu uma insegurança da mãe do paciente em relação aos cuidados que deveriam ser tomados a partir de então e além de fazer a prescrição dos medicamentos, conversou

com ambos a respeito da doença e de experiências que tinha com outros pacientes, salientando que o jovem poderia ter uma vida normal, desde que se tratasse adequadamente. Após essa conversa, tanto a mãe quanto o filho demonstraram maior coragem para enfrentar as complicações referentes à doença.

Este e outros exemplos presenciados pelos alunos apontam a importância da boa qualidade da relação médico-paciente para a realização de um tratamento eficaz.

Atendimento clínico pediátrico

Muitas das dificuldades encontradas no atendimento dos adultos se repetem no atendimento pediátrico, com o agravante de que muitas das crianças não sabem de sua condição sorológica. Um grande problema enfrentado pela pediatria que faz o acompanhamento clínico das crianças é a falta de adesão efetiva ao tratamento. Durante as consultas que os alunos presenciaram não foram raros os casos em que as mães não administravam de maneira correta os medicamentos.

Exemplo marcante presenciado pelos alunos foi a consulta de um paciente de oito anos, cuja mãe procurou a pediatra para obter um novo receituário, a fim de adquirir a medicação na farmácia do hospital. Ao avaliar seus registros, a médica verificou que a mãe havia faltado à última consulta e que o medicamento que levara nessa ocasião já deveria ter acabado semanas antes, o que significava que a criança ficara algum tempo sem receber a medicação. Segundo a médica, o comprometimento do tratamento das crianças deve-se principalmente à não-adesão ao mesmo. A irregularidade na administração dos medicamentos faz com que os vírus adquiram resistência às drogas e sejam necessárias novas combinações de fármacos. No entanto, há uma possibilidade limitada de combinações. Dessa forma, percebe-se que o incentivo à adesão efetiva ao tratamento é de essencial valia e que se devem trabalhar as causas dessa não-adesão para obter melhores resultados no controle da doença.

Atendimento psicológico pediátrico

Uma das primeiras coisas que chama a atenção na psiquiatria infantil é o ambiente. Todas as suas características de uma obra

recém-inaugurada e a forma como as coisas são organizadas contribuem para a criação de um ambiente acolhedor.

Uma das consultas a que os alunos assistiram resume os principais problemas enfrentados no atendimento psicológico pediátrico. O paciente tinha nove anos, apesar de aparentar idade bem inferior. Seu tratamento parecia não apresentar resultados satisfatórios. Ao chegar, vindo do almoço, a psicóloga levou-o ao banheiro para escovar os dentes. Com isso ela pretendia prestar um atendimento abrangente, articulando sua necessidade de avaliar a motricidade da criança com a intenção de promover o cuidado bucal. Esse ato mostra também a amplitude do atendimento que os pacientes recebem na Coordenação de Aids do HUAP. Os pacientes contam com atendimento psicológico, odontológico, médico – enfim, um atendimento bastante integral e com todos os serviços bastante relacionados.

Durante a consulta, a psicóloga avaliou o desenvolvimento do paciente com atividades lúdicas como desenhos, histórias e jogos. A criança pareceu um pouco intimidada com a presença dos alunos no início da consulta, porém no decorrer da mesma pareceu se sentir mais à vontade, apreciando nossa participação nas atividades.

Nas consultas psicológicas, a profissional afirmou também vivenciar os mesmos problemas de adesão verificados nas consultas clínicas pediátricas. A consequência de tal fato é o aumento do número de casos como o desse paciente, cujo tratamento poderia obter maior êxito simplesmente pela administração diária da medicação, que é gratuita e em quantidades suficientes no Brasil.

Atendimento odontológico

A infecção pelo HIV resulta em maior susceptibilidade do paciente a outras infecções, incluindo as dentárias. Dessa forma, compreende-se a importância clínica de se oferecer aos pacientes HIV positivos o acesso ao atendimento odontológico, já que muitos não têm acesso a esse tipo de serviço ou quando o têm são eventualmente alvo de preconceito por parte de alguns profissionais. Além disso, há também a questão que tange ao resgate da auto-imagem, comumente abalada no paciente HIV positivo.

Durante o acompanhamento das consultas, os alunos verificaram que os procedimentos odontológicos e as medidas de esterilização são

as mesmas adotadas em qualquer consultório odontológico, ratificando que qualquer dentista pode atender um paciente HIV positivo.

O serviço de odontologia foi o que mais chamou a atenção dos alunos para os cuidados que o profissional de saúde deve tomar em sua rotina diária lidando com pacientes, talvez por apresentar procedimentos invasivos, que expõem o profissional a um risco de contaminação. Segundo os alunos, essa vivência serviu para alertá-los de que não se pode esperar que um paciente se identifique como portador de uma infecção como a do HIV ou da hepatite C, por exemplo, para que sejam tomados os cuidados necessários para sua proteção.

Outro ponto interessante se refere ao fato de que, no serviço de odontologia, são atendidos os familiares dos soropositivos, mesmo de sorologia negativa para HIV/Aids. Isso se dá com o objetivo de estimular a adesão ao tratamento, que depende de toda a família e não apenas do paciente.

Leito-dia infantil

É o local onde as crianças que estão com baixa contagem de linfócitos recebem medicação. A sala fica na emergência do HUAP, pois caso haja alguma reação em resposta à medicação, a criança pode ser rapidamente assistida pelos médicos de plantão. Ela é dividida em um espaço em que as crianças recebem o medicamento e realizam atividades como pintura, leitura e recortes, além de assistirem televisão, e noutro espaço onde a enfermeira realiza as consultas e conversa com os pais.

Durante as consultas com a enfermeira, algo interessante observado pelos alunos foi o fato de a profissional conversar em voz baixa com o paciente, de forma a preservar sua intimidade e assim permitir maior abertura por parte deste. Nem mesmo os alunos foram autorizados a ouvir essas conversas.

Além de oferecer os cuidados clínicos necessários, o leito-dia também promove interação entre os pacientes e dos pais entre si, na medida em que realizam as atividades recreativas juntos.

Discussão de caso

É uma reunião quinzenal, entre os profissionais de saúde da coordenação, estudantes, pacientes e visitantes, na qual são apresen-

tados textos científicos abordando temas pertinentes à realidade dos pacientes, como tabus sexuais, preconceito, avanços da medicina na área da Aids, efeitos colaterais da medicação, entre outros.

Um grupo de alunos presenciou uma reunião em que se tratou do tema lipodistrofia. Houve bastante interesse por parte dos pacientes, já que esse efeito colateral é comum em pessoas que fazem uso de medicamento antiretroviral. Eles relataram incomodar-se com a deformidade, pois essa pode ser considerada um estigma de pacientes HIV positivos, despertando preconceito. Em contrapartida, foram apresentadas algumas alternativas de medicamentos, que acarretavam menor ocorrência desse efeito colateral.

A experiência despertou nos alunos a importância de se levar em consideração os medos do paciente em relação, por exemplo, a efeitos colaterais e outras implicações do tratamento. Além do comprometimento orgânico, há que se pensar na dimensão psicológica da terapêutica. Assim, os alunos perceberam que o melhor caminho para construir uma terapêutica capaz de propiciar bem-estar físico e mental ao paciente é o diálogo estabelecido durante o atendimento.

Grupo Sol

O grupo Sol é um grupo de troca de experiências de adultos HIV positivos que frequentam a CAIDS, coordenados pela enfermeira da equipe. A idéia é que tenham um espaço de conversa sobre suas dificuldades pessoais com o tratamento, relação com família e amigos. Nesse espaço, devido ao longo tempo que alguns membros frequentam, também são organizadas atividades sociais e de militância.

Algumas das vezes que acompanhamos essa atividade, fomos convidados para lanches, passeios e festas. Em outras vezes, os assuntos se derivaram para coisas do cotidiano de qualquer adulto, como debates sobre a violência ou problemas dos centros urbanos. O mais interessante foi o dia em que o grupo recebeu uma paciente que recebera poucos dias antes seu resultado de exame positivo para Aids. Ao transparecer desespero e tristeza, recebeu várias palavras de força e perseverança de pacientes que convivem há anos com a doença e que se disseram muito felizes por estarem vivos. Foi uma demonstração interessante da importância do grupo.

Considerações finais

Conforme dito acima, a inserção precoce no campo prático propiciada por disciplinas semelhantes ao Trabalho de Campo Supervisionado I amplia a percepção do aluno acerca das relações saúde/doença e da complexidade encontrada nessa área de atuação.

Especificamente em relação a doenças como Aids, hanseníase, tuberculose e tantas outras que ainda são vistas com preconceito e estigmatização pela sociedade, a oportunidade da aproximação dos alunos de campos que lidem diretamente com tais doenças possibilita aos mesmos pensar acerca de seus próprios preconceitos e das implicações que suas atitudes trarão a seu cotidiano.

Outro ponto interessante a se destacar na vivência no campo é o confronto que muitas vezes ocorre entre o saber técnico e o saber popular. É importante que nessa etapa da formação o aluno perceba que assim como ele próprio tem suas crenças e opiniões, o usuário do sistema de saúde também tem seus posicionamentos e crenças, que devem ser respeitados. Prestar um atendimento integral implica a observância de todos esses pontos, para que a aproximação com o paciente não seja um confronto de idéias, mas sirva para a construção de um proceder mais responsável e que traga benefícios ao paciente, dentro do que ele espera e planeja para sua vida.

Nesse contexto, a Coordenação de Aids oferece um espaço assistencial diferenciado, que promove o atendimento integral, suprimindo as demandas psicossociobiológicas do paciente. O serviço propicia a abordagem de questões como preconceito, vaidade, auto-estima, insegurança, responsabilidade, além das questões médicas.

Um bom caminho para formar profissionais preparados para atuar dentro da integralidade é aproximá-los da realidade do paciente. Dessa forma, facilita-se a criação de vínculo, o que propicia o entendimento do paciente como um todo. Nesse aspecto, os alunos consideraram a vivência no campo importante para sua formação. Através dela puderam trabalhar o conceito de integralidade e entender que atitudes devem tomar em sua prática diária para que possam prestar esse tipo de atendimento em seu cotidiano.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração dos profissionais da Coordenação de Aids do HUAP e sua boa vontade em nos receber, permitindo-nos vivenciar a integralidade de suas práticas profissionais e criar uma imagem do tipo de profissionais que pretendemos ser.

Referências

- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 241-257.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PONTES, A. L. M. As Agendas Públicas para as Reformas e sua Releitura no Cotidiano das Práticas da Formação: o caso da Disciplina Trabalho de Campo Supervisionado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L. Integralidade do currículo de medicina: inovar/transfomar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J. J. et al. (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 204. 390.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L.; MARINS, J. J.N. A busca da integralidade nas práticas de Saúde e a diversificação dos cenários de aprendizagem. O direcionamento do Curso de Medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.
- SILVEIRA, M. F. Implementação e análise do programa de atenção à saúde bucal de pacientes soropositivos para o HIV do Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP/UFF. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.

O ensino - aprendizagem do envelhecimento: início para uma formação crítica e contextualizada

NOELY CIBELI DOS SANTOS¹

Introdução

O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Cidade de São Paulo vem sendo submetido a diversas mudanças curriculares, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais. Assim, houve a elaboração e a implementação do novo Projeto Pedagógico em 2002, que, baseado em competências, habilidades e diretrizes ensino-aprendizagem, se orientou por princípios que norteiam a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva do enfermeiro.

Ao longo desses cinco anos, algumas experiências se tornaram mais consistentes na busca de uma formação crítica, merecendo destaque as ações relacionadas ao ensino do envelhecimento. Segundo Santos (2006), o ensino do envelhecimento hoje representa o compromisso de apresentar um mundo que está com sua população envelhecendo e as repercussões desse evento, compreendendo o desafio da nossa sociedade de rever os estereótipos do envelhecer e a necessidade de participação social para construção de políticas públicas rompendo com a visão curativa tão arraigada na nossa prática.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005, p. 8), “em todos os países, e especialmente nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis

¹ Enfermeira Especialista em Saúde Pública e Envelhecimento e Mestra em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora da Universidade Cidade de São Paulo. Endereço eletrônico: noely_cibeli@uol.com.br

e ativas são uma necessidade, não um luxo”. Portanto, as políticas e programas devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas e devem incluir uma perspectiva de curso de vida que reconheça a importância das experiências de vida para a maneira como os indivíduos envelhecem.

O curso de Enfermagem abraça este ideal em suas ações, enfatizando o sétimo desafio de uma população em processo de envelhecimento proposto pela OMS: a criação de um novo paradigma. Este novo paradigma está relacionado não só com o envelhecimento, mas com o modo de pensar saúde, de fazer promoção da saúde, de cuidar da população. Derntl e Watanabe (2004) reconhecem que esse paradigma, para os idosos, põe em destaque o estilo de vida, valorizando comportamentos de autocuidado e focalizando a capacidade funcional como um novo conceito de saúde do idoso. No Brasil, a Política Nacional do Idoso incorpora os postulados da promoção da saúde para a orientação das ações de atenção, ajustando-as às peculiaridades nacionais.

Esse cenário traz o desafio de uma educação que pense numa formação humana, que permita a reflexão, a mudança de atitude e uma postura crítica perante a sociedade, e desse modo, o ensino do envelhecimento está em constante mudança, acompanhando as novas tendências da sociedade e trazendo sempre um movimento de mudança. (SANTOS, 2006). Assim, a partir das experiências relacionadas ao ensino do envelhecimento, a incorporação de novos paradigmas de saúde que trazem a realidade da saúde como projeto de vida se coloca como um desafio.

Objetivo

Relatar a experiência do ensino-aprendizagem do envelhecimento no curso de graduação em Enfermagem e suas repercussões na construção de uma formação crítica e contextualizada.

Metodologia

Relato de experiência, adotando o método descritivo as etapas sequenciais da realidade concreta da implementação das novas ações do curso de graduação em Enfermagem.

Trajetória percorrida

A disciplina Enfermagem no Ciclo Vital ocorre no quarto semestre e aborda o ciclo vital (nascer, viver, envelhecer e morrer), o contexto social e político, as características biopsicológicas, os principais eventos de cada fase, a transposição do individual para o coletivo, a abordagem das políticas públicas pertinentes e o processo de trabalho do enfermeiro nesse contexto.

Como já citado, o ensino do envelhecimento que acontece na disciplina Ciclo Vital tem melhor se adequado aos objetivos de uma formação crítica e contextualizado, e nesse sentido, passou por um processo de elaboração que foi norteador por um estudo preliminar sobre as crenças dos alunos em relação ao envelhecimento.

Neste estudo, que buscou conhecer as concepções dos alunos sobre o envelhecimento antes de qualquer abordagem sobre o tema, Santos e Meneghin (2006) evidenciaram que o conhecimento do aluno sobre o envelhecimento é baseado no senso comum, trazendo os estereótipos encontrados na sociedade, de dependência, abandono, tristeza e desvalor. Poucas foram as referências ao envelhecimento com qualidade e as novas possibilidades de envelhecer discutidas atualmente na sociedade.

Para os autores, se o envelhecimento está tão associado às perdas, que realmente existem, talvez o enfoque primário deva ser o trabalho com idosos sadios, para que o aluno vivencie uma perspectiva real e concreta de um envelhecimento com crescimento e realizações, para que quando for trabalhar com o sofrimento e morte possa usar esta perspectiva. Desse modo, o ensino do envelhecimento tem como objetivo principal a revisão das imagens do envelhecimento, inserindo o aluno na realidade atual de um mundo mais velho e com todos os seus desafios.

Iniciamos a nossa abordagem olhando para estas concepções identificadas e reconhecendo a necessidade atual de formação de um profissional crítico que, além dos conteúdos básicos referentes ao processo de envelhecer, saiba olhar a realidade e participar da construção de conhecimento e de políticas sociais tão necessários para este segmento da população. Destacamos que o contato com o cliente idoso, na maioria das vezes, já carrega estereótipos de uma

sociedade que ainda convive com mitos relacionados ao envelhecer e ao morrer, dificultando, assim, a disposição do aluno para cuidar desta fase da vida. Levamos em conta, também, que a formação do aluno é marcada por várias experiências que produzem reflexões pessoais e que estas podem ser muito difíceis de se trabalhar, pois diferentemente dos conteúdos teóricos, trazem um contato com as próprias concepções que necessitam ser reconhecidas.

Estas inquietações, que traziam a necessidade da compreensão de crenças para um ensino mais significativo, foram respaldadas pela Teoria da Ação Racional, apresentada por Icek Ajzen e Martin Fishbein em 1967, decorrente de estudos que tentavam compreender a relação entre atitude e comportamento. A TRA discute as relações entre crenças (comportamentais e normativas) e as atitudes, intenções e comportamentos dos indivíduos. Baseia-se na suposição de que a maior parte dos comportamentos, de relevância social está sobre o controle volitivo do indivíduo, ou seja, sob a sua vontade e, portanto, podem ser preditos a partir a intenção desse indivíduo em executá-los.

A intenção, por sua vez, é função de dois componentes básicos: um pessoal, as atitudes e outro social, as normas subjetivas. Ambos são determinados pelas crenças comportamentais e normativas. A TRA assume que, por ser racional, o ser humano faz uso sistemático das informações que lhe estão disponíveis. Afirma que o indivíduo frequentemente avalia as implicações de suas ações antes de decidir realizá-las e por isso é chamada de Teoria da Ação Racional. (AJZEN; FISHBEIN, 1980).

Nesse sentido, buscando uma ação contemplasse a aspectos atitudinais do aluno, planejamos nossas atividades olhando para sua experiência pessoal, inserindo-o nas questões do processo de envelhecer a partir de vivências sustentadas por referenciais teóricos que rompem paradigmas de uma saúde assistencialista e de um envelhecer apenas com perdas, sendo cenários desta prática os Centros de Convivências, o Centro de Referência da Cidadania do Idoso, O Fórum do Cidadão Idoso da Zona Leste de São Paulo.

O Grupo ou Centro de Convivência foi escolhido por representar o movimento dos idosos em busca de um melhor envelhecer, trazendo para o aluno uma primeira realidade de que saúde não se faz apenas nas instituições, mas na vida cotidiana com o fortalecimento

das pessoas enquanto cidadãos. Cada atividade é vinculada a um projeto maior, com a finalidade de atender não apenas a uma necessidade pedagógica, mas para promover um impacto na comunidade.

Os projetos nos Grupos ou Centro de Convivência apresentam características diferentes, de acordo com a necessidade atual identificada juntamente como os idosos e seus líderes. Assim, as atividades complementam ações de Iniciação Científica, Atividades de Extensão ou até mesmo ação voluntária do docente e discentes junto à população.

Muitas atividades foram realizadas pelos alunos: avaliação das funções mentais para posterior intervenção relacionada à estimulação cognitiva e avaliação física e social de grupos em início de atividades, pelas quais os alunos realizaram diagnósticos da população, dando subsídios para elaboração de um plano de ação inicial específico para o grupo.

O movimento social dos idosos é abordado a partir da vivência do Fórum do Cidadão Idosos da Zona Leste, onde o curso também desenvolve algumas ações. O aluno é estimulado a participar das reuniões, além de conhecer todo seu movimento de ação. Esta participação fortalece a importância da formação de um profissional que reconheça a necessidade de seu envolvimento enquanto cidadão, pois ao presenciar a disposição dos idosos na conquista de direitos que, em sua maioria deixarão para próximas gerações, o aluno é estimulado ao engajamento social.

Uma ação que nasceu nessa parceria com o Fórum foi a Oficina de Memória para idosos multiplicadores. Foi escolhida por ser uma estratégia que responde à necessidade de buscarmos um envelhecimento ativo ao trabalhar com a manutenção das funções mentais, um dos pilares que compõem o envelhecimento bem sucedido, além de ter sua eficácia comprovada e baixos custos.

Outra atividade que merece destaque é o Encontro Intergeracional, realizado pela primeira vez em dezembro de 2004, com a segunda edição em dezembro de 2005, e a terceira em 2006. Esta atividade tem a proposta de promover discussões sobre o Envelhecimento Bem-Sucedido, a partir de uma relação intergeracional. Nesse sentido, alunos e idosos participam do evento estabelecendo uma relação de troca, quando os alunos apresentam conceitos teóricos sobre o

envelhecimento bem-sucedido e os idosos trazem experiências sobre o envelhecer com sucesso.

Os idosos que participam do evento apresentando suas experiências possuem algum vínculo com a universidade, resultado das atividades realizadas na disciplina Enfermagem no Ciclo Vital I e nas atividades de Extensões e Pesquisa, que possuem como referencial teórico as Teorias do Envelhecimento Bem-Sucedido. Além dos idosos que possuem uma relação mais estreita com a universidade, há outros idosos da comunidade, principalmente os grupos que mantêm uma relação com o Fórum do Cidadão Idosos da Zona Leste. Assim, o encontro conta com a participação média de 200 idosos, provenientes de diferentes regiões da Cidade de São Paulo e 200 alunos da universidade, sendo predominantemente do curso de Enfermagem.

A partir dessas experiências positivas, uma nova leitura para cuidar foi sendo refletida. De acordo com Santos (2006), nessa crescente abordagem o alvo central é a incorporação de novos paradigmas de saúde que colocam a necessidade emergente de um novo olhar que traga a realidade da Saúde como Projeto de Vida, rompendo com as ações que ainda reproduzem uma visão centrada na doença e uma ação autoritária e vertical. Assim, podemos citar Lefèvre e Lefèvre (2004), que colocam a promoção de saúde como uma possibilidade de mudança radical no modo de conceber saúde e praticar saúde, levando a necessidade de revisitar criticamente seus fundamentos e práticas que podem significar passos concretos em direção à utopia de um mundo sem doenças ou, no mínimo, menos doente.

Houve vários projetos de pesquisa e atividades de extensão e trabalhos de conclusão de curso. No programa de iniciação científica da universidade, a grande maioria das pesquisas estava relacionada à temática ou ainda analisando ações de extensões, como Oficina de Memória, Oficina de Sentido de Vida, Oficina de Processo de Envelhecer a partir de crenças e Curso Saúde e Cidadania. Essas ações possibilitaram a reformulação do conteúdo de algumas disciplinas, como Educação em Saúde, que em 2007 foi totalmente reestruturada, e a inclusão de um módulo de promoção de saúde no estágio curricular supervisionado, que estabeleceu uma parceria com o terceiro setor, Instituto Laboridade, para a construção de ações na comunidade, junto ao movimento social.

Neste módulo, organizamos nossas atividades em três momentos: suporte teórico, vivências para ação e ações junto ao Fórum de idosos da Zona Leste de São Paulo. A abordagem teórica discute os princípios da promoção de saúde, tendo como o enfoque principal a participação social. As vivências aconteciam no Centro de Referência da Cidadania do Idoso e na Loja Social. O Centro de Referência é um serviço público municipal da rede sócio-assistencial de proteção e de defesa de direitos do idoso da Secretaria Municipal de Ação e Desenvolvimento Social (SMADS) da Prefeitura Municipal de São Paulo. Os alunos conhecem os princípios do serviço, em especial, o papel da Organização Não-Governamental como uma incubadora social, participam das diferentes atividades, interagem com os idosos e realizam reflexões sobre a influência do serviço no viver dos idosos sustentados pelos referenciais teóricos estudados.

Na Loja Social, os alunos conhecem o projeto de Economia Solidária, coordenado pela Organização Não-Governamental, discutem o processo com seus organizadores e com os idosos participantes. Neste processo, os alunos também refletem sobre o impacto dessa ação no viver do idoso e como este impacto se reflete na busca de um envelhecimento ativo. Após a instrumentalização teórica e as vivências, os alunos passam para a ação, realizada junto ao Fórum do Cidadão Idoso da Zona Leste, que se constitui como movimento de organização da sociedade civil, sem representação jurídica, compondo com várias forças sociais: entidades, associações, setores educacionais e de pesquisa, grupos informais, profissionais do campo da gerontologia, instituições públicas e privadas.

A ação se constitui de avaliação de diferentes centros de convivências de idosos, quando se conhecem dificuldades, potencialidades e desejos de cada comunidade. Uma avaliação de saúde e social é realizada individualmente, direcionada aos aspectos do viver. Diagnósticos da comunidade e individuais dos idosos são construídos tendo sempre o olhar direcionado para o viver, e nesse sentido, aspectos positivos desse viver e da comunidade são ferramentas fundamentais para intervenção. Uma primeira discussão relacionada aos eventos mais particulares do grupo é realizada na própria comunidade e novas discussões são realizadas no Fórum do Cidadão

Idoso, objetivando ações coletivas. Todas as atividades são realizadas através de dinâmicas de grupo elaboradas pelos alunos.

Essas ações que aconteceram com muitas resistências e falta de recursos fortaleceram a construção de novas abordagens no curso, trazendo um novo olhar da saúde para o aluno.

Considerações finais

Trazer esta discussão ainda se caracteriza como um desafio, pois nossas concepções de saúde ainda estão fortemente vinculadas à doença. As resistências acontecem no próprio meio acadêmico, vindo de alguns docentes que desvalorizam a ação e desconhecem a necessidade de uma formação que olha para a pluralidade do ser humano, para a necessidade de participação social, enfim para o viver.

Alguns alunos, influenciados pelo próprio contexto que “vende” uma saúde privada e curativa, apresentam algumas resistências e dificuldade de compreensão das ações. Estas dificuldades também estão relacionadas à discreta abordagem de conteúdos de ciências humanas no currículo e a frágil formação política do aluno. Por outro lado, aluno que se envolve verdadeiramente com sua formação tem marcado grande influência na construção de novas ações. Sua participação e encantamento pelo cuidar do viver têm impulsionado rompimento das barreiras institucionais, além de motivar o docente para a possibilidade de transformações.

Convivemos também com as características de universidades privadas que sofrem variações de números de alunos, carga horária do docente e, conseqüentemente, descontinuidade de investimentos em projetos. Mesmo nesse contexto, acreditamos que o ensino deve acompanhar as transformações econômicas e políticas para a formação de recursos humanos capazes transitar neste mundo de transformações para estar preparado para o mercado, que segundo Ito *et al.* (2006), amplia-se no Sistema Único de Saúde, que requer uma construção social contínua impulsionando mudanças dos paradigmas vigentes, buscando o ideal da promoção de saúde.

A aplicação da Teoria da Ação Racional, durante o processo de construção do ensino do envelhecimento, nos permitiu avaliar os primeiros resultados e nos direcionar para as ações futuras. Se olharmos para o estudo prévio de 2003 (SANTOS; MENECHIN, 2006)

e o estudo de 2006 (SANTOS, 2006), fica claro que a forma que trazemos o conhecimento e proporcionamos experiências pode ter relação direta na consolidação, ampliação ou substituição de crenças dos alunos, que irão refletir na sua assistência atual e principalmente futura, quando já será um profissional. Assim, devemos refletir sobre a forma de ensinar e a influência que as crenças formadas poderão ter na ação do futuro profissional, sendo que para tanto necessitamos voltar o nosso olhar para a prática docente, e para qual enfermagem queremos ensinar.

Nesse sentido, podemos citar Angelo (1996), quando diz que na formação do enfermeiro existe uma diferença entre aprender para apenas fazer coisas que enfermeiros fazem ou sermos seres humanos dotados de conhecimento de enfermagem, ou seja, há uma diferença entre o simples adestramento do aluno para a realização de tarefas e uma formação que traga o conhecimento como algo transformador na vida do aluno.

Sobre este aspecto, Camacho e Espírito Santo (2001) propõem uma reflexão sobre como os conhecimentos são assimilados durante a vida acadêmica e profissional e a procura de novos caminhos dentro do campo da enfermagem, que tem como objetivos o cuidado e o ensino, e cujo cotidiano insere o zelo constante pela vida humana. Para esses autores,

compreender nossas ações pode nos levar a perceber que a Enfermagem não é somente um conjunto de técnicas, mas um processo criativo que envolve sensibilidade. O seu cuidar e ensinar vão para além das fundamentações teóricas, exigindo momentos que, somente o contato com o novo pode permitir, que é a oportunidade de troca entre pessoas: de quem cuida e de quem recebe o cuidado, assim como de quem ensina e de quem aprende a cuidar. (CAMACHO; ESPÍRITO SANTO, 2001, p. 17).

Este processo de troca pode ser observado quando o aluno, tanto em suas crenças de atitude como nas crenças normativas, se refere à importância das relações, do afeto e da troca de experiências entre aluno, professor e idosos, o que solidifica a importância do gerenciamento das vivências durante a formação.

Vale relembrar aqui que nesse processo de cuidar de uma população que envelhece, somos forçados a repensar que a quebra do

paradigma curativo de saúde também precisa ser real e que precisamos nos encantar para cuidar do viver, o que já foi ensaiado por alguns alunos. Então podemos dizer que estamos falando de um processo de formação que traga o encantamento não só pelo que é aprendido, mas principalmente pela ação que irá derivar deste aprender.

Sobre este aspecto, Assmann (1999, p. 34) destaca:

o re-encantamento da educação requer a união entre a sensibilidade social e a eficiência pedagógica. Portanto, o compromisso ético-político do/a educador/a deve manifestar-se primordialmente na excelência pedagógica e na colaboração para um clima esperançador no próprio contexto escolar.

Referindo-se à educação e sedução, Assmann (1999, p. 34), citando Rubem Alves, continua:

Rubem Alves costuma dizer que educar tem tudo a ver com a sedução. Segundo ele, educador/a é quem consegue desfazer as resistências ao prazer do conhecimento. Seduzir para “o quê”? Ora, para um saber/sabor. Portanto, para o conhecimento com fruição. Mas é importante frisar igualmente o “para quem”, porque pedagogia é encantar-se e seduzir-se reciprocamente com experiências de aprendizagem. Nos docentes deve torna-se visível o gozo de estar colaborando com essa coisa estupenda que é possibilitar e incrementar – na esfera sócio-cultural, que se reflete na esfera biológica – na união profunda entre processos vitais e processo de conhecimento.

Talvez tudo isto possa parecer uma utopia; temos clareza de que nem todos serão encantados, pois como diz Paulo Freire, “ninguém educa ninguém”, uma vez que a educação só acontece se houver desejo. Também lidamos com questões estruturais do aluno que fogem ao nosso alcance, mas se defendemos o cuidado holístico tão banalmente discursado na enfermagem, deveríamos defender os mesmos paradigmas holonômicos na educação.

Gadotti (2002), ao se referir às perspectivas atuais da educação, cita os paradigmas holonômicos e afirma que os holistas sustentam que são o imaginário, a utopia e a imaginação os fatores instituintes da sociedade. Recusam uma ordem que aniquila o desejo, a paixão, o olhar, a escuta. Os enfoques clássicos banalizam essas dimensões da vida porque sobrevalorizam o macroestrutural, o sistema, onde tudo é função ou efeito das superestruturas socioeconômico-políticas ou epistêmicas, lingüísticas, psíquicas.

Urbano (2002) enfatiza que as principais tendências de transformação educacionais são a desospitalização do processo ensino-aprendizado e um aprendizado baseado em problemas e evidências que desenvolva múltiplas habilidades. Nesse sentido, concordamos com Ito *et al.* (2006), que colocam como grande desafio para o ensino na enfermagem ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde nas dimensões técnicas especializadas, ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais, para que participem como sujeitos intergrais no mundo do trabalho.

Finalizando, podemos citar Sung (2006, p. 157:

percorrer esse caminho e reconhecer a beleza e o mistério da vida, as suas alegrias e as suas dores, os limites e as possibilidades, e encontrar dentro de cada um de nós e no interior das relações de reconhecimento mútuo com outras pessoas a força para continuar lutando para superar as dificuldades e construir um mundo melhor para todos e todas é encantar-se com a vida, é sentir que, apesar de tudo, vale a pena viver e lutar. Comprometer-se com a educação das novas gerações para desencantar o mundo fetichizado das mercadorias e reencantar a vida é um sentido da vida que vale a pena ser assumida.

Esta experiência, apesar das dificuldades, tem acenado com bons resultados, que trouxeram a possibilidade de o aluno experimentar um cuidar que tenha impacto real no viver, fornecendo uma base para continuarmos este processo de constante transformação que sonha com uma educação transformadora, com uma enfermagem mais autônoma, com um profissional mais encantado, com um cuidar que se importe com o ser humano e com um viver mais digno em nossa sociedade.

Referências

- AJZEN Icek, FISHBEIN Martin. *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980.
- ANGELO, M. Enfermagem: um passaporte para a primeira fila. *Rev Esc Enf USP*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 181-6, 1996.
- ASSMANN, Hugo. *Reencantar a educação*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CAMACHO, A. C. L. F, ESPÍRITO SANTO, F. H. Refletindo sobre o cuidar e o ensinar na enfermagem. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Riberão Preto, v. 9, n. 1, p. 13-7, 2001.

DERNTL, Alice M., WATANABE, Helena A W. Promoção da saúde. In: LITVOC, J.; BRITO, F. C. (Org.). *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Ateneu, 2004. p. 37-46.

GADOTTI, Moacir. *Histórias das idéias pedagógicas*. São Paulo: Ática, 2002.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-5, 2006.

LEFEVRE, Fernando, LEFEVRE, Ana Maria C. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

SANTOS Noely Cibeli. *Crenças dos alunos de graduação em enfermagem sobre o cuidar do idoso*. 2006. 176 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANTOS, N. C.; MENEZES, P. Concepções dos alunos de graduação em enfermagem sobre o envelhecimento. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 151-9, 2006.

SUNG Jung Mo. *Educar para reencantar a vida*. Petrópolis: Vozes, 2006.

URBANO, L. A. As reformulações na saúde e o novo perfil do profissional requerido. *Rev Esc Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, n. 10, v. 2, p. 142-5, 2002.

WORD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OPAS, 2005.