

LUIIMA ALBUQUERQUE GURGEL
ELAINE NEVES DE FREITAS
KELLYANE MUNICK RODRIGUES SOARES HOLANDA
Organizadoras

PRODUÇÃO DE SABERES, PRÁTICAS E PESQUISAS EM SAÚDE: OLHARES MULTIFACETADOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Reitor

José Jackson Coelho Sampaio

Vice-Reitor

Hidelbrando dos Santos Soares

Editora da UECE

Erasmus Miessa Ruiz

Conselho Editorial

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

Conselho Consultivo

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

Luilma Albuquerque Gurgel
Elaine Neves de Freitas
Kellyane Munick Rodrigues Soares Holanda
Organizadores

PRODUÇÃO DE SABERES, PRÁTICAS E PESQUISAS EM SAÚDE: OLHARES MULTIFACETADOS

1ª Edição
Fortaleza - CE
2015



**PRODUÇÃO DE SABERES, PRÁTICAS E PESQUISAS EM SAÚDE:
OLHARES MULTIFACETADOS**

© 2015 *Copyright by* Luilma Albuquerque Gurgel, Elaine Neves de Freitas e
Kellyane Munick Rodrigues Soares Holanda

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

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

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio de Sousa Lopes

Revisão de Texto

Vanda de Magalhães Basto

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

P 962 Produção de saberes, práticas e pesquisas em saúde: olhares multifacetados [livro eletrônico] / Luilma Albuquerque Gurgel, Elaine Neves de Freitas, Kellyane Munick Rodrigues Soares Holanda (orgs). – Fortaleza: EdUECE, 2015.

271 p.
ISBN: 978-85-7826-326-3

1. Atenção psicossocial. 2. Saúde da família. 3. Autocuidado. 4. Saúde coletiva. I. Título.

CDD: 150

SUMÁRIO

PREFÁCIO	8
INTRODUÇÃO	11
PARTE 1.....	14
OLHARES DOS PESQUISADORES DIANTE DOS TEMAS INVESTIGADOS: FAMÍLIA, CUIDADO, EMPODERAMENTO E POLÍTICAS E SUAS DI- MENSÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS	
CAPÍTULO 1.....	15
A Família e o Cuidado em Saúde Mental na Perspectiva da Atenção Psicossocial: estudo integrativo	
Tatiana Maria Ribeiro Silva e Maria Salete Bessa Jorge	
CAPÍTULO 2.....	42
A Educação Física e Saúde do Idoso no Contexto da Estratégia Saúde da Família: uma revisão sistemática	
Bráulio Nogueira de Oliveira e Lucia Conde de Oliveira	
CAPÍTULO 3.....	60
O Empoderamento Encontra a Adesão ao Tratamento: escutando a história de vida de paciente com insuficiência renal crônica	
Vanda Márcia Silva Ferreira, Elaine Neves de Freitas e Andrea Ca- prara	

CAPÍTULO 4..... 78

Autocuidado Apoiado como Gerenciamento do Diabetes Mellitus Tipo 2

Elaine Neves de Freitas e Andrea Caprara

CAPÍTULO 5.....103

Políticas Públicas em Cuidados Paliativos

Kellyane Munick Rodrigues Soares Holanda, Luilma Albuquerque Gurgel e Erasmo Miessa Ruiz

CAPÍTULO 6.....124

O Uso do Círculo de Cultura como Ferramenta de Pesquisa em Saúde Coletiva

Camila Marques da Silva Oliveira, Débora Sâmara Guimarães Dantas e Maria Rocineide Ferreira da Silva

CAPÍTULO 7.....146

O Fortalecimento do Trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família a partir da Vivência dos Agentes Comunitários de Saúde em um Curso de Educação Popular em Saúde

Débora Sâmara Guimarães Dantas, Maria Rocineide Ferreira da Silva e Camila Marques da Silva Oliveira

CAPÍTULO 8.....169

Direto à Saúde das Crianças e Adolescentes com Câncer: conhecimento dos profissionais de saúde

Aline Mayra Lopes Silva, Ilvana Lima Verde Gomes, Livia Lopes Custódio e Sarah Vieira Figueiredo

PARTE 2.....	193
AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PES- QUISA QUALITATIVA E DIVERSIDADE TEMÁTICA	
CAPÍTULO 9.....	194
Utilização da Avaliação de Quarta Geração no Contexto da Estratégia Saúde da Família	
Bráulio Nogueira de Oliveira e Lucia Conde de Oliveira	
CAPÍTULO 10	220
Óbito Infantil: perfil materno, da gestação e do parto em um estado do Nordeste brasileiro	
Sônia Samara Fonseca de Moraes e Francisco José Maia Pinto	
CAPÍTULO 11	245
Trajatória de um Usuário da Rede de Atenção Psicossocial: desafios da regulação do acesso	
Maria Raquel Rodrigues Carvalho e Maria Salete Bessa Jorge	
POSFÁCIO	265
Andrea Caprara	
SOBRE OS AUTORES	266

PREFÁCIO

A Universidade é campo aberto na formação sem muros para o ensino, pesquisa e extensão; campo de relações e fortalecimento na PRODUÇÃO DE SABERES, PRÁTICAS E PESQUISAS EM SAÚDE: OLHARES MULTIFACETADOS, título do livro coordenado por Maria Salete Bessa Jorge, Professora Titular, Pesquisadora CNPq, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC/UECE) e pesquisadores que constituem o Curso.

Desse modo, mostra a excelência, no que se refere à formação de mestres que se desenvolvem na pesquisa, com qualificação para construir modos de melhores campos de saúde na prestação dos serviços, abrindo espaço de integração entre a universidade e os campos de prática, a academia e os serviços e seus desdobramentos na integração entre teoria e prática.

O Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva vem formando mestres na área da saúde desde 1994, atendendo a uma demanda do Estado do Ceará e do Norte-Nordeste do Brasil cuja missão, nos dias de hoje, consiste na construção de sujeitos completos que buscam superar as práticas tradicionais e construir novas práticas que incorporem com interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, na integralidade nas redes de atenção a saúde, construindo conhecimentos nas ciências da saúde nas dimensões política, social, em epidemiologia, de planejamento e gestão em saúde.

O livro se constitui de capítulos extraídos das dissertações dos alunos da turma de 2014 e foi organizado em duas partes: **Parte 1– Olhares dos pesquisadores diante dos temas**

investigados: família, cuidado, empoderamento e políticas e suas dimensões teóricas e metodológicas; e Parte 2 – Avaliação em saúde no contexto da pesquisa qualitativa e diversidade temática, apresentando a construção de pesquisas de interesse para a saúde coletiva emergidas das necessidades de saúde dos campos de referência dos alunos e pesquisadores; além de com a integração em grupos de pesquisa de pesquisadores do PPSAC/UECE, em um total de 11 capítulos conformando a coletânea.

Em destaque, o Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE/CNPq), cujas linhas de pesquisas – a) Formação em saúde e avaliação de serviços em saúde mental; b) Micropolítica do processo de trabalho em saúde e cuidado coletivo e suas conexões com a prática clínica em saúde e enfermagem; c) Planejamento, gestão e práticas de saúde coletiva no contexto da saúde mental e atenção primária em saúde; d) Produção do cuidado, tecnologias em saúde e abuso de álcool e outras drogas; e) Tecnologia do cuidado, práticas na saúde da criança e da família e enfermagem, – despertam e constroem estudos que, realmente, vêm ao encontro das lacunas existentes nos serviços e no território da comunidade e famílias.

Nesse intuito, faz-se valer a construção do conhecimento nas dimensões política, social e cultural com ética na pesquisa, termo de tal complexidade que nos remete ao respeito pelo outro em todo o percurso da pesquisa, desde a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, ao seu exercício com os envolvidos na pesquisa. E, ainda, a compreensão da ética no respeito aos vários desenhos, métodos e modos de pesquisa que, nos dias atuais, temos liberdade na abrangência e complementaridade destes, tanto na pesquisa quantitativa como qualitativa.

Atualmente, pontuo aqui o desenvolvimento de pesquisas de avaliação, seja no setor privado ou público, cujas lógicas de serviços são diferentes. No entanto, busca-se a qualidade na saúde e na atenção à saúde o que envolve pesquisas que escutam os outros na qualidade de usuário, trabalhador de saúde e gestor, os quais denunciam lacunas existentes na atenção à saúde não sob uma perspectiva de julgamento e sentenças, mas de pertencer a todos como conhecimento para um melhor agir. Pois, este é o sentido com base na compreensão de que, na produção do cuidado integral na saúde há uma implicação de todos nós, pois cada usuário constitui uma rede de relações com implicação na família, na comunidade, no serviço de saúde e na sociedade, estando assim implicados os trabalhadores de saúde, gestores, familiares, comunidade, enfim, todos que fazem o seu território.

Mediante esta obra, no respeito a nossa cidadania, parabênizo as pesquisas aqui apresentadas e desejo aos leitores que apreciem as pesquisas com pertença de cidadão. Pontuo como foco de atenção aqueles necessitados de atenção à saúde, considerados “assujeitados” na oferta e demanda dos serviços, na qualidade de usuários, trabalhadores de saúde e gestores, mas com esperança e vontade de fazer melhor a saúde no nosso país.

Consuelo Helena Aires de Freitas

Professora Doutora da Universidade Estadual do Ceará

INTRODUÇÃO

O campo de conhecimento da Saúde Coletiva estuda o fenômeno saúde-doença em populações, investiga a produção e a distribuição das doenças na sociedade, analisa as práticas de saúde e procura compreender o modo como a sociedade identifica suas necessidades e seus problemas de saúde. É um campo interdisciplinar de conhecimentos que articula saberes com o objetivo de estudar o processo saúde-doença em sua dimensão coletiva ou populacional.

No Brasil, o primeiro curso de Pós-Graduação na área de Saúde Coletiva foi criado em 1971. Na Universidade Estadual do Ceará (UECE), o Mestrado em Saúde Pública foi aprovado, internamente, em 1993, pela Resolução nº 681/93-CEPE, de 30 de setembro de 1993 e criado pela Resolução nº 103/93-CONSU, de cinco de novembro de 1993. Sua primeira turma foi matriculada no ano seguinte, 1994. O Mestrado foi criado com o objetivo de formar mestres em Saúde Pública capacitados a desenvolver ensino, pesquisa e prestação de serviços no campo de referência, por meio de formação de competência técnica e consciência crítica derivadas de uma compreensão do processo saúde/doença, como integrante do conceito de qualidade de vida, ambos bio-psico-socialmente determinados.

O Doutorado em Saúde Coletiva da UECE foi criado posteriormente. Teve seu projeto aprovado internamente em 2013, pela Resolução nº 3518/13-CEPE, de 30 de abril de 2013, tendo sido criado internamente pela Resolução nº 976/13-CONSU, de seis de maio de 2013. Sua primeira turma foi matriculada em 2014 e, com a sua implantação, nasceu o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC),

composto pelo Doutorado recém-formado e pelo Mestrado em Saúde Pública, que teve seu nome alterado para Mestrado em Saúde Coletiva. O Doutorado em Saúde Coletiva tem como objetivos formar cientistas em saúde coletiva bem como profissionais qualificados para o exercício da pesquisa, ensino e extensão, considerados indissociáveis neste campo; incentivar a pesquisa na área, sob as perspectivas multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar; produzir, divulgar e aplicar conhecimento na área de Saúde Coletiva, considerando as necessidades do sistema de saúde e a realidade social, econômica, cultural e de saúde do Estado do Ceará, em caráter prioritário, mas, também, considerando tais realidades verificadas em diferentes regiões brasileiras e em outros países, bem como fomentar a formulação e a consolidação de métodos de pesquisa, a partir das mudanças na formação profissional para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde e os conhecimentos produzidos nas políticas de saúde, planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde, educação, trabalho e cuidado em saúde.

O Mestrado em Saúde Coletiva, nesses últimos 21 anos, tem formado mestres que hoje atuam em diversos campos, tais como universidades, escolas, na gestão da política do Sistema Único de Saúde (SUS) e no gerenciamento de unidades de saúde. Um dos focos do Mestrado tem sido a qualificação de profissionais que atuam nos serviços e na gestão do SUS, considerando a necessidade de avaliação contínua de suas práticas e a apresentação de produtos dos trabalhos de conclusão de curso que possam ser aplicados na transformação do sistema.

Diante da necessidade de ampla divulgação das pesquisas desenvolvidas no Mestrado em Saúde Coletiva, o PPSAC tem estimulado a publicação de artigos e livros. O presente li-

vro é fruto deste trabalho e contém as pesquisas desenvolvidas (ou dados preliminares) dos discentes da turma de 2014.

As pesquisas aqui apresentadas, na forma de capítulos, possuem em comum um mesmo campo de estudo, a Saúde Coletiva, contudo, apresentam conteúdos distintos que permitiram sua divisão em duas partes. Com este livro, apresentamos ao leitor um recorte das pesquisas desenvolvidas no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

PARTE 1

**OLHARES DOS PESQUISADORES DIANTE
DOS TEMAS INVESTIGADOS: FAMÍLIA,
CUIDADO, EMPODERAMENTO E POLÍTICAS
E SUAS DIMENSÕES TEÓRICAS E
METODOLÓGICAS**

CAPÍTULO 1

A FAMÍLIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTUDO INTEGRATIVO

Tatiana Maria Ribeiro Silva
Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

A família é a primeira instituição social em que o sujeito se insere ao nascer. É por meio dela que se desenvolve a socialização, a afetividade, o bem-estar físico e psíquico de seus membros. Desta forma, pode-se compreender a concepção de família e suas atribuições como: [...] a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos membros que a constituem [...] é neste ambiente que seus membros recebem os apoios afetivos, psicológicos e, sobretudo os materiais necessários ao seu crescimento e desenvolvimento [...] (OLIVEIRA; JORGE, 1999, p. 20-30).

Ao longo da história da humanidade, as atribuições da família, no que se refere ao cuidado com o sujeito com transtorno mental, tiveram vários papéis e significados. Para Rosa (2003), o cuidado com o louco e a loucura na sociedade pré-capitalista era de competência da família. No século XVIII, com o nascimento da psiquiatria, o isolamento, inclusive familiar,

passa a fazer parte do tratamento, justificado como proteção à família contra o processo de loucura, esta relacionada com a desordem moral e a indisciplina. Já a família era vista como propiciadora do adoecimento, reforçando a necessidade do isolamento do sujeito adoecido.

Nesse modelo, o Estado era responsável pelos cuidados e pela assistência à pessoa com transtornos mentais, retirando o contato mínimo entre os familiares e o sujeito em adoecimento. Paralelo a isto, os referenciais teóricos psicanalíticos reforçavam as práticas de segregação e abandono, ao dar à família o status de agente patológico responsável pela esquizofrenia, atribuindo à figura materna o papel de principal culpada pelo adoecimento (ROSA, 2003).

A família passou a ser estigmatizada e, como consequência, um número expressivo de pessoas com adoecimento psíquico foi abandonada, gerando uma população de moradores de instituições psiquiátricas, devido à ruptura dos vínculos familiares (MORENO, 2009).

Somente na década de 1970, a assistência em saúde mental teve seus redirecionamentos, de forma jurídica, por meio do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e com a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DIN-SAM), deflagrada a partir de denúncias de irregularidades nos cuidados com pacientes de transtornos mentais. A necessidade de mudanças no cuidado à pessoa com transtornos mentais foi destaque nas 1ª, 2ª e 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (MELLO, 2005).

Esses movimentos foram capazes de modificar os paradigmas da saúde mental, promovendo reflexões mais humanas nos modelos propostos de assistência cujo objetivo maior era a (des)institucionalização e a reinserção social da pessoa com

transtorno mental. Promoveu-se, assim, um retorno da família ao seu papel de ator social do processo de cor responsabilização do cuidado como elemento transformador da convivência e do resgate da autonomia (MELLO, 2005).

O novo modelo de assistência e cuidado à pessoa com transtorno mental prevê a participação da família no tratamento, por meio das novas legislações, dentre elas, a Portaria nº 224/1992 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes assistenciais em saúde mental e estabelece normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar. Posteriormente, esta portaria foi atualizada pela de nº 336/2002, que definiu os parâmetros para o atendimento ambulatorial, diversificando as modalidades de serviços substitutivos de atenção diária (BRASIL, 2002).

As políticas de saúde mental vigentes vêm, desde a década de 1990, pontuando a construção e o fortalecimento de uma rede de saúde mental nos estados e municípios através da implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Desta forma, a atenção à saúde mental deve ser constituída com a oferta de diversos serviços como: hospitais-dia, leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais, serviços de atenção básica de saúde e da família, além dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2004a).

Os CAPS surgem como instituições que possibilitam reorganizar os serviços de atendimento ao sujeito em adoecimento psíquico grave e persistente, de forma que estes sejam reconhecidos como cidadãos e, como tal, com direito de acesso aos serviços de atendimento nos diversos níveis de atenção e complexidade. Sendo uma proposta inovadora, reconduz a pessoa com transtorno mental à sua condição de sujeito humano e político pertencente ao território e à comunidade, conduzindo

suas ações para a promoção da reabilitação psicossocial deste indivíduo, sem romper os laços sociais entre ele, sua família e a comunidade (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Nessa perspectiva, o território é compreendido como um espaço geográfico, mais ainda, um espaço de trocas, de identidade social e afetiva. Assim, ao discutir o território, fala-se em articular serviços com diversas finalidades para ajudar na construção de espaços existenciais que promovam e incentivem a vida em todos os aspectos do seu cotidiano, rompendo com a estrutura hospitalocêntrica na qual a loucura foi privada de conviver e a família destituída dos espaços de convivência com o seu sujeito em adoecimento (PINHO, 2009). Deste modo, os CAPS são dispositivos estratégicos de atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico intenso e persistente pautados nos princípios do SUS, voltados para a inclusão social e orientados por uma perspectiva de clínica ampliada de base comunitária e territorial (BRASIL, 2004a).

Assim, as novas concepções e práticas de compreensão da saúde mental, embasadas no paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, não admitem mais um olhar fragmentado do sujeito, focado apenas na doença, permitindo uma ampliação das políticas de saúde, a oferta de equipe multidisciplinar que possa compreender e cuidar do sujeito, fortalecendo a sua subjetividade, valorizando o cuidado no seu espaço existencial, permitindo, assim, o pleno exercício da sua cidadania.

Nesse novo modelo de atenção psicossocial, as equipes são constituídas por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros técnicos que trabalham na perspectiva multidisciplinar, orientadas para a descentralização do saber e do poder pela divisão de responsabilidades, de acordo com a peculiaridade de cada profissional

que compõe a equipe, e tendo como objetivo principal perceber o sujeito e sua família de forma singular, compreendendo sua constituição histórica, social e política e capaz de formular propostas e projetos em conjunto com o sujeito e sua família com condutas terapêuticas onde as famílias atuem como parceiros e co-responsáveis pelo cuidado.

Constituído no modelo psicossocial, o CAPS tem, entre seus desafios, a desconstrução do modelo tradicional de atenção psiquiátrica, possibilitando um conjunto de dispositivos e práticas que permitam a construção e a invenção de novas formas de viver e conviver, ultrapassando a compreensão dos diagnósticos e prognósticos da doença mental, ampliando a entendimento da complexidade que envolve o sujeito na sua dimensão psíquica e nas suas relações sociais, afetivas e culturais. Suas práticas consideram a família como fundamental no processo de reinserção das pessoas com transtorno na comunidade e no próprio meio familiar (BRASIL, 2004b).

Assim, o CAPS deve se configurar com atividades de atenção à família, como o acolhimento individual, a visita domiciliar, o atendimento individual e grupal aos familiares, promovendo e fortalecendo as práticas de parceria e interação entre as equipes e os familiares.

Para Rosa (2003), a mobilização da família para lidar com a loucura no território enriquece o potencial de trocas entre o serviço, usuário e sua rede social, exigindo compromisso e responsabilidade para a construção de um cuidado coletivo dos atores, além de fortalecer o vínculo entre eles.

Como lembram Simionato e Oliveira (2003), a definição do que é uma família pode ser subjetiva, na dependência de quem a faz e do lugar social, político e familiar em que se encontra. Diversas definições foram e podem ser formuladas,

mas o ponto comum entre elas é que a união dos integrantes de uma família, com laços consanguíneos ou não, ocorre a partir da intimidade e, idealmente, do estabelecimento do respeito mútuo, da amizade, da troca e do enriquecimento conjunto.

Vários estudos têm se preocupado em avaliar a sobrecarga da família nos cuidados à pessoa com transtorno mental, observando que, muitas vezes, esta sobrecarga provoca intolerâncias e rejeições para com o sujeito em sofrimento psíquico (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; GONÇALVES; SENA, 2001; SOUZA-FILHO *et al.*, 2010). A pesquisa realizada por Randemark, Jorge e Queiroz (2004) observou que a família do portador de esquizofrenia tende a se isolar ou isolar o seu membro adoecido, expressa o medo de também adoecer e manifesta o desejo de sua internação, por se sentir incapaz de lidar com os conflitos gerados pelo cuidado.

MÉTODOS

Este estudo se caracteriza por ser um estudo integrativo da literatura baseado em reflexões acerca do cuidado em saúde mental e das perspectivas da família, no período de 2008-2013, através do levantamento nas principais bases de dados do campo da saúde, tendo como principal eixo orientador o quantitativo de autores, de instituições e de textos bibliográficos produzidos sobre o tema “Família e o cuidado em saúde mental”, no recorte temporal da pesquisa.

A base de dados escolhida, devido à sua relevância no meio acadêmico, foi a Livraria Científica On-Line (SCIELO) que é parte do Projeto de Pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação

em Ciências da Saúde (BIREME), contando com o apoio, a partir de 2002, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e que constitui uma biblioteca eletrônica que proporciona um amplo acesso a periódicos e artigos científicos.

Para a organização do material, foi elaborada uma matriz de análise onde foram reunidas as seguintes categorias: base de dados, descritores, autor, ano de publicação, nome do periódico, objetivo do estudo e eixos temáticos. Esta foi uma etapa inicial na composição da análise dos dados, em sua totalidade, o momento descritivo do processo, conforme sistematizado no Quadro 1.

Quadro 1 – Esquema de levantamento da produção nas bases de dados.

Base de Dados	Descritores	Autor	Ano de publicação	Nome do periódico	Objetivo do estudo	Eixos temáticos

Fonte: Elaboração própria

A ordenação dos dados teve por objetivo mapear horizontalmente os textos levantados nas bases de dados, organizando-os em diferentes conjuntos (temas, palavras, frases, parágrafos). Os dados foram sistematizados tomando como ponto de partida o objeto de estudo e o recorte temático de cada artigo.

A base de dados SCIELO foi escolhida, por apresentar os artigos na íntegra, facilitando o acesso às informações. Foram encontrados 404 artigos que tratavam de familiares de portadores de transtorno mental, no recorte temporal do estudo (2008 – 2013), no entanto, delimitou-se o descritor “cuidado”, o que resultou em 20 artigos para proceder a uma análise do conteúdo, envolvendo o sentido e o significado da produção

evidenciada na referida base. Considera-se que os artigos escolhidos retratam o pensamento dos autores em sua totalidade, ainda que de forma parcial.

Os critérios para exclusão foram: artigos escritos em outras línguas; artigos cuja temática fosse o cuidado a familiares de usuários de álcool e outras drogas; idosos e crianças.

Em relação à análise, escolheu-se a abordagem qualitativa para aprofundar os significados e sentidos que conformam a produção relacionada ao tema de pesquisa, entrecruzando as diferentes produções em forma de artigo científico na base de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No conjunto dos 20 artigos analisados, observa-se que: (a) A maior parte da produção (15 artigos) foi publicada no período de 2009 e 2010; (b) Nove artigos têm foco na experiência dos familiares no cuidado em saúde mental e todos são específicos da realidade brasileira; (c) A assistência dispensada à família da pessoa com transtorno mental foi o foco, em 08 artigos; (d) Os métodos dos estudos tanto utilizam a abordagem quantitativa quanto a qualitativa; e (e) No Brasil, predomina como local de publicação a região sul do país. Neste quadro, chama a atenção o fato de Portugal ser o foco central em apenas um artigo, apesar da busca ter sido feita na língua portuguesa. Observa-se, ainda, que, em relação aos familiares cuidadores, as mães são maioria, apresentando maior índice de sobrecarga objetiva e subjetiva.

Os artigos analisados referem que a sobrecarga dos familiares é intensa, causando, muitas vezes, dificuldades financeiras, alteração da vida cotidiana, prejuízo social e, em alguns casos, adoecimento.

Para Cardoso, Galera e Vieira (2012), a sobrecarga objetiva foi predominantemente maior entre os cuidadores, no que se refere aos processos de cuidado. As atividades do cotidiano de cuidado, tais como preparo dos alimentos, administração das medicações e do dinheiro, além da supervisão de comportamentos devido ao adoecimento foram as responsáveis por maior sobrecarga aos cuidadores. Com relação à sobrecarga subjetiva, a preocupação para que seus entes adoecidos ocupassem seu tempo e a supervisão dos comportamentos de risco foi as mais observadas.

A sobrecarga de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental tem sido amplamente estudada, uma vez que tem causado impacto em todos os aspectos da dinâmica familiar, sendo facilmente observada nos espaços de atenção a usuários, necessitando da inserção da família na acolhida, integração e cuidado, nos espaços cotidianos de promoção de saúde mental.

Em todos os artigos analisados, a sobrecarga de familiares cuidadores foi abordada como um aspecto negativo decorrente do cuidado seja de ordem objetiva ou negativa. Os autores abordam o tema de modo que o leitor reflita sobre a necessidade de políticas de atenção e cuidado que envolva as famílias.

Para Cardoso *et al.* (2012), existe uma sobrecarga considerável entre os cuidadores de pessoas com transtorno mental que evidencia a importância de uma relação colaborativa entre os serviços de saúde mental, usuários, cuidadores e familiares, para uma melhor manutenção dos tratamentos psiquiátricos.

O artigo intitulado: O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica (**CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012**), realizado a partir de um estudo exploratório, descritivo e prospectivo com familiares cuidadores de pacientes egressos de internação psiquiátrica,

avaliou, através da escala FBIS-BR, as cinco dimensões de sobrecarga: os gastos financeiros do familiar com o usuário; o impacto na rotina diária da família; as preocupações do familiar com o usuário; a assistência cotidiana do usuário; e a supervisão aos comportamentos problemáticos do usuário.

O estudo de **Cardoso, Galera e Vieira** (2012) indicam que a sobrecarga objetiva é maior que a subjetiva e que, entre os critérios observados na sobrecarga objetiva dos familiares cuidadores, a administração do dinheiro, a supervisão dos comportamentos problemáticos, além das atividades de preparo da alimentação e administração dos medicamentos foram as que mais contribuíram para a sobrecarga.

No que se referem à sobrecarga subjetiva dos cuidadores familiares, Cardoso, Galera e Vieira (2012) relata que há um grau de incômodo na assistência cotidiana bem como a preocupação com o comportamento de risco do familiar, especialmente com as tentativas de suicídio, seguindo as preocupações com o futuro do usuário e a integridade. Dos itens que menos causam sobrecarga subjetiva nos familiares cuidadores, destacam-se a preocupação com as condições de moradia e a qualidade do tratamento do usuário.

Para Quadros *et al.* (2012), que pesquisou 936 familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental, a sobrecarga objetiva relacionada à ausência de pessoas para dividir os cuidados cotidianos com o familiar bem como a sobrecarga subjetiva relacionada aos sentimentos de ansiedade, estão relacionadas à prevalência de transtornos mentais menores em cuidadores. De acordo com o estudo, entre os familiares que referiram sobrecarga, 50% apresentam algum transtorno mental leve, quando comparados aos familiares que não relataram sobrecarga.

O artigo de Pinho (2009) relata que o adoecimento limita, causa ansiedade, prejudica o desenvolvimento das atividades cotidianas, além de alterar as relações entre os membros da família. Para este autor, o adoecimento altera a forma de viver coletivamente, gerando um impacto psicossocial na família; entretanto, pode se tornar uma possibilidade de uma nova consolidação dos vínculos afetivos entre os familiares.

Nesse sentido, Barros, Jorge e Vasconcelos (2013) propõem que a situação de adversidade gerada pelo adoecimento pode ajudar na descoberta de potencialidades dentro do grupo familiar. O que gera estresse e altera o modo de vida da família pode fortalecer os laços de amizade, respeito e solidariedade entre os membros.

Entretanto, Pinho (2009) continua sua análise reconhecendo que as responsabilidades pelo cuidado criam uma demanda que ultrapassa as relações subjetivas, alterando a percepção do cuidador sobre sua conduta, seus hábitos e sua rotina doméstica e financeira. Para algumas pessoas, esta readaptação produz uma sobrecarga, devido ao esforço e esgotamento, causando problemas orgânicos e psicológicos tais como: problemas gastrintestinais, privação do sono e esgotamento emocional.

Para Souza-Filho *et al.* (2010), que avaliou a sobrecarga em familiares de pacientes esquizofrênicos, utilizando a escala FPID-BR, os gastos com transporte, alimentação, objetos pessoais e telefone foram mais relatados pelos cuidadores do que os gastos com o pagamento de profissionais para cuidar do familiar adoecido.

As tarefas de assistência à vida cotidiana tais como: administração de medicação; cuidados com as tarefas da casa e das compras; preparo dos alimentos e acompanhamentos às consultas médicas periódicas foram os itens mais observados para a contribuição da sobrecarga objetiva.

No que se refere à sobrecarga subjetiva, para Souza-Filho *et al.* (2010), a preocupação com a assistência à vida cotidiana do familiar adoecido representa maior impacto na vida do cuidador. As mudanças decorrentes da necessidade de adaptação dos cuidadores com seu familiar adoecido causaram impacto nas atividades sociais e de lazer, bem como nas suas rotinas diárias. Os cuidadores apresentaram uma série de dificuldades físicas, sociais e emocionais diante do adoecimento do seu ente.

O estudo de Moreno (2010) aponta que os enfermeiros que atuam na saúde mental relatam que as famílias se sentem desgastadas devido às várias internações psiquiátricas de pessoas com transtorno mental e que, aquelas que são inseridas no contexto interdisciplinar dos CAPS, se sentem favorecidas no processo terapêutico do familiar, diminuindo as dificuldades de convivência e a sobrecarga. Este artigo intitulado “Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental” enfatiza a importância dos enfermeiros buscarem atualizações quanto às novas propostas de atuação junto às famílias. Para a autora, abordar o tema ainda na graduação, promover a revisão das produções científicas é uma forma de implicar os enfermeiros na busca de informações que ampliem o diálogo constante, possibilitando novas formas de cuidar da família enquanto um sujeito com sua intencionalidade própria e assegurando o que está pautado no novo modelo psicossocial de atenção à saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica.

O estudo de Borba *et al.* (2011) aponta que o diagnóstico de transtorno mental gera sentimentos de culpa, negação, de perda, nas famílias, causando dificuldades para lidar com os problemas decorrentes do adoecimento. Para muitos cuidadores, entre os itens responsáveis por maior sobrecarga objetiva e subjetiva nos cuidadores são: a não remissão dos sintomas e o comportamento alterado do familiar adoecido.

O adoecimento é vivenciado de forma singular entre as famílias, mas, de um modo geral, é percebido como um colapso do esforço, o atestado da incapacidade de cuidar adequadamente de seu ente querido, o fracasso de um projeto de vida. A elaboração da realidade do adoecimento perpassa pelo luto das expectativas em relação ao futuro e a conscientização de uma nova realidade que, muitas vezes, esbarra no limite e nos preconceitos (BORBA *et al.*, 2011).

O artigo de Sant'Ana *et al.* (2011) enfatiza que a falta de informação agrava a condição de fragilidade dos cuidadores, gerando sobrecarga emocional tão intensa que, em muitos casos, leva ao adoecimento do cuidador. Para a autora, identificar junto às famílias novas possibilidades de intervenção e ajuda diminui os conflitos gerados a partir da sobrecarga. Possibilitar informação é também ampliar o olhar do cuidador sobre a doença e a sua concepção em relação ao seu familiar. Assim, é possível ressignificar as relações familiares e as dificuldades.

Um tema difícil levantado pelos cuidadores que acarreta em sobrecarga é a preocupação diante de uma crise que, muitas vezes, precipita uma internação psiquiátrica. Para os cuidadores, embora reconheçam a internação como a saída para uma situação fora do controle, isto gera ansiedade e, em alguns casos, até uma desorganização na estrutura familiar.

O estudo de Camatta e Schneider (2009) aponta para a necessidade de que as equipes dos serviços de saúde mental, em especial dos CAPS, insira a família nos seus espaços cotidianos, desde a acolhida, integração até o cuidado. Para este autor, mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial de reabilitação, a família deve ter seu espaço de acolhida, atenção e cuidado, na busca de diminuir a sobrecarga, através do desenvolvimento de estratégias, como a participação em grupos de autoajuda, mediação de conflitos e grupos de famílias.

Para Barros, Jorge e Vasconcelos (2013), o cuidado e a preocupação constante na supervisão de comportamentos problemáticos do familiar com transtorno mental são responsáveis pela sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador. Este estudo, realizado por meio da narrativa dos cuidadores, identificou as complexidades inerentes ao papel exercido por eles causando sobrecargas objetivas e subjetivas decorrentes, principalmente, da vigilância e supervisão dos comportamentos problemáticos, destacando-se: o discurso logorreico e delirante, o uso abusivo de café e cigarro, a prática da masturbação, a provocação de pessoas da comunidade e o acúmulo de lixo. Para os cuidadores, lidar rotineiramente com tais comportamentos é exaustivo, causando sentimentos de vergonha, medo e impotência e contribuindo para a sobrecarga subjetiva.

A rotina de sobrecarga acarreta prejuízos importantes nas dimensões pessoal, familiar, comunitária e social dos cuidadores de pessoas com transtorno mental, que passam a vivenciar situações de vida extremamente reduzidas e empobrecidas (BARROS; JORGE; VASCONCELOS, 2013). O estudo observou, ainda, que as famílias apresentam sofrimento mental diante da rotina de supervisão dos comportamentos problemáticos de pessoas com transtorno mental e alguns familiares chegam a apresentar diversas formas de somatização.

Ainda para Barros, Jorge e Vasconcelos (2013), os serviços substitutivos precisam ter conhecimento sobre as singularidades das famílias e da sua dinâmica para, efetivamente, serem capazes de construir projetos terapêuticos singulares que possam contribuir efetivamente para o cuidado de pessoas com transtorno mental e sua família, aliviando a sobrecarga destes e promovendo melhorias na qualidade de vida.

De acordo com Dimenstein (2010), o acúmulo de funções torna o cuidado ao sujeito com adoecimento mental o maior responsável pela sobrecarga entre os cuidadores. O novo modelo de atenção de pessoas com transtorno mental convida as famílias a participarem ativamente dos projetos terapêuticos, o que inclui uma série de atividades que, em muitos casos, aumenta a sobrecarga dos cuidadores, reforçando, assim, a necessidade de acolhimento e cuidado para os cuidadores.

A pesquisa de Dimenstein (2010) sobre a estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental, chama a atenção para aquelas equipes de saúde mental que se mostram disponíveis para acolher e dar suporte as famílias e que conseguem, efetivamente, atuar na perspectiva da corresponsabilização pelo cuidado, amparando e encorajando as famílias a participarem de um processo do qual, historicamente, foram excluídas. Cabe ressaltar que este não é um processo fácil para as famílias, pois impõe novas formas de olhar e dar significado à existência social, relacional e comunitária de pessoas com transtorno mental.

Para Cavalheri (2010), que buscou compreender as transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família, a sobrecarga subjetiva em cuidadores foi analisada a partir de três categorias que retratam: o sentimento do cuidador de se destituir de si mesmo, para viver em função do familiar adoecido; a complexidade dos afetos ambivalentes; além da carência de ajuda do cuidador com relação aos serviços de saúde.

Para os familiares, o adoecimento mental é um fenômeno pouco compreendido e aceito, em alguns casos, ainda temido. A convivência diária, em alguns casos, é fonte de angústia, solidão e desamparo o que exige das equipes de saúde mental

um olhar mais atento aos familiares, despertando o potencial criativo de cada um.

No seu artigo, Waidman *et al* (2009) destaca, também, o preconceito e a discriminação sofridos pela família, chamando a atenção que as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica ainda são grandes desafios a serem superados em busca de atenção e cuidado mais dignos às pessoas com transtorno mental e sua família.

Em todos os artigos, foi, portanto, unânime a compreensão de que as transformações no modo de perceber, cuidar e dar atenção à pessoa com transtorno mental devolveram à família o direito de ter seu familiar consigo. Esta nova forma de cuidar traz, também, novas possibilidades de compreender, significar e conviver com o adoecimento mental. Entretanto, é facilmente perceptível que esta responsabilidade recai em apenas um membro da família, na grande maioria, a mãe. É inegável, ainda, que, diante de tantas adaptações, readaptações e responsabilidades, a sobrecarga atinge a maioria e em alguns se converte em somatizações e adoecimento físico e psíquico.

Experiências dos Familiares no Cuidado em Saúde Mental

As práticas assistenciais pautadas no modelo psicossocial de cuidado a pessoas com transtorno mental são ancoradas na construção do conhecimento por meio da intervenção e transformação da realidade e na construção da relação dos sujeitos através da compreensão da existência do sofrimento, colocando o sujeito no centro das ações de cuidado, destituindo as velhas práticas assistenciais cujo foco era a doença e a exclusão social das pessoas com transtorno mental.

Cavalheri (2010) e Moreno (2009) corroboram a ideia de que os CAPS são dispositivos da rede de saúde mental que contribuem, efetivamente, para o cuidado e assistência aos familiares de pessoas com transtorno mental, de acordo com o modelo proposto a partir da Reforma Psiquiátrica, sendo responsáveis pelo acolhimento dos usuários, pelas ações de cuidado e atenção à saúde, incluindo as ações de base territorial e comunitária.

Para os autores, o cuidado ofertado pelos serviços substitutivos junto às famílias de pessoas com transtorno mental tem um papel relevante, constituindo um espaço de convivência e trocas. Há, neste sentido, a percepção de que as famílias, quando inseridas no contexto interdisciplinar, são capazes de favorecer uma melhora significativa na qualidade de vida do seu familiar bem como a melhoria das relações nos diversos cenários: familiar, comunitário e social.

Para Barros, Jorge e Vasconcelos (2013), o novo modelo de cuidado e assistência em saúde mental contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental e sua família, principalmente no que se refere à diminuição das internações psiquiátricas. Neste sentido, as autoras chamam a atenção para a importância das visitas domiciliares como estratégias de cuidado à pessoa e como forma de compreender o seu contexto familiar. Em seu estudo, observaram, também, que, embora as novas políticas de saúde mental tenham buscado a humanização do cuidado e promovido a melhoria das relações dos serviços com os usuários e seus familiares, faltam ações que estimulem as famílias a participarem efetivamente do projeto terapêutico, além de ações específicas de cuidado a elas direcionadas.

Para Camatta e Schneider (2009), a baixa participação da família nos cuidados e assistência à pessoa com transtorno mental nos serviços substitutivos se deve à falta de compreensão das políticas públicas de saúde mental, ao sucateamento dos serviços existentes, além da pouca divulgação na sociedade. Neste sentido, Cardoso *et al.* (2012) complementa dizendo que a articulação entre os serviços de saúde mental, a família e a comunidade ainda está em desenvolvimento e apresenta várias fragilidades seja pela falta de recursos financeiros, pela falta de qualidade do serviço prestado ou pela carência de qualificação técnica.

Os artigos analisados relatam que os familiares reconhecem a melhoria do atendimento ofertado pelos serviços substitutivos em detrimento do modelo asilar de cuidado à pessoa com transtorno mental. Entretanto, em todos os artigos, foi possível observar que falta ainda uma articulação efetiva entre os diversos setores que compõem a rede de atenção psicossocial.

Os artigos apontam para atividades de inserção nos quais a família é percebida como colaborador do cuidado à pessoa com transtorno mental e não como sujeitos do processo e que também apresentam demandas de cuidado.

A Assistência Dispensada à Família da Pessoa com Transtorno Mental

O processo da Reforma Psiquiátrica impulsionou práticas inovadoras de assistência ao portador de transtorno mental, incluiu a família nas estratégias de ações, potencializando o seu papel nos cuidados e apoio, de forma singular, respeitando o contexto de cada família, sua história de vida e potencialidade.

A compreensão de que a família e a comunidade constituem espaços subjetivos de vínculo e proteção social surgiu a partir da III Conferência de Saúde Mental, em cujo relatório final foi registrada a necessidade de se construir serviços alternativos ao modelo asilar de lidar com o adoecimento mental.

Desse modo, o século XX representa um marco histórico, político e social na forma de cuidar dos portadores de transtorno mental. A proposta da desinstitucionalização devolveu à família o status de protagonista do cuidado e, à comunidade, a corresponsabilização pelo suporte institucional.

A política de saúde mental brasileira atual segue pautada no modelo psicossocial de cuidado ao portador de transtorno mental. A partir de 1990, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cujo diferencial é ter seu trabalho inserido na comunidade, além de possuir equipes multiprofissionais para atender os usuários e seus familiares. O foco já não é mais a doença, mas a promoção da saúde e a qualidade de vida.

Os artigos analisados se referem aos CAPS como equipamentos responsáveis pela articulação da rede de saúde mental. No geral, todos os artigos relatam a preocupação dos profissionais de saúde mental quanto às responsabilidades delegadas à família no contexto de atendimento psicossocial. É importante salientar este item, para iniciar as observações acerca de cada artigo.

No artigo “O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família”, Camatta e Schneider (2009) pontuaram que o projeto terapêutico deve considerar as habilidades e as potencialidades dos usuários e familiares. Para o autor, é importante que o projeto terapêutico seja construído na relação usuário, familiares e profissionais de referência para potencializar o protagonismo dos envolvidos. A

compreensão que as ações da equipe do CAPS transcendem o espaço físico do serviço, organizando e mobilizando os diversos espaços da comunidade também foi um item observado pelo autor e que chama a atenção por ser consenso nos demais artigos.

De acordo com Cavalheri (2010), os serviços substitutivos contribuem significativamente para a mudança de paradigma além da diminuição do estigma e preconceito em torno do transtorno mental. Entretanto, há ainda a necessidade dos profissionais desenvolverem um olhar atento aos familiares, identificando o potencial criativo das famílias e desenvolvendo estratégias para cuidar de quem cuida. É importante frisar que estas questões perpassam pela estrutura dos serviços, pelos processos de trabalho e pela formação dos profissionais.

Para Waidman *et al.* (2009), os serviços substitutivos ainda são insuficientes para atender a demanda, acarretando descrença na sua resolubilidade e levando a família a desistir do atendimento. O autor enfatiza, também, a descrença com relação ao atendimento da família na Atenção Básica que, embora tenha como característica o domicílio como espaço terapêutico, não alcançou ainda uma estratégia adequada para atender às famílias de portadores de transtorno mental.

O estudo de Dimenstein (2010), por sua vez, chama a atenção para questões importantes com relação à organização das práticas profissionais nos serviços substitutivos, no que se refere à inserção social da família. A informação clara sobre as políticas de saúde mental e a realidade dos serviços locais, além de aumentar a autonomia e a integração social, permite a conscientização e incentiva a participação da família, alcançando a corresponsabilização do cuidado.

Sant'Ana *et al.* (2011), em seu artigo, complementa o acima citado dizendo que, quando a família se sente esclarecida e convidada a participar das decisões e ações de saúde, de forma consciente e reflexiva, passa a desenvolver estratégias de enfrentamento mais autônomas.

De acordo com Borba *et al.* (2011), as equipes de saúde mental relatam que ainda existe uma dificuldade em mobilizar a família para participar efetivamente do cuidado ao portador de transtorno mental e que é imprescindível a ampliação da rede comunitária de saúde mental e de programas de reabilitação capazes de dar suporte às famílias, acolhendo suas dificuldades, escutando suas angústias e promovendo um espaço de reflexão e cuidado.

A importância das associações de familiares e das cooperativas de geração de emprego e renda foi citada, nos artigos de Borba *et al.* (2012) e Filizola *et al.* (2011), que as vêem como iniciativas que, além de promover a reinserção social, cultural e financeira de usuários e familiares, contribui para o fortalecimento dos vínculos e promovem a descoberta de novas habilidades na busca da sua autonomia.

Ainda no que se refere à participação da família nas cooperativas de economia solidária, Filizola *et al.* (2011) relata a disponibilidade delas de participarem do processo, mesmo que isto represente um aumento na sobrecarga do cuidador. Para eles, o trabalho contribui como fator de emancipação social e do sentido dado à reabilitação psicossocial como um exercício pleno de cidadania.

Para Silva e Monteiro (2011), a clínica ampliada atua na perspectiva da transformação da qualidade de vida do portador de transtorno mental e sua família. As estratégias de promoção de saúde mental estão pautadas na lógica da humanização, da

ética e da cidadania, sendo um caminho possível a ser trilhado na rede de atenção à saúde mental.

Em todos os artigos pesquisados, os autores reconhecem os serviços substitutivos de saúde mental, em especial os CAPS, como equipamentos de base territorial e comunitária capazes de romper com o preconceito acerca do transtorno mental, porém, que ainda apresentam ineficiência quanto à sua capacidade de absorção da demanda, na sua estruturação, além da fragilidade das equipes em atuar de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, no que se refere à inclusão efetiva da família na atenção e no cuidado. Para muitas equipes, a família ainda é percebida como uma aliada quanto aos cuidados com o portador de transtorno mental e todas as ações ainda permanecem voltadas apenas para o cuidado com ele. Entretanto, a família deve ser percebida como parte constituinte dos processos de cuidado, de acordo com as políticas de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES

A análise da produção científica sobre família e o cuidado em saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial permitiu uma reflexão acerca das transformações nas formas de cuidar das pessoas com transtorno mental e sua família, a partir da Reforma Psiquiátrica.

De um modo geral, os vinte artigos analisados convergem para a ideia de que os serviços substitutivos ultrapassam o modelo hospitalocêntrico e representam um avanço político, social e ético no cuidado à pessoa com transtorno mental. Além disto, os autores dialogam na perspectiva da inclusão da família no cuidado e assistência bem como da importância de

serem percebidas como sujeitos do processo no sentido de também serem cuidadas.

As transformações no modo de perceber e lidar com o transtorno mental fazem parte de um processo dinâmico que exige reflexão constante por parte de gestores, equipes de trabalhadores e comunidade. Diante disto, os artigos propõem a busca constante da melhoria dos serviços ofertados, de modo que possam trabalhar sempre contextualizados com a realidade que se apresenta às pessoas envolvidas.

REFERÊNCIAS

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jor. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, jan./mar. 2005.

BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F. Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial. **Physis [online]**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 821-841, set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000300009>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

BORBA, L.O. *et al* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc. Enferm.USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

BORBA, L. O. *et al* . Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1406-1414, dec. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM n. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de Saúde Mental em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 477-484, jul./set. 2009.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 393-400, jun. 2009. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a19v43n2.pdf>.

CARDOSO, L. *et al*. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 513-517, 2012.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 4, p. 517-523, 2012.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas do modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 141-168.

DIMENSTEIN, M. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis [online]**, v. 20, 2010.

FILIZOLA, C. L. A. *et al.* Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 418-425, 2011.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, abr. 2001.

MELLO, R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. **Rev. Enferm UERJ**, v. 13, n. 3, p. 390-395, set-dez 2005.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 3, 2009.

MORENO, V. Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 603-607, jul./ago. 2010. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/16.pdf>.

OLIVEIRA, M. M. B.; JORGE, M. S. B. Doente mental e sua relação com a família. In: LABATE, R. C. (Org.). **Caminhando para a assistência integral**: Anais do V Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental; IV Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 379-388.

PINHO, L. B. **Análise crítico-discursivo da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica**. 2009. 344f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2009.

PINHO, L. B. Serviços substitutivos de Saúde Mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Rev. Eletr de Enfermagem** [Online], v. 14, n. 1, p. 25-32, jan./mar. 2012.

QUADROS, L. C. M. *et al* . Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 95-103, jan. 2012.

RANDEMARK, N. F. R.; JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V. O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 4, p. 543-50, 2004.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 112-129.

SANT'ANA, M. M. *et al* . O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 50-58, mar. 2011.

DA SILVA, K. V. L. G.; MONTEIRO, A. R. M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1237-1242, 2011.

SIMIONATO, M.; OLIVEIRA, R. G. Funções e transformações da família ao longo da história. **Physis: Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2011.

SIMIONATO, M. A. W.; OLIVEIRA, R. G. **Funções e transformações da família ao longo da história**. I Encontro Paranaense de Psicologia... Maringá, 2003.

SOUZA-FILHO, M. D. *et al.* Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, 2010, p. 639-647.

WAIDMAN, M. A. P. *et al.* Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa. **Cienc Cuid Saúde**, v. 8, supl., p. 97-103, 2009.

CAPÍTULO 2

A EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE DO IDOSO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Bráulio Nogueira de Oliveira
Lucia Conde de Oliveira

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, ocorreram modificações significativas nas condições socioeconômicas e de saúde da população mundial e, conseqüentemente, na estrutura demográfica, acarretando um crescimento expressivo da população idosa (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

O crescimento acelerado da população idosa traz uma série de questões cruciais para a sociedade. Além dos problemas próprios do fenômeno epidemiológico, também é preciso levar em conta a conjuntura nacional de acentuada desigualdade social, de pobreza e de fragilidade de instituições de apoio (UCHÔA, 2003).

O envelhecimento populacional poderá ser um problema, caso não sejam criados e executados programas e políticas que promovam o envelhecimento digno e sustentável (LEBRÃO; DUARTE, 2003). É preciso ressaltar o envelhecimento, a fase idosa como um fenômeno natural que não requer um

“enfrentamento”, mas sim medidas que permitam qualidade de vida para a pessoa idosa. Neste sentido, o Brasil possui várias políticas voltadas para a atenção ao idoso.

A Política Nacional do Idoso pressupõe várias oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental bem como para o aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social do geronte (BRASIL, 1994). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por sua vez, traz o envelhecimento ativo e saudável como uma das principais diretrizes, reconhecendo-o como um processo natural e social (BRASIL, 2006a). Já o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) preconiza, entre outros, o direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos e serviços que respeitem as questões pertinentes à idade.

Nesse cenário, ressalta-se a importância de diversas categorias profissionais e de diversos setores (saúde, educação, assistência social, segurança pública etc.) no sentido de contemplar estas demandas. Torna-se pertinente para o presente estudo a categoria Educação Física e o setor saúde e, assim, destacamos o Pacto pela Saúde, especificamente em sua vertente Pacto pela Vida, que posiciona a Saúde do Idoso como uma das prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b).

O profissional de Educação Física está inserido no SUS, principalmente na Atenção Primária à Saúde que, no Brasil, adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma de reorganização da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 1997). Assim, a categoria está inserida no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da ESF (BRASIL, 2008).

Considerando a tríade SUS, Educação Física e Saúde do Idoso, destacamos algumas diretrizes do Pacto pela Vida que podem contar com a contribuição direta dos profissionais, sendo elas: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais visando à integralidade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b).

É sabido que há uma carência de estudos no que concerne à Educação Física na Saúde Coletiva (COSTA *et al.*, 2012), todavia, se faz necessária a busca das publicações na área no sentido de identificar as potencialidades e lacunas existentes. Assim, o presente estudo objetiva realizar uma revisão sistemática da literatura nacional a respeito de Educação Física e Saúde do Idoso no contexto da ESF.

METODOLOGIA

Para a construção deste estudo, realizamos uma revisão sistemática em que seguimos as recomendações da Colaboração Cochrane, ao propor sete passos: (i) formulação da pergunta; (ii) localização dos estudos; (iii) avaliação crítica dos estudos; (iv) coleta de dados; (v) análise e apresentação dos dados; (vi) interpretação dos dados; e (vii) aprimoramento e atualização da revisão (CLARKE; OXMAN, 2000).

Tivemos como pergunta do estudo: *O que dizem os artigos de periódicos no que se refere à relação entre a Educação Física e a Saúde do Idoso, no contexto da ESF?*

A busca de artigos foi realizada em todas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, tendo como critérios de inclusão que fossem publicados em português e no período de 2008 a 2013, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) “Saúde do Idoso” e “Educação Física e Treinamento”. No entanto, obtivemos apenas oito artigos com estes critérios, que culminou na mudança do descritor “Educação Física e Treinamento” para o termo “Educação Física” e, deste modo, obtivemos 29 artigos.

Além dos critérios supracitados, com base na avaliação crítica dos estudos, adotamos os seguintes critérios de aproveitamento: (i) Disponível na íntegra gratuitamente; e (ii) que tragam alguma relação com a ESF. Deste modo, resultaram 20 artigos. Além disto, foram inseridos alguns estudos clássicos na área e, então, os dados foram interpretados e aprimorados.

Os artigos encontrados discutem, principalmente, a categoria Educação Física na saúde do idoso, o perfil dos idosos, programas e projetos de atividade física para idosos ou tendo o idoso como público prevalente, sendo os resultados sistematizados a partir dessas temáticas identificadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Educação Física na Saúde do Idoso

Gerez *et al.* (2010) refletem acerca de novas possibilidades para o trabalho da Educação Física no que concerne ao envelhecimento. Segundo eles, alguns paradigmas historica-

mente construídos, como alguns preconceitos e estereótipos, possuem forte relação com os interesses do capital, tendo incorporação em sua prática de discursos como “a boa forma” e a aparência de jovem enquanto determinante (mesmo que de forma ingênua), que acaba gerando uma necessidade “adoecedora” para os idosos, a partir de uma não aceitação do processo de envelhecimento. Em sua tese, Fraga (2005) descreve o que denomina de nova “ordem físico-sanitária” no mercado da vida ativa, em que se pregam os benefícios fisiológicos com base no gasto energético e na medicalização da atividade física bem como a patologização do sedentário. Estes autores ressaltam os aspectos negativos do utilitarismo das práticas corporais em detrimento da busca por uma significação.

Nesse contexto, Gerez *et al.* (2010) sugerem uma postura profissional direcionada à prática pedagógica consciente e entrelaçada em relações humanas e libertárias, tendo um compromisso político com a emancipação dos idosos. Esta postura profissional, alicerçada não somente em ganhos físicos, elucida um resgate histórico da cultura corporal inerente ao idoso, de modo a viabilizar uma prática pedagógica contextualizada com as experiências vividas por ele, de tal modo que venha a facilitar a autonomia emancipatória e a funcional. É sabido que não se trata de uma tarefa fácil, sendo a pedagogia freireana uma relevante ferramenta neste sentido.

Seguindo a mesma lógica de Gerez *et al.* (2010), Correia, Miranda e Veleradi (2011), destacam a pedagogia freireana como sendo de grande relevância nas práticas de Educação Física para idosos. Vale ressaltar que este método fundamenta a Educação Popular em Saúde que busca uma proposta dialogada de transformação social. Assim, defendemos o método como forma de mudança dos gestos padronizados (aulas

“pré-prontas”) para movimentos significativos (coerentes com a cultura corporal do idoso), contextualizando a situação social em que se vive. Deste modo, os autores destacam as práticas educativas formais e não formais como ferramentas importantes nas leituras críticas da realidade posta.

Uma das formas de trabalhar com as questões supracitadas são expostas por Figueiredo Junior e Silva (2011), que descrevem a metodologia de intervenção em função da promoção de saúde em idosos, a partir do trabalho desenvolvido em João Pessoa/PB, especificamente no Projeto “Expressividade e sensorialidade”. Ressaltam que seu grande resultado vem sendo a ampliação das relações sociais do grupo de idosos, além da autonomia deles. No âmbito da formação, evidencia-se uma consciência social resultante dos trabalhos desenvolvidos pelos acadêmicos. Acreditamos que este trabalho político deve estar presente nas aulas de educação física enquanto via de regra e não somente como exceção, de modo pontual.

Claramente, os autores supracitados (Correia; Miranda; Veleradi, 2011; Figueiredo Junior; Silva, 2011; Gerez *et al.*, 2010) discutem a atuação da Educação Física na Saúde do Idoso para além dos aspectos físicos, avançando em um discurso voltado para a autonomia puramente funcional, para o desenvolvimento da autonomia política. Em contrapartida, encontramos outros dois estudos direcionados aos “efeitos” de alguma atividade física na autonomia funcional do idoso assistido pela ESF (CUNHA *et al.*, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2008). Estes estudos apresentam resultados semelhantes que permeiam respostas fisiológico-funcionais positivas, melhorando, inclusive, as atividades da vida diária.

Caracterização dos Idosos

Em se tratando das características dos idosos, Santos e Ribeiro (2011) descrevem os dados sociodemográficos e as condições de saúde, a partir de um estudo descritivo que envolveu 268 mulheres idosas contempladas pela ESF. Para a análise: dos hábitos nutricionais, utilizaram o índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura (CC); da depressão, o GDS-30; a escala de Lawton para a capacidade funcional; além do IPAQ, versão curta, para averiguar o nível de atividade física. Assim, encontraram dados como a baixa escolaridade, baixa renda e com percepção de saúde regular/ruim. Além disso, houve prevalência de morbidades auto-referidas, sendo mais citada a hipertensão arterial, artrite/ reumatismo/artrose e diabetes *mellitus*. Foram encontrados altos índices de suspeita de depressão leve/moderada (41,0%) e de idosas “sedentárias ou insuficientemente ativas”, além de 12,7% apresentarem dependência funcional para atividades instrumentais de vida diária.

Encontramos outros dois estudos que investigam o “nível de atividade física” em idosos cadastrados na ESF (ALENCAR *et al.*, 2010; BOSCATTO; DUARTE; BARBOSA, 2012). Alencar *et al.* (2010), em uma amostra de 30 mulheres idosas, no município de Crato/CE, utilizaram a versão do Questionário *Baecke* Modificado para Idosos (QBMI) como instrumento para a determinação do nível de atividade física, encontrando, em sua maioria, níveis de atividade física insuficiente. Boscato, Duarte e Barbosa (2012) estudaram uma amostra maior (126 mulheres idosas), no município de Antônio Carlos/SC, e fizeram uso do Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) para determinação do Nível de Atividade Física, além de outras variáveis sociodemográficas, de saúde e de estilo de

vida. O estudo identificou, também, que a maioria dos idosos não está de acordo com as recomendações de práticas de atividades físicas (no mínimo, 150 minutos por semana, com intensidade moderada). Os pesquisadores encontraram, ainda, uma relação entre o baixo nível de atividade física, a percepção negativa de saúde e o declínio cognitivo.

Seguindo a mesma linha, Kümmel *et al.* (2011) pesquisaram 123 idosos assistidos pela ESF, em Passo Fundo-RS, com o objetivo de identificar a proporção de casos e os fatores de risco para o sobrepeso/obesidade entre idosos atendidos por quatro equipes da ESF. Em seu estudo, encontraram alta prevalência de sobrepeso/obesidade (49,6%), sendo estes subsídios relevantes para a formulação de estratégias de atuação por parte dos profissionais de saúde.

Oliveira, Feitosa e Ferreira (2012) analisam a percepção de 14 idosos de Fortaleza/CE integrantes de grupo de práticas corporais na perspectiva da ESF, com foco nos aspectos motivacionais e do trabalho multiprofissional realizado. Em relação aos aspectos motivacionais, identificaram as medidas terapêuticas atreladas a alguns resultados positivos, como o alívio de dores e a melhora na mobilidade; em contrapartida, o trabalho multiprofissional foi pouco percebido, visto que os idosos reconheceram apenas o profissional de educação física, sendo que outros profissionais também atuavam no grupo.

Com estudo semelhante, Pereira e Okuma (2009) investigaram o perfil dos integrantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial, tendo como sujeitos 54 idosos integrantes do Programa Autonomia para Atividade Física do Idoso (PAAF) – um serviço de extensão comunitário oferecido pela Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo (EEFEUSP). Este estudo

diverge de outros em relação ao nível socioeconômico, sendo prevalentes as classes A e B, e ao alto nível de escolaridade. Os pesquisadores encontraram, ainda, que os idosos, em sua maioria, tinham, ao menos, uma doença, embora a saúde fosse percebida como positiva. Os motivos para a adesão foram a aprendizagem de novos exercícios físicos, a melhora no condicionamento físico além da prevenção de doenças e agravos.

Programas e Projetos de Atividade Física para Idosos

No que se refere aos estudos que tratam da atividade física para idosos no âmbito da ESF, foram mais prevalentes estudos que tratam de programas de atividade física. Neste contexto, com base em seu estudo, Salim *et al.* (2011) propõem algumas diretrizes necessárias para a implantação de programas e ações de atividade física para idosos, neste caso, aqueles participantes de grupos de convivência do município de São José/SC. Embora tenham realizado uma pesquisa qualitativa, os autores entrevistaram 116 idosos, 19 coordenadores de grupos, dois dirigentes administrativos do município e um representante do Conselho Estadual do Idoso (CEI), além de relatórios e documentos de um projeto local voltado para a pessoa idosa. Deste modo, postulam que, para melhoria e ampliação dos programas de atividade física, se faz necessário: (i) A descentralização dos programas; (ii) A contratação de novos profissionais de educação física; (ii) Trabalhos educativos acerca do envelhecimento ativo e os benefícios da prática regular de atividade física; além de (iv) Articulação intersetorial.

Ressaltamos os aspectos elencados por Salim *et al.* (2011), tendo papel relevante: a descentralização dos programas de atividade física, por viabilizar o deslocamento dos ido-

tos até o local em que se pretende desenvolver as atividades; a contratação de novos profissionais de educação física, para que se possa contemplar toda a demanda de idosos e de práticas; os trabalhos educativos, por serem ferramenta-chave para a responsabilização por parte destes idosos, em busca de melhorias para si e para o coletivo; e a articulação intersetorial, de modo a divulgar as atividades desenvolvidas bem como dar conta de demandas destes usuários para além da atividade física.

Em relação à articulação intersetorial, destaca-se as atividades desenvolvidas no Programa Se Bole Olinda que, conforme o nome sugere, ocorre em Olinda/PE, e tem como maioria de seus usuários os idosos. Com base no exposto por Guarda *et al.* (2009), podemos afirmar que este programa é de grande envergadura, justamente por ter articulações com diversos setores governamentais e equipamentos sociais como: Secretarias de Planejamento e Meio Ambiente, do Patrimônio e Turismo, da Educação e Esportes, Departamento de Estradas de Rodagem, igrejas, associações e universidades, entre outros. Evidencia-se a potente colaboração da articulação intersetorial, tendo em vista um objetivo comum: a promoção da saúde da pessoa idosa.

O Programa “Se Bole Olinda”, não se destaca apenas pela intersetorialidade, mas, também, busca contemplar diversas formas de atuação não se limitando à promoção de prática de atividades física, mas buscando um potente trabalho pedagógico e terapêutico, por meio da capacitação de profissionais de saúde e educação, confecção de material educativo, formação e potencializarão de grupos de caminhada; visitas às unidades de saúde promovendo palestras a respeito da atividade física entre gestantes, hipertensos e diabéticos. É, ainda, campo de estágio para acadêmicos de diversas categorias profissionais, além

da incorporação dessas atividades na perspectiva dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) (GUARDA *et al.*, 2009). Evidencia-se, ainda, ser um trabalho pautado na educação popular em saúde com a valorização do saber popular, da mobilização comunitária e da participação social (GUARDA *et al.*, 2009).

Paiva *et al.* (2010) descrevem o trabalho com a dança como integrante do Programa de Atividade Física para a Terceira Idade (PROFIT), realizado na Universidade Estadual Paulista (UNESP). Em suas aulas, trabalhavam a capacidade funcional por meio de coreografias, sendo ressaltados pelos autores os benefícios fisiológicos desta prática. Em seu estudo, não deixam explícitos trabalhos educativos, embora seja sabido que melhorias funcionais envolvem também um projeto pedagógico de intervenção.

Outros dois programas encontrados também não trazem o idoso necessariamente como público-alvo, entretanto, este vem sendo o público mais frequente nas realidades estudadas. Um deles é realizado em São Caetano do Sul/SP, surgido em 2004 com uma proposta de “combate ao sedentarismo” (SILVA; MATSUDO; LOPES, 2011). Os participantes das atividades são usuários da ESF, principalmente mulheres (90%) e idosos (70%). Os principais avanços identificados neste programa é a articulação realizada entre os profissionais de Educação Física e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que se destaca pelo papel fundamental desempenhado pelo ACS que, dentre outras funções, tem a nobre tarefa de ser interlocutor do profissional de educação física e dos usuários integrantes. Além disto, evidencia-se a inserção do profissional de educação física enquanto integrante do quadro de funcionários concursados do Departamento de Saúde Municipal (SILVA; MATSUDO; LOPES, 2011).

O outro trata do Programa Academia da Cidade, que ocorre em Aracaju/SE, e atendeu, em cinco anos, cerca de 5.000 pessoas, tendo como público-alvo adultos e idosos (MENDONÇA; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009). Este programa tem por base a adoção de estilos de vida mais ativos a partir da prática de atividade física, tendo como foco a aproximação ou o alcance das recomendações mínimas da prática regular de atividade física sugerida para a manutenção de bons níveis de saúde (MENDONÇA; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009), quantitativo este que, conforme mostramos é contestado por alguns pesquisadores (FRAGA, 2005).

Afonso *et al.* (2010) descrevem O Núcleo de Atividades para Terceira Idade que, por sua vez, não tem articulação direta com a ESF, mas desenvolve trabalhos, desde 1993, em Pelotas/RS, de base comunitária, tendo tido a participação, em 2009, de 500 idosos. São desenvolvidas atividades como hidroginástica, ginástica, musculação, dança e caminhada orientada, além da participação de acadêmicos, tendo contribuições na perspectiva da formação (AFONSO, *et al.*, 2010).

Siqueira *et al.* (2009) descrevem a prevalência de ações de educação em saúde voltadas para o aconselhamento à atividade física, tendo enquanto sujeitos 4.060 adultos e 4.003 idosos. Em seu estudo, avaliam como sendo baixa a frequência de trabalhos educativos relacionados a aconselhamento de atividade física, embora elenquem como positivo que estes trabalhos existam. Sugere, ainda, a participação de mais gestores, profissionais e usuários neste processo, um maior envolvimento dos profissionais de Educação Física além de trabalhar outras temáticas.

Em estudo realizado no município de São Paulo/SP, Inácio, Salvador e Floriando, 2011 analisam de modo descri-

tivo a prática de lazer de 385 idosos de baixo nível socioeconômico. A prevalência de ativos no lazer foi de 15,2%, sendo a maioria homens (19,1%) em detrimento das mulheres (12,5%). Dentre as atividades elencadas, 20,6% relataram fazer caminhada, 13,6% praticam atividade moderada e apenas 0,6% praticam atividade vigorosa no lazer. A maioria destas atividades (89,4%) não tem orientação profissional, ocorre na rua (54,8%) e objetiva saúde (85,6%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo verificou uma carência de estudos que envolvam a Educação Física e a Saúde do Idoso no contexto do SUS. Dentre estes, alguns indicam apontamentos acerca de uma perspectiva mais ampliada de atuação que considere a atenção à saúde do idoso de uma maneira mais ampliada, devendo ser fomentada a dimensão política da atuação, tendo por base uma proposta de ampliação das relações sociais e de transformação social por meio do diálogo e de uma autonomia funcional e política.

Em relação ao perfil dos idosos, houve prevalência da baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e de sedentarismo. Ressaltamos a coerência em se trabalhar com esse perfil, visto que um dos princípios doutrinários do SUS (a equidade) prevê uma atenção especial para o público mais vulnerável tendo como intuito a redução das disparidades regionais e sociais. Outros estudos descrevem programas e projetos de atividade física para idosos em que alguns trazem uma relação direta com a ESF, com a participação de ACS e uma articulação intersetorial, por exemplo.

Diante do exposto, sugerimos uma maior apropriação e estudos direcionados às tecnologias leves, como o Projeto Terapêutico Singular, o Projeto Saúde no Território, o Apoio Matricial, entre outros.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. R. *et al.* Do diagnóstico à ação: Núcleo de Atividades para a Terceira Idade (NATI) – trajetória e construção. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 180-182, jul./set. 2010.

ALENCAR, N. A. *et al.* Níveis de atividade física em idosas. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 87-97, jan./jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.

BOSCATTO, E. C.; DUARTE, M. F. S.; BARBOSA, A. B. Nível de atividade física e variáveis associadas em idosos longevos de Antônio Carlos, SC. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 132-136, abr. 2012.

CLARKE, M.; OXMAN, A. **Cochrane reviewers' handbook**. Update Software, 2000.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CORREIA, M. S.; MIRANDA, M. L. J.; VELERADI, M. A prática da educação física para idosos ancorada na pedagogia freireana: reflexões sobre uma experiência dialógica-problematizadora. **Movimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 281-297, out./dez. 2011.

CUNHA, R. C. L. *et al.* Efeitos de um programa de caminhada sob os níveis de autonomia funcional de idosas monitoradas pelo programa saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 255-265, 2010.

COSTA, L. C. *et al.* Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do profissional de educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 107-113, abr./jul. 2012.

FRAGA, A. B. **Exercício da informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Porto Alegre: UFRGS, 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

FIGUEREDO JUNIOR, J. M.; SILVA, P. N. G. Expressividade e sensorialidade: por uma metodologia da educação física na saúde de idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 16, n. 2, abr./jun. 2011.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **J BrasPsiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 162-170, jul./set. 2007.

GEREZ, A. G. *et al.* Educação física e envelhecimento: uma reflexão sobre a necessidade de novos olhares e práticas. **Motriz**, Rio Claro, v. 16, n. 2, p. 485-495, abr./jun. 2010.

GUARDA, F. R. B. *et al.* Do diagnóstico à ação: Programa Se Bole Olinda: estratégia intersectorial de promoção da saúde através da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 206-210, set./dez. 2009.

GUIMARÃES, A. C. *et al.* Efeitos de um programa de atividade física sobre o nível de autonomia de idosos participantes do programa de saúde da família. **Fit Perf J.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 7-9, jan./mar. 2008.

KÜMPEL, D. A. *et al.* Obesidade em idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 471-477, jul./set. 2011.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE – Saúde, bem estar e envelhecimento – o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

MENDONÇA, B. C. A.; TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física Programa Academia da Cidade Aracaju: Promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 14, n. 3, set./dez. 2009.

OLIVEIRA, B. N.; FEITOSA, W. G.; FERREIRA, H. S. Análise da percepção dos idosos integrantes de grupo de práticas corporais na atenção primária: aspectos motivacionais e o fazer multiprofissional. **Motrivivência**, ano XXIV, n. 38, p. 149-158, jan./jun. 2012.

PAIVA, A. C. S. *et al.* Dança e envelhecimento: uma parceria em movimento! **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 70-72, jan./mar. 2010.

PEREIRA, J. R. P.; OKUMA, S. S. O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 319-334, dez. 2009.

SALIM, M. S. *et al.* Atividade física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 197-208, 2011.

SANTOS, M. B.; RIBEIRO, S. A. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 613-624, out./dez. 2011.

SILVA, L.; MATSUDO, S.; LOPES, G. Do diagnóstico à ação: Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 84-88, jan./mar. 2011.

SIQUEIRA, F. V. *et al.* Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2009.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-853, mai./jun. 2003.

CAPÍTULO 3

O EMPODERAMENTO ENCONTRA A ADESÃO AO TRATAMENTO: ESCUTANDO A HISTÓRIA DE VIDA DE PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Vanda Márcia Silva Ferreira

Elaine Neves de Freitas

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm sido foco de discussões e pesquisas dos profissionais de saúde. As DCNT são de longa duração ou permanente, necessitando do uso constante de remédios e tratamentos. A preocupação diante da cronicidade das doenças se deve aos seus altos índices na morbimortalidade da população, abrangendo cerca de 60% das causas de morte em todo o mundo (BRASIL, 2014). Esta mudança na distribuição de enfermidades no mundo se deve ao processo de envelhecimento da população, ao atual progresso das ciências da saúde pelo avanço das suas tecnologias, medicações e tratamentos, levando, com isto, a uma queda da taxa de mortalidade como também a uma maior conscientização sobre os comportamentos e hábitos de saúde das pessoas.

Dentre as DCNT, cujas características mais comuns são a ausência de infecção e/ou contágio clássico, se encontram as doenças cardíacas e cerebrovasculares, além de diabetes, hipertensão arterial e câncer, entre outras. Destacam-se as doenças cardiovasculares e de caráter metabólico, devido às altas taxas de morbimortalidade e ao caráter astucioso e grave dos adoecimentos, por muitas vezes, assintomático, em grande parte dos indivíduos (MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

Vamos abordar neste estudo a Insuficiência Renal Crônica (IRC) caracterizada pela perda da função renal, que necessita de tratamento com diálise, medicações, dieta, restrição na ingestão de líquidos e/ou o transplante. O número de portadores de IRC tem aumentado progressivamente, a cada ano, em proporções assustadoras, em nosso país (KNIHS *et al.*, 2013). Várias são as causas que levam à IRC dentre as quais a hipertensão arterial e a diabetes, acarretando alterações corporais como, por exemplo, na cor e textura da pele, no cabelo, no peso, nos ossos, ou seja, na imagem corporal e, conseqüentemente, na sexualidade, com a diminuição da libido na mulher e a impotência no homem, muitas vezes.

As mudanças e perdas na vida dos pacientes geradas pela IRC podem provocar rupturas nos vínculos familiares, de trabalho e sociais. Diante deste cenário, o transplante é o método mais efetivo e de menor custo (NORONHA *et al.*, 2007) e consiste na substituição dos rins doentes por um rim saudável de um doador vivo ou falecido. O indivíduo que faz o transplante renal continua sendo submetido a um tratamento crônico até o fim de sua vida e, com o tempo, o transplante pode se encaminhar para graves estados de morbidade, para uma perda com retorno à diálise ou óbito. O Brasil, hoje, possui um dos maiores programas públicos de transplante de rim do

mundo (NORONHA *et al.*, 2007; PESTANA *et al.*, 2012), Com o transplante renal, há o término dos problemas de acesso vascular, melhora do estado nutricional, diminuição do risco de doenças ósseas, liberação da ingesta de líquidos e melhor adaptação psicossocial do indivíduo.

Porém, para o sucesso do tratamento do transplante e uma boa qualidade de vida do paciente, a adesão é um significativo aspecto, porque leva à diminuição dos custos médicos e da utilização dos serviços de saúde (TELLES-CORREIA *et al.*, 2007). As construções conceituais do termo adesão geraram abordagens diferenciadas do fenômeno, o que demandou, na década de 80, discussões sobre idéias como empoderamento, por exemplo, na Saúde Pública. Na prática, fica difícil determinar onde começa e onde termina o processo de adesão e de empoderamento nos tratamentos crônicos, ao qual o conceito de autocuidado também é intrínseco. Vamos tentar conceituar didaticamente.

Para recordarmos, o trabalho com o autocuidado apoiado é definido por Mendes (2011) como orientação educacional sistemática, baseada em uma relação que deve ser de confiança entre pacientes e profissionais da saúde, que busque estimular os usuários a conhecerem o seu problema e a adquirirem habilidades para gerenciá-lo; saber decidir e escolher seu tratamento; saber fazer o monitoramento regular das condições de saúde, adotando uma postura proativa, de mudança e manutenção de comportamentos que contribuam para a sua saúde. A coordenação dos cuidados se torna cada vez mais indispensável, em razão do envelhecimento populacional e das mudanças no perfil epidemiológico que evidenciam a crescente prevalência de doenças crônicas, e da diversificação tecnológica nas práticas assistências (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Muitas já são as tentativas de abordagens das equipes de saúde para auxiliar o indivíduo no desenvolvimento do autocuidado. Podemos dividir as práticas educativas em saúde, segundo Cyrino, Godoy e Cyrino (2014), entre posturas tradicionais, autoritárias e verticalizadas e posturas que valorizam o diálogo e o saber popular como ponto de partida para as intervenções em saúde. Nestas últimas, que demarcam a evolução do conhecimento sobre o ser humano, sua relação com a sociedade e suas condições de vida tem que incluir a questão da adesão como um processo multifatorial que abrange dimensões terapêuticas e educativas relacionadas aos indivíduos, ações de saúde, orientação, informação e suporte emocional e social dos profissionais.

Ao longo dos últimos anos, no cenário internacional, o tema da não adesão aos tratamentos crônicos recebeu considerável atenção e uma ampla gama de estudos quanto ao refinamento conceitual, no desenvolvimento de pesquisas de ênfase quantitativa e intervenções sobre o episódio. No que se refere à literatura nacional sobre adesão, Pinheiro (2013) afirma que são poucos os trabalhos que incluam um aspecto multidimensional com estratégias factíveis e de baixo custo.

O conceito teórico de adesão é bastante questionado, como referem Silva *et al.* (2009) segundo os quais “não há definição consensual do termo adesão” e Matas (2007) que diz que “a não adesão é mal definida nos registros médicos”. Todo este questionamento se deve à dificuldade de mensurar, de se encontrar um correto diagnóstico e às poucas tentativas de uma síntese entre os estudos (CORREIA *et al.*, 2007; MATAS, 2007; SILVA *et al.*, 2009). Sobre a adesão, não só variam as definições como também os termos que designam o mesmo fenômeno. O conceito de adesão, que foi originalmente formulado no inglês, *compliance* e depois *adherence*, tem no português as traduções usuais de “aderência” e “adesão”.

A definição de adesão mais antiga encontrada foi de Haynes, no século 20, em 1979, que a denominou *compliance*, referindo-se ao comportamento da pessoa de tomar a medicação e cumprir outras prescrições médicas como dieta e mudança de estilo de vida, o que coincidia com a prescrição clínica. O termo *compliance* começou a ter uma conotação negativa e hierárquica na relação médico-paciente, envolvendo uma relação assimétrica. Este termo foi sendo abandonado a favor do termo “aderência”, que subentendia uma relação médico-paciente horizontalizada, de cooperação, identificada como uma escolha livre da pessoa de adotar ou não as recomendações dos profissionais, como um sujeito ativo que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) tentou reunir os conceitos e definiu adesão como “a extensão para a qual o comportamento de um indivíduo – quer seja tomada de medicações, seguimento de dieta e/ou modificações no estilo de vida – corresponde a recomendações de um profissional da saúde após concordar com elas”. Um conceito que aborda o cumprimento do tratamento, incluindo a participação do indivíduo e a sua concordância.

A despeito do tempo em que foram realizadas, apresentaremos algumas propostas e modelos de análise e intervenção da não adesão ao tratamento com o intuito de demonstrar a complexidade deste tema e de despertar a nossa reflexão, porém não é nossa intenção neste estudo abranger todos os aspectos mencionados a seguir.

A não adesão foi entendida, em 1985, por Conrad, como uma espécie de teste que ele chamou de autorregulação (*self-regulation*). Superar o estigma de doente crônico, evitar a dependência, ter o controle sobre a medicação, tentar prevenir que a

doença não interfira demasiadamente na sua vida diária seriam motivos para o indivíduo interromper e não aderir ao tratamento.

Um “modelo de decisão terapêutica” a partir da perspectiva do paciente foi discutido por Dowell e Hudson, em 1997. Segundo este modelo há os pacientes que aceitam e cumprem as condutas da equipe, há os que aceitam, porém testam variações das recomendações da equipe e daí opta pelo seguimento ou não, e há os que não aceitam as recomendações da equipe. De acordo com estes autores a aderência está mais relacionada com a aceitação da doença do que com outros fatores.

Em 2008, na Flórida, foi realizado a “*Nonadherence Consensus Conference*” onde o principal foco foi a não adesão à medicação imunossupressora e que, após as deliberações definiu não adesão como “um desvio no regime da medicação prescrita suficiente para influenciar adversamente o efeito pretendido desse regime” (FINE *et al.*, 2009). Podemos observar aí a adesão como um fator modulador dos resultados terapêuticos.

Em 2012, Berben *et al.* realizaram um estudo de meta-análise sobre adesão no transplante onde ressaltam que as pesquisas explicam apenas uma porção da variabilidade da não adesão à medicação, pois são associadas diretamente ao paciente e ao tratamento e propõe um modelo mais abrangente que inclui todo o sistema de cuidado da saúde com ênfase na sua importância em promover mudanças efetivas de comportamento. Os autores chamaram de modelo ecológico para a aderência à medicação, abrangendo os pensamentos de todos os níveis da população (paciente, nível micro, meso e macro) e rejeitando as suposições sublinhadas pela biomedicina, mas sem descartar a biologia.

Diante do apresentado e tentando demonstrar o entrelaçamento dos temas adesão e empoderamento, Taddeo *et al.*

(2012) definem este último como um processo educativo com o objetivo de ajudar os pacientes a desenvolverem práticas, conhecimento, habilidades e autoconhecimento necessários para assumir a responsabilidade das decisões acerca da sua saúde.

A partir desta realidade, faz-se necessário compreender a complexidade dos processos de empoderamento e de adesão ao tratamento do transplante renal, aspirando sensibilizar quanto à importância de se conhecer a realidade do indivíduo, de fazer uma boa escuta da prática e sentido atribuído por ele à doença e tratamento e de, juntamente com ele, construir/reconstruir estratégias que facilitem seu autocuidado

Torna-se urgente salientar a relevância dos determinantes biopsicossociais do fenômeno adesão/não adesão e empoderamento com o intuito de mostrar um novo olhar sobre esta questão no tratamento dos transplantes renais, em uma perspectiva de construção de uma aliança terapêutica e não de uma relação de opositores entre profissional de saúde e paciente.

O grande desafio para a realização desses autocuidado está “entre o querer e o fazer”, permeada por vários fatores, como a falta de informação, de habilidade, de tempo ou de dinheiro para mudar a alimentação, problemas emocionais, falta de confiança na capacidade de mudar, falta de apoio familiar e profissional e despreparo comunitário (MENDES, 2012).

Os serviços de saúde e seus profissionais necessitam focar cada vez mais as discussões e reflexões nas doenças crônicas e seus cuidados para partir para a consolidação de uma mudança de paradigma do modelo biomédico focado na doença para um que tenha foco na abordagem à pessoa com seus problemas diversos, favorecendo uma relação empática e participativa e a possibilidade de escolha de seu tratamento pela pessoa doente.

METODOLOGIA

O estudo é de natureza qualitativa e segue a metodologia de história de vida. As informações qualitativas são provenientes de entrevistas aprofundadas. A análise da narrativa se inspirou na abordagem hermenêutica de *Paul Ricoeur*, como apresentam Onocko-Campos *et al.* (2013). A análise preliminar individual das entrevistas partiu de uma narrativa com a organização dos eventos em ordem cronológica.

Foram entrevistados 15 pacientes dentre os quais foi selecionado o relato da experiência pessoal de um indivíduo como representativa do universo das pessoas entrevistadas. A história de vida foi adotada para obtermos o máximo de informações sobre os eventos passados e atuais vividos pelo sujeito escolhido (CHIZZOTTI, 2006). O estudo gira em torno de um indivíduo, 55 anos, transplantado renal há seis meses que foi diagnosticado pela equipe como não aderente ao tratamento.

As entrevistas semi-estruturadas aconteceram em uma sala do ambulatório do hospital do transplante do paciente, reservada para este fim e foram conduzidas por um pesquisador, sendo gravadas em áudio e transcritas. O hospital em questão está entre os que mais realizam transplantes renais no Brasil.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o número 1.115.297.

DESCRIÇÃO DO CASO

Dimas foi diagnosticado com IRC há, aproximadamente, três anos e iniciou a hemodiálise após alguns dias de hospitalização em função da gravidade da sua situação clínica.

“Foi um dia, um dia de madrugada eu senti doer, foi uma dor de uma hora pra outra, arrotando, arrotando, arrotando e começou a doer a me dar tontura...”

“... eu só fiz pegar o ônibus, e vim bater aqui, quando cheguei aqui, eu passei 14 dias internado, aí recebi alta, fui pra casa, aí, depois, eu vim de novo aqui, fui examinado todinho, aí pegou e o doutor disse: agora você vai fazer hemodiálise. Eu não sabia nem o que era isso, duas horas da madrugada, colocaram o cateter aqui no meu pescoço...”

Tinha 52 anos no início da doença, casado, pedreiro, diabético, alcoolista (“... eu bebia algumas vezes por dia...”). Conta que não frequentou a escola e só sabe assinar o nome. Possuía três filhos biológicos (duas mulheres e, o mais novo, um homem). Considera, também, como filha uma neta de 10 anos. O filho faleceu há oito anos por afogamento.

“Quatro filhos, mas Deus levou um, o maior tesouro, foi meu filho o mais novo”.

“Afogado, ele foi para um passeio da igreja, aí chegando lá o pastor, ao invés de chamar os adolescentes, foi bater papo, foi... Aí disseram que os dois terminaram de jogar bola e foi lá na praia do Cauipe, de lá pra cá eu sofri, sofri, sofri”.

“Tinha 18, tinha acabado de vir do exército. Aí pronto, ele trabalhava comigo, trabalhava, estudava, de manhã pra meio dia ia trabalhar comigo. Às vezes tudo bem, vivia uma vida normal, uma vida saudável, faltava nada dentro de casa”.

Dimas demonstra pouca elaboração de seu luto, não aceitando a perda trágica do filho. Pelo seu relato, entrou em depressão, passando a beber muito mais. Fala do filho com orgulho como se sua continuidade e sua expectativa de uma vida melhor projetada no filho homem tivessem sido frustradas bruscamente. Sua mãe faleceu, a um ano, de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Após o início da hemodiálise, Dimas parou de trabalhar e passou a receber o “Benefício Saúde do Governo”. Sua esposa trabalhava e cuidava dele, mas, agora, adoeceu (“... *pegou uma micose no dedo do pé, precisou tirar a pele todinha, tá em casa caxingando...*”). Devido a este episódio, sua filha mais velha também teve de parar de trabalhar e assumiu o cuidado do pai. Com a doença, se tornou cada vez mais dependente, emergindo a necessidade de ter um cuidador. A outra filha mora ao lado, com duas filhas, não trabalha, mas recebe o auxílio do Bolsa Família (“... *parti minha casa no meio, e mora do lado, mas o marido me dá mais dor de cabeça do que num sei o que!*”).

Ao longo do processo de adoecimento, Dimas ainda tentou manter suas atividades (“*Aí, pronto, comecei a dialisar lá, comecei a melhorar, aí, depois, quando melhorei, comecei a trabalhar sem poder, aí foi ruim!... De pedreiro, aí foi ruim, aí foi quando eu fui saber que era um negocio sério!*”). Dimas negava a gravidade da doença, já que, com a diálise, se sentia melhor e precisava testar seu organismo até estar emocionalmente preparado para realizar um bom autocuidado e uma boa adesão ao tratamento.

A vida social do paciente e da família ficou precária e limitada, tendo a família, no decorrer da doença e mesmo com o transplante, passado por sucessivas mudanças no lazer, nos papéis sociais, nas atividades diárias e na renda familiar.

“Às vezes tudo bem, vivia uma vida normal, uma vida saudável, faltava nada dentro de casa”.

“Eu deixei de fazer tudo! Tudo, tudo que era de trabalho, tudo que eu mais gostava, os passeios, por exemplo, ir na casa da minha mãe, aí pronto, me paralisou total, aí pronto não pude fazer mais nada, fiquei nas mãos dos médicos”.

Quanto à causa de sua enfermidade, a IRC, Dimas hesita, com dúvida, mas atribui à falta de beber água. Em nenhuma oca-

sião, relaciona a diabetes com a doença nem sequer com os rins, apesar de relatar que sua mãe e um tio materno também tinham:

“Num sei, não tenho a menor explicação pra isso, eu acho que perdi meu rim por falta de água... pois eu não bebia de jeito nenhum!”.

Há alguns anos, Dimas sabia da sua diabetes e não aderiu ao tratamento. O silêncio de suas doenças, a diabetes e a IRC, dificultou o autocuidado do paciente que só correu para o médico quando estava com dor e com muitos outros sintomas:

“Porque eu comecei a sentir dor e começou a inchar a minha barriga, isso aqui meu era tudo inchado, parecia que eu tinha levado era uma pancada! Aí vivia cansado, vivia com dor de cabeça, aí eu comecei a perder peso, de 72 kg, eu comecei a pesar 60 kg... aí eu conversei com a doutora...”.

Com relação ao transplante, Dimas se mostra confuso quanto ao local e à época em que fez os exames para se preparar para a cirurgia. A filha mais velha que o acompanha relata que os profissionais da clínica de diálise orientaram e incentivaram o paciente a se inscrever para o transplante. Dimas parece se referir à realização do transplante como um desejo que veio de fora, de outras pessoas.

“... Foi, quando eu fiz o último exame, o médico que me atendeu, viu a minha situação... Aí ele me botou logo direto, me colocou logo na fila, com menos de completar um mês, ligaram lá pra casa, dizendo que eu tinha que vir, por que eu tinha ganhado o rim, aí eu disse: tudo bem!... Eu não esperava de jeito nenhum, como a gente sabe que são muitas e muitas pessoas na espera, nem liguei, nem me preparei pra nada, eu vim aqui mesmo só com a roupa do corpo”.

Após a morte de seu filho e da IRC interrompendo ainda mais a sua vida, parecia que nada mais abalava Dimas, nem ser chamado para o transplante (foi chamado após 16 dias que estava na lista da Central de Transplantes).

“De jeito nenhum, do mesmo jeito que a gente tá conversando, foi o meu estado, tanto na mesa cirúrgica, como quando eu cheguei, não tive nenhum abalo!”

As primeiras sensações de Dimas após a cirurgia foram:

“A primeira sensação que eu tive, era que tava urinando na cama. Aí foi que eu me acordei total, taquei a mão aqui e arranquei as sonda, tudo, aí a enfermeira veio e disse “num faça isso”, aí eu fui e perguntei: o que é isso aqui?... “aí chamou o cirurgião, e ele fez todo o check-up de novo, aí ele foi e mandou colocar outra sonda, aí ele pegou e disse: “agora você não tire não”, aí eu disse: “não, tudo bem!” já tava acordado, tava mais consciente do que tava acontecendo”. Voltar a urinar assustou e impactou Dimas que não vivia mais essa experiência do seu organismo há dois anos pelo menos.

Dimas enfrentou algumas intercorrências que relata como *“...os rins começou a rejeitar...”*, e a necessidade de outra cirurgia: *“...abriram de novo, no mesmo cantinho e fizeram um outro tipo de cirurgia...”*. Ficou um mês hospitalizado: *“Aí eles me deram alta e vim pra casa, antes de completar 15 dias, eu voltei de novo, por conta da diabete, a diabete subiu quase dava 800”*.

Com a função renal do enxerto funcionando bem, havia a necessidade de controlar a diabetes novamente com medicação. É importante ressaltar que, durante o tratamento dialítico, com a perda total da função dos rins, no caso de Dimas, ele não mais precisava cuidar da diabetes com a insulina: *“... quando eu tava fazendo hemodiálise, eu nunca tomei, a máquina que fazia o processo do sangue todinho, e era 100, 90, 100, 90 era assim...”*. Todos esses fatores geradores de um alto nível de estresse podem explicar um certo estado confusional e de anestesiamento emocional que Dimas aparentava.

Sobre o doador falecido, o paciente manifesta curiosidade, tentando construir uma imagem corpórea dessa pessoa, assim como um sentimento de gratidão:

“Nunca imaginei de jeito nenhum!... agora eu tenho!... é uma coisa que não é meu, NE! Daí, eu tenho, assim, a lembrança de querer ver como era essa pessoa, se era preto, se era branco, se era alto, é assim. Eu queria ver pelo menos um da família dele, NE?! Pra agradecer, por que fizeram essa ação pra mim, essa benção de Deus!”

Diante do tratamento do transplante, da alimentação, de algumas medicações e da vinda ao hospital para as consultas, Dimas teve que recorrer aos vizinhos e familiares para ajudá-lo a conseguir cumprir, mesmo que precariamente. A filha inclusive comentou: *“A gente passa, passa mesmo dificuldade. E até eu brinquei com ele e disse: ‘ei, pai, transplante não é pra qualquer pessoa não, porque a sua dieta é de gente chique, de gente rica e a gente não tá podendo”*.

Apesar de Dimas se sentir bem cuidado pela equipe, ressaltando que a enfermeira foi bem “realista” na orientação da medicação, todas estas mudanças impediram que ele passasse a ter comportamentos de autocuidado no tocante a seu tratamento do transplante. Sua imagem corporal e sua auto-estima estão debilitadas e fragilizadas, achando que aparenta mais idade *“É mais a dificuldade que eu tive pra manter a idade correta, acabou. Assim porque a doença foi que me acabou mais, antes disso eu tinha uma vida normal...”*

O processo de adaptação a essa nova situação de vida, fora da máquina de diálise, tem seu encantamento e sua estranheza. *“É porque na dormida tenho que me levantar se ao meio dia eu tô sentado em algum canto, tenho que correr direto pro banheiro, aí eu acho assim meio...”* A pessoa entra em contato com novas situações, como ter que ingerir bastante líquido, perde o contato com o grupo da diálise no qual se sente igual, protegido, de onde emerge o sentimento de pertencimento e o com-

portamento de dependência (com a saída da máquina) perde sua principal “justificativa”. Com o transplante, Dimas saiu da máquina de hemodiálise e da obrigação de estar três vezes por semana na clínica, mas teve que restringir sua alimentação e comer coisas que não conhecia, comprar alguns remédios que, no serviço público, estava em falta, pagar a passagem do transporte para ele e sua cuidadora, nos dias de consulta, o que aumentou seus gastos preocupando-o e angustiando-o. Dimas faltou a várias consultas.

Dimas parece ter uma atitude passiva diante da vida talvez em decorrência de tantas situações traumáticas ao longo dos últimos anos. Entregou-se ao cuidado do outro em um funcionamento dependente, regredido, depressivo. Com apenas seis meses de transplante, já é considerado pela equipe um paciente não aderente ao tratamento do transplante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em decorrência do número crescente de doenças crônicas no atual contexto de saúde pública no Brasil, torna-se extremamente importante que os profissionais de saúde considerem as múltiplas percepções do que causa ou evita um problema de não adesão ao tratamento assim como a forma de pensar e agir frente a essa questão. Os tratamentos crônicos exigem ações diferenciadas para cada indivíduo e neles temos que incluir os conceitos de autocuidado, empoderamento, adesão e várias abordagens de intervenção multiprofissional.

Para o sujeito em questão, Dimas, havia a necessidade de um acompanhamento psicológico, ao longo do período dialítico, para ajudá-lo a processar seus lutos e suas perdas com o adoecimento, trabalhando assim o seu empoderamento e uma

melhor adesão ao tratamento no pré-transplante renal. O que é relevante e problemático, como determinado pelos conhecimentos biomédicos, é diferente do que é entendido pelo paciente imbuído de suas percepções, símbolos, produto de uma história e resultado das mudanças sociais, como ressaltam Lock e Nguyen (2010). O empoderamento segue na contramão da universalização biomédica do corpo não ignorando o ambiente social e a própria experiência do sujeito.

Para se ter como foco a adesão e o empoderamento do paciente, os profissionais de saúde devem trabalhar paralelamente alguns aspectos emocionais (a tristeza e a desesperança, no caso de Dimas, por exemplo) para que, através de um relacionamento afetuoso com a equipe, a auto-estima, a autonomia e o autocuidado do paciente possam ser resgatados. Desta forma, conseguiremos maior eficácia nos tratamentos, na medida em que nos ocupamos do paciente em sua humanidade, ajudando-o a ressignificar o que ele sabe e pode.

Portanto, os programas de saúde não devem partir do pressuposto de que a informação produz uma transformação automática dos comportamentos frente às doenças e aos tratamentos crônicos. Deve-se salientar que os processos de empoderamento e adesão ao tratamento são multicausais, que não se pode negar os diferentes fatores psicossociais e culturais que neles intervêm, e que ambos se complementam e se encontram.

REFERÊNCIAS

BERBEN, L. *et al.* An ecological perspective on medication adherence. **Western Journal of Nursing Research**, v. 20, n. 10, p. 1-19, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CONRAD, P. The meaning of medication: another look at compliance. **Social Science and Medicine**, v. 20, n. 1, p. 29-37, 1985.

CORREIA, D. T. *et al.* Adesão nos doentes transplantados. **Acta Medica**, Lisboa, v. 20, p. 73-85, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. **Saúde, ensino e comunidade: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

DOWELL, J. E.; HUDSON, H. A qualitative study of medication-taking behavior in primary care. **Family Practice**, v. 14, p. 369-375, 1997.

FINE, R. N. *et al.* Nonadherence Consensus Conference Summary Report. **American Journal of Transplantation**, v. 9, p. 35-41, 2009.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde pública no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

KNIHS, N. S. *et al.* A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1160-1168, dec. 2013.

LOCK, M. E.; NGUYEN, V-K. **The social life of organs. in an Anthropology of Biomedicine.** Wiley; Blackwell, 2010. Cap. 9, p. 229-252.

MÁSSIMO, E. A. L.; FREITAS, M. I. F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 651-663, jun. 2014.

MATAS, A. J. Impacto da não-adesão do receptor nos Desfechos em Longo Prazo de Transplante. revisão da literatura e experiência da Universidade de Minnesota. **Jornal Brasileiro de Transplantes – ABTO**, Minneapolis, v. 10, n. 4, p. 828-831, 2007.

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

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 512.

NORONHA, I. L. *et al.* **Manual de Transplante Renal.** Rio de Janeiro: Manole, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2847-2857, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **A adesão a terapias de longo prazo:** evidência para a ação, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em: 10 maio 2014.

PESTANA, J. O. M. *et al.* O contexto do transplante de órgãos no Brasil em 2011. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 100, n. 2, p. 7-15, 2012.

PINHEIRO, H. S. **Estratégias para redução da não aderência com foco na realidade e rotina do centro de transplante**. NIEPEN – Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa Vida em Foco – Novartis, São Paulo, Publicação Eletrônica (site de acesso restrito aos participantes), 2013.

SILVA, D. S. *et al.* Adesão ao tratamento imunossupressor no transplante renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 139-146, 2009.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva** [*online*]. v.17, n.11, p. 2923-2930, 2012.

TELLES-CORREIA, D. *et al.* Adesão nos doentes transplantados. **Acta MedPort**, Lisboa, v. 20, p. 73-85, 2007.

CAPÍTULO 4

AUTOCUIDADO APOIADO COMO GERENCIAMENTO DO DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

Elaine Neves de Freitas
Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm sido muito estudadas por causa da sua importância na busca de estratégias para a redução da prevalência dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente relacionados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida (CAPILHEIRA; SANTOS, 2011).

As DCNT são, cada vez mais, prioridades no setor da saúde. Algumas são caracterizadas pela ausência de infecção e/ou contágio clássico e cronicidade e, dentre estas, se encontram as doenças cardíacas e cerebrovasculares, além de diabetes, hipertensão arterial e câncer, destacando-se as doenças cardiovasculares e de caráter metabólico devido às altas taxas de morbimortalidade e gravidade dos adoecimentos por, muitas vezes, serem assintomáticas em grande parte dos indivíduos (MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

No mundo, há cerca de 285 milhões de pessoas com Diabetes *Mellitus* (DM), com considerável disparidade entre populações e regiões. No que diz respeito ao Brasil, há cerca de 7,6 milhões de diabéticos correspondentes a 6% da população nacional e a 6,4% da população mundial (ZHANG *et al.*, 2010). De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013-2014, o DM não é uma doença única, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, que é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (OLIVEIRA; VENCIO, 2014).

O diabetes é uma doença que acarreta gastos elevados para os sistemas de saúde. Pessoas com diabetes necessitam de mais visitas ambulatoriais, usam mais medicamentos, têm uma maior probabilidade de serem hospitalizadas e são mais propensas a necessitar de cuidados de emergência e de longo prazo do que as pessoas sem a doença (ZHANG *et al.*, 2010).

Segundo dados auto-referendos da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), os usuários com diabetes *mellitus* são os mais atendidos na atenção primária gerando grande demanda para o sistema de saúde. Torna-se, assim, importante o tratamento precoce e o incentivo ao autocuidado da doença, em função das complicações, comorbidades associadas e pelo aumento crescente das taxas de mortalidade por diabetes (TORRES *et al.*, 2013).

Coelho, Silva e Padilha (2009) afirmam que o diabetes *mellitus* é visto, pela população diabética, com certo medo, principalmente quando é relacionado às possibilidades de complicações. Citada como uma doença “silenciosa”, “perigosa” e “danada”, o estudo ainda aponta que o DM é visto por seus

portadores como uma ameaça implícita para o desenvolvimento de outras complicações.

A evolução para o diabetes *mellitus* tipo 2 ocorre ao longo de um período de tempo variável, passando por estágios intermediários que recebem a denominação de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. No diabetes *mellitus* tipo 1, o início geralmente é abrupto, com sintomas indicando, de maneira contundente, a presença da enfermidade (OLIVEIRA; VENCIO, 2014).

Como o diabetes *mellitus* é uma doença crônica, que representa um problema permanente para o indivíduo e sua família, a educação em saúde não deve estar direcionada unicamente às pessoas com DM, mas a toda a família. Desta forma, o envolvimento dos pacientes no seu plano terapêutico se faz necessário tanto quanto os cuidados profissionais ofertados (MENDES, 2012).

A atenção à saúde, que atende às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, ao final de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários e econômicos desastrosos. O portador de diabetes caminhará, caso não haja um controle glicêmico, com o passar dos anos, para uma retinopatia, uma neuropatia, para a amputação de extremidades etc. (MENDES, 2011).

Após o diagnóstico da doença, existe a necessidade de mudanças no estilo de vida do adoecido e, neste ponto, a equipe de saúde tem o papel de coordenadora do cuidado, desenvolvendo e implementando estratégias de educação em saúde a fim de melhorar e efetivar a adesão destes indivíduos ao tratamento e a um novo estilo de vida. A Educação e a Comunicação são práticas cada vez mais requisitadas e com grande relevância no espaço da Atenção Primária à Saúde, o que se dá

pela importância das ações de promoção e prevenção de doenças (CYRINO, 2005).

Ao se falar de doenças crônicas, o autocuidado, a adesão ao tratamento e a responsabilidade do paciente de saber da sua doença e do seu processo de tratamento são considerados conceitos e ações muito importantes. Tendo isto em vista, muitos profissionais buscam engajar seus pacientes em um processo em que estes precisam assumir para si o compromisso de autocuidado e querer adquirirem informações sobre a sua doença, sendo assim, envolvidos no processo de responsabilizar-se pela própria saúde. Os pacientes com Diabetes *mellitus*, por exemplo, são constantemente chamados a responder seja pelo surgimento do adoecimento seja pela falta de controle da glicose ou, ainda, pelas complicações decorrentes da não adesão às formas de cuidado prescritas pelos profissionais de saúde (CARRIJO; RASERA, 2013).

O gerenciamento pode ser compreendido como as ações empreendidas pelos adoecidos para “estabilizar”/“controlar” o diabetes e viver tão normalmente quanto possível, segundo Cyrino (2005), trazendo a questão para a primeira pessoa e como autorregulação, evitando termos que possam remeter a uma relação terapêutica médica-centrada apenas nos desvios, própria da tradição funcionalista, como é o caso de “obediência” ou “submissão” às ordens médicas.

Autocuidado é cuidar de si mesmo, buscando as necessidades do corpo e da mente, modificando, assim, o estilo de vida, para evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças e adotar medidas de prevenção de doenças. Ações como estas visam à melhoria da qualidade de vida. Para que o autocuidado se torne eficaz e seguro e não somente acessível e

econômico, salienta-se a importância do contínuo desenvolvimento da competência do indivíduo e da comunidade para o autocuidado (BRASIL, 2008).

Maclean (1991) agrupou por categorias o gerenciamento do diabetes tendo como primeira categoria a do individual (temperamento, atitudes), a segunda, a do próprio diabetes (severidade, tempo de diagnóstico) e a terceira, contextual (rede de apoio, normas sociais e culturais, ambiente de trabalho). Assim, este autor contesta os estudos que associam “mau” gerenciamento à percepção de não-gravidade, à interferência nas ações habituais, à complexidade das prescrições, à falta de informação, à deterioração do conhecimento e à habilidade de gerenciar; pois eles ignoram a constelação de significados associados ao viver com diabetes e a relação destes significados com o contexto social e cultural.

Autocuidado apoiado e o Diabetes *Mellitus* tipo 2

O Autocuidado Apoiado consiste na sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde com o desígnio de ampliar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciar suas condições de saúde. As ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar ou reduzir o impacto das condições crônicas de que são portadoras caracterizam o autocuidado (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Mendes (2012) se utiliza da teoria do autocuidado apoiado, que se baseia nos critérios determinados como os “5 A’s”: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento, priorizando a informação e a educação para se autocuidar, a elaboração e o monitoramento de um plano de autocuidado para cada doença e ou doente, a saber:

- **Avaliação:** Avalie o conhecimento e as ideias sobre estilo de vida e condição de saúde; grau de interesse e confiança para assumir comportamentos mais saudáveis.

- **Aconselhamento:** Aconselhe, por meio de abordagem motivacional e educação autodirigida.

- **Acordo:** Estabeleça uma parceria com a pessoa para construir colaborativamente um plano de ação com a pactuação de metas específicas, mensuráveis e de curto prazo.

- **Assistência:** Auxilie—planejamento, planos de ação e habilidades como resolução de problemas, automonitoramento e prevenção de recaídas; avalie deslizes e recaídas; forneça material de apoio.

- **Acompanhamento:** Acompanhe e monitore periodicamente o processo, principalmente nas fases iniciais.

A educação em DM prevê uma parceria entre o educando e o educador com o objetivo de promover o autocuidado. Desta maneira, o processo educativo aumenta a autonomia dos pacientes. Para que este processo seja bem sucedido, o paciente deve ter participação ativa no processo de aprendizagem, devendo o conhecimento de cada pessoa ser valorizado assim como o tempo e o espaço para trocas de informações, garantidos. Este conhecimento sobre sua doença é fundamental para se conseguir a prática correta do autocuidado assim como a participação mais efetiva no tratamento, porém, a aquisição do conhecimento não induz necessariamente à mudança de comportamento (GRILLO *et al.*, 2013).

Azevedo *et al.* (2013) relatam uma das definições de doença crônica mais amplamente aceita, que é aquela proposta, em 1957, pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características: permanência, pre-

sença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados.

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT's vêm sendo classificados como modificáveis ou não modificáveis. Dentre os fatores modificáveis, está a hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, o diabetes *mellitus*, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, havendo clara relação entre o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNT's. Outros fatores não modificáveis são a hereditariedade, o sexo e a raça (CASADO; VIANNA; THULER, 2009).

Com o aumento da longevidade da população, muitos vivenciam o processo de envelhecer acompanhado do desenvolvimento de doenças crônicas, como o DM, que implica em adaptações aos hábitos de vida envolvendo a reeducação alimentar, a realização de exercícios físicos, o uso de medicamentos e o cumprimento de metas terapêuticas e de controle da doença (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2012).

As condições crônicas exigem um sistema de atenção que responda, de forma proativa, contínua e integrada, por meio do compromisso político com a Atenção Primária em Saúde (APS), à implementação de um acolhimento qualificado e das práticas inovadoras no âmbito da política e da atenção (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença metabólica, de evolução crônica, cursa com hiperglicemia, resultante da produção ineficiente ou inexistente de insulina, e/ou da resistência da ação deste hormônio nos tecidos periféricos. Apresenta-se como uma epidemia mundial e, conseqüentemente, como um grande desafio para os sistemas de saúde (WHO, 2011).

A doença pode ser classificada em quatro formas, são elas: tipo 1 – Que resulta da destruição de células β -pancreáticas, podendo levar a uma completa deficiência de insulina; tipo 2 – resultante do defeito progressivo na secreção de insulina; diabetes gestacional – diagnosticada durante a gravidez; e outros tipos de diabetes, que podem ser ocasionados por defeitos genéticos nas células β ou na ação da insulina (MEDEIROS *et al.*, 2014).

Quando se fala em pacientes com DM, é preciso um olhar diferenciado, pois é comum que os portadores de diabetes relatem sentimentos negativos em relação ao diagnóstico, ao tratamento da doença e à alimentação, como raiva, tristeza, contestação, depressão, dificuldade de raciocinar, mal-estar psicológico, desânimo e suscetibilidade a crítica. Estes sentimentos aumentam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de estresse, depressão e ansiedade, principalmente nas mulheres que, com frequência, têm dificuldade em realizar a dieta, pois compensam o sofrimento comendo em maior quantidade (PÉRES *et al.*, 2007).

Diante do contexto apresentado, determinamos como objetivo para a realização deste trabalho compreender como o autocuidado apoiado pode contribuir no gerenciamento do Diabetes *Mellitus*.

METODOLOGIA

O estudo de natureza qualitativa busca atingir melhor o objetivo proposto, conhecendo o objeto estudado tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ele se insere, aplicando-se ao estudo das percepções, das relações, das crenças, das representações, e das opiniões, procurando compreender

uma determinada situação na perspectiva dos indivíduos que a vivenciam. (MINAYO, 2010).

O período da pesquisa ocorreu nos meses de abril a junho de 2015, sendo realizada no Centro de Saúde José Paracampo, localizado na Secretaria Executiva Regional (SER) V. Os participantes, selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, deveriam ser diagnosticados com Diabetes *Mellitus* tipo 2, com, no mínimo, um ano de diagnóstico, serem maiores de idade e atendidos pelo Centro de Saúde José Paracampo. O total de participantes foi de 22 pacientes, sendo estes 4 homens e 18 mulheres. A coleta das informações ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas realizadas com os pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, na própria unidade de saúde. Outras técnicas, como observação participante e diário de campo, foram utilizadas. As entrevistas foram gravadas em um gravador digital portátil. No início da entrevista foi respondido um formulário estruturado de caracterização composto pelas seguintes perguntas: 1) Dados sobre o perfil do paciente: sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação; 2) Diagnóstico: tempo e tratamento; 3) Entrevista com questões norteadoras sobre o tema.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Autocuidado Apoiado consiste na sistematização de intervenções educacionais e de apoio realizadas pela equipe de saúde com o desígnio de ampliar a habilidade e a confiança

das pessoas em gerenciar suas condições de saúde. As ações que as pessoas desempenham no seu dia a dia para prevenir, controlar ou reduzir o impacto das condições crônicas de que são portadoras caracterizam o autocuidado (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Quando a atenção é centrada no usuário, esta se caracteriza por garantir acesso e a continuidade dos cuidados, fortalecendo a participação do usuário no plano de cuidados e, com isto, o usuário pode ter facilidade em expressar as suas preocupações. Apoiar o autocuidado, o cuidado entre todos os níveis do sistema de saúde facilita o estabelecimento dos objetivos terapêuticos e aumenta a confiança do usuário e de sua família no autocuidado (BERGSON, 2006).

A compreensão dos fatores de risco, de forma isolada ou associada, deve estar presente na população geral para proporcionar ações direcionadas à prevenção primária as quais possam ser inseridas no comportamento cotidiano. A educação da pessoa com diabetes, é um aspecto fundamental do cuidado na obtenção do controle da doença para, assim, prevenir ou retardar o desencadeamento de complicações agudas e crônicas, ajudando-os na promoção da qualidade de vida (PACE *et al.*, 2006).

O autocuidado se situa “entre o querer e o fazer”, permeado por vários fatores como falta de informação, habilidade, tempo ou dinheiro para mudar a alimentação, problemas emocionais, falta de confiança na capacidade de mudar, falta de apoio familiar e profissional e despreparo comunitário (MENDES, 2012).

A equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como modelo estruturante da atenção primária para responder aos problemas agudos e crônicos de uma população adscrita. No entanto, o modelo de gestão do cuidado

vivenciado no país ainda vem sendo organizado na perspectiva das condições agudas e de forma fragmentada nas intervenções realizadas (MENDES, 2012).

Entende-se por autocuidadores aquelas pessoas que têm informações sobre seu processo saúde-doença e são proativas. Por isto, o autocuidado apoiado envolve atividades inter-relacionadas do sistema de atenção à saúde, prover informações sobre a prevenção e o manejo da condição crônica e organizar estratégias para ajudar as pessoas a se tornarem proativas na prevenção e no gerenciamento de sua condição crônica. Tomando como base o princípio do autocuidado apoiado, o indivíduo tem responsabilidade sobre a sua própria condição de saúde permitindo que o profissional de saúde seja apenas um instrumento de apoio para que este tome consciência de sua condição e se torne seu próprio agente de saúde. (BODENHEIMER; GRUMBACH, 2007).

As intervenções de autocuidado prescindem *a priori* de uma relação de vínculo entre a equipe de saúde e as pessoas portadoras de doenças crônicas. O atendimento domiciliar valoriza a troca de experiências e saberes, aumentando este vínculo. A elaboração de orientações a partir da compreensão do contexto de vida do adoecido é fundamental para que este abrace o autocuidado. Esta abordagem assistencial, integral e humanizada busca melhorar o conhecimento sobre a patologia, aproximando o adoecido de seu tratamento tornando-o autônomo e responsável pela sua saúde (TORRES; SANTOS; CORDEIRO, 2014).

Secretarias municipais de saúde, como exemplo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, ao construir manuais para o profissional de saúde sobre o autocuidado apoiado, se preocupam com a abordagem individual e a coletiva para o processo de mudança de comportamento e de autocuidado e se ba-

seiam, também, na Técnica dos 5 A's e na utilização de um Caderno de Exercícios. Este é um material de apoio que traz vários instrumentos de avaliação, planejamento e monitoramento do processo de mudança, favorecendo o aprendizado e aumentando a auto-eficácia dos portadores da doença para lidarem com o seu cotidiano (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Para Giovanella *et al.* (2012), a coordenação dos cuidados se torna cada vez mais indispensável, em razão do envelhecimento populacional, das mudanças no perfil epidemiológico que evidenciam a crescente prevalência de doenças crônicas, e da diversificação tecnológica nas práticas assistenciais. O cuidado do doente crônico resulta em interdependência entre as unidades de saúde, pois este utiliza, simultaneamente, serviços de diversas complexidades, o que demanda coordenação entre serviços, função que deve ser exercida pela APS.

A fragilidade do conhecimento sobre diabetes, as causas e as complicações para o manejo da doença entre os participantes, que podem estar relacionados com fatores intrínsecos às pessoas e ao sistema de saúde, dificultando o acesso às informações fundamentais, sinalizam aos profissionais a necessidade de redirecionar as estratégias para o atendimento da pessoa com diabetes, considerando os fatores biopsicossociais e os recursos existentes na unidade de saúde (BOAS *et al.*, 2011).

Com relação a alguns pacientes, fica claro que há o conhecimento sobre o que é a doença e de como deve ser o autocuidado. Dona Graça, demonstrando uma fala mais consciente, disse:

“O cuidado pra diabetes pra mim é não comer salgado, fritura, doce... Eu sinto muita falta de doce. O autocuidado é não comer as coisas que suba a doença. Eu cuido, porque eu tenho medo que suba muito. A doença cega pode perder alguma parte do corpo, então, eu cuido porque eu não quero que isso aconteça comigo”.

Dona Guiomar já aborda a doença assim:

“Diabetes é o sangue doce. Eu tomo remédio, me livrei do açúcar. Minha filha fica no pé e aí eu consigo fazer as coisas, mas é difícil, o doce é a minha preocupação. Eu gosto de comer muita comida, eu como tudo. Mas o doce eu não como”.

Como alguns, Dona Guiomar se preocupa apenas com alguns pontos.

Dona Maria Luiza, assim como uma parte dos pacientes, afirma:

“Com o diabetes eu não como carne de porco, nem doce... o resto é tomar o remédio. Mas eu nem sinto fome”.

As práticas educativas em saúde têm estado presentes no cotidiano dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de saúde, porém, não têm conseguido, via de regra, gerar grandes transformações que tenham impacto no modo de vida da população, em suas condições de saúde e na construção de sua cidadania. Deve-se, ainda, salientar que o processo educativo deve ser de qualidade, garantir uma relação significativa entre o profissional e a clientela, procurando, desta forma, assistir, adequadamente, aos educandos, visando a um aprendizado satisfatório, assim como estimular o educador (profissional) de saúde acerca da utilização de práticas educativas condizentes com a realidade da clientela (DURAN; COCCO, 2003).

O cuidado de si se constitui, simultaneamente, como um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos. Uma prática de intuito e responsabilidade absolutamente individuais, mas que pode ter estímulo de apoiadores. No autocuidado apoiado, o indivíduo tem responsabilidade por sua própria condição de saúde permitindo que o profissional de saúde seja

apenas um instrumento de apoio para que este tome consciência de sua condição e se torne seu próprio agente de saúde (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMBACH, 2002).

Dona Maria Luiza, de 82 anos, já convive com a diabetes há muito tempo e relata:

“Já faz uns 30 anos que tenho a doença, eu me cuidava, mas eu nunca fui de comer doce... é muito difícil. Mas, logo quando descobri, o médico botou medo e disse que se eu comesse ia passar muito mal, aí eu não comi mais. Eu cuido muito bem de mim”.

O profissional de saúde, neste caso o médico, foi um ponto chave para que a paciente se empenhasse em se autocuidar.

O mesmo já não acontece com o Sr. Bernardo que, ao descobrir a doença, exercia um autocuidado maior que hoje: *“Eu descobri o diabetes tem uns 11 anos, o cuidado que tinha antes era maior do cuidado que tenho hoje”.*

Mesmo sabendo de todas as implicações, é muito comum encontrar pacientes que, no decorrer dos anos, descuidam e, com isto, acabam sofrendo as consequências da Diabetes.

Ao se falar de adesão ao autocuidado define-se como a extensão em que o comportamento da pessoa se refere ao uso de medicação, ao seguimento de dietas e à prática diária de atividades físicas para o favorecimento da mudança de comportamento e adoção de hábitos de vida saudáveis. A adesão não pode ser pensada como um construto unitário, mas, sim, multidimensional (BOAS *et al.*, 2011).

Dona Graça é bem consciente do seu papel como diabética, de acordo com sua fala, cita várias condutas de autocuidado:

“Eu acho que o autocuidado é tomar os remédios, cuidar da alimentação, não se ferir, não fazer por onde se machucar, se cortar... Eu tenho uma tia que já amputou as duas pernas. Na minha família todos tem diabetes”.

Alguns, como Dona Vilma, citam apenas uma forma de autocuidado: *“Meu cuidado é só tomar o remédio”*. Pacientes assim, em sua maioria, apresentam maiores complicações com suas taxas de glicose alterada. Vale salientar que, para estes pacientes, ingerir apenas a medicação repassada pelo médico é a forma de autocuidado deles e assim acreditam estar fazendo o máximo de cuidado possível.

Na educação do autocuidado no DM, observa-se que os usuários reconhecem a dieta e a prática regular de atividades físicas como fatores importantes para o controle da doença. No entanto, estes não foram relatados como hábitos praticados com frequência pela maioria. A educação e a transferência de conhecimento é um processo difícil, especialmente no caso do diabetes, com diferentes graus educacionais e com diferentes bases sociais e ambientais (TORRES *et al.*, 2013).

Para o Sr. Bernardo, o fato de caminhar diariamente, não com calçado adequado, mas com sua sandália de dedo é caracterizado como atividade física. Ao perguntar se o mesmo praticava alguma atividade física, responde: *“Eu passo o dia andando vendendo minhas coisas”*. Ao ser questionado de que não é assim que se pratica uma atividade ele responde: *“E vale não como exercício? Mas eu tenho cuidado com o alimento e me afasto do doce”*. Debater com o paciente e trazer uma consciência daquilo que deve ser feito é um trabalho árduo da equipe que o acompanha.

Para alguns, como Dona Maria Luiza, a conscientização da atividade física não é o suficiente, e aponta outros problemas embutidos em sua realidade: “...*Saber eu sei que precisa caminhar, mas eu não caminho. Eu fico com medo de sair de casa, e também não gosto de sair sozinha, não tem quem vá comigo*”.

A gravidade do DM pode ser suavizada pelo autocontrole, por meio da vontade das pessoas, por ela estar sujeita a experimentar sensações e emoções exacerbadas pelas dificuldades envolvidas, assim como pela comorbidade, comum aos portadores de diabetes. Entender o autocuidado como fator dependente da disposição individual é fundamental na compreensão do conhecimento das práticas de autocuidado e dos hábitos praticados, uma conduta que pode estar atrelada à invisibilidade da doença somada à sua natureza progressiva e degenerativa (BARSAGLINI, 2006).

Sr. José afirma: “*No começo agente faz a dieta, né? Cuida mesmo, mas, depois, a gente se acostuma e não continua...*” É uma fala bem comum entre os diabéticos, a de que, no início da doença, o cuidado ser maior, porém como não há alterações visíveis acabam relaxando e não mantendo a dieta.

Outras falas como as de dona Zilah e dona Zeneida, respectivamente, demonstram outra realidade.

“*Eu controlo a comida, mas tem dia que eu exagero... eu moro sozinha, às vezes, eu não consigo. Eu gosto muito de biscoito recheado, aí ela [diabetes] sobe. Mas eu não penso muito não na doença*”.

“*Hoje eu tenho medo, sabe? Porque aqui e acolá eu sinto uns calafrios... E eu já sei que é quando ela [a diabetes] sobe, aí, eu passo uns dias fazendo bem direitinho. Mas aí eu não aguento porque tem hora que ela [a diabetes] pede doce, aí eu como ...*”.

Segundo Barsaglini (2006), o gerenciamento do diabetes está relacionado com o uso de medicação, mudança de

comportamentos (dieta e exercícios físicos) e monitoramento da taxa de glicemia. Porém, reproduzir verbalmente estas recomendações não corresponde a observá-las integralmente (fato que intriga os profissionais de saúde), pois os comportamentos em relação ao diabetes se orientam, em parte, por conceitos, critérios, princípios, fatores e valores, às vezes, incompatíveis com as prescrições, requerendo que ajustes sejam feitos para viabilizar o controle da enfermidade. A extravagância representada pelo consumo “extra” e excessivo, aliada à combinação inadequada de alimentos nas formas líquidas e sólidas, figuram entre as causas do diabetes.

Segundo Camargo-Borges e Japur (2008), com a busca por um maior vínculo com a comunidade, pela participação popular e co-responsabilidade em aspectos do processo saúde-doença, práticas tradicionais em saúde estão sendo questionadas, conseqüentemente, também, a adesão ao tratamento, que vinham sendo compreendidas dentro de uma lógica moralista e higienista, isto é, pautadas por uma concepção de que cuidar da própria saúde implicaria em seguir à risca as normas e diretrizes prescritas por um especialista. No entanto, tanto o autocuidado quanto a adesão ao tratamento são construções sócio-históricas que nem sempre estiveram relacionadas à idéia de que as pessoas que não aderem à terapêutica proposta para o seu tratamento não cuidam da própria saúde.

A maioria das pessoas portadoras de DM apresenta motivação muito fraca para a mudança no estilo de vida e, conseqüentemente, vivenciar a prática do autocuidado, pois precisam mudar seu comportamento e atitudes ao longo da vida, diferentemente de um portador de doença aguda que possui um alto grau de motivação, pois, quando o tratamento é eficaz, consegue a cura da doença (MENDES, 2012).

Para alguns que já está há mais de 30 anos com a doença, fica clara a desmotivação em seguir adiante:

“Diabetes pra mim é chateação. Porque a velhice é muito ruim. Porque é um sofrimento, eu tenho 80 anos, é muita coisa pra resolver. Hoje em dia não dá pra fazer nada, só tomar os remédios... Eu nunca fui de fazer exercícios”.

Outros apenas abstraem a diabetes: *“Eu não gosto de pensar na doença porque senão eu ia viver preocupada, o segredo é não pensar”.* Com isto, pelo fato de não pensar na doença, consequentemente, se consideram não praticantes do autocuidado, mas, ao mesmo tempo, não cometem excessos, o que não deixa de ser uma prática de autocuidado.

Há aqueles que sabem exatamente o que fazer, porém os familiares não se comprometem em apoiá-los:

“A dificuldade da comida, é porque agente quando vai fazer a comida em casa não faz só pra gente, tem que fazer pra todo mundo, e nem todo mundo de casa gosta da dieta, aí fica mais difícil seguir, então, eu acabo comendo o que eles comem. Por exemplo, a farinha eu sei que não posso comer muito, né? Mas eu faço farofa pros outros e acabo comendo junto”.

Os diabéticos não apresentaram a atitude positiva esperada para a mudança de hábitos e necessária à manutenção do controle metabólico. O estímulo ao autocuidado necessita não somente de quem o faz, o paciente, mas também do profissional de saúde que o acompanha, pois, não sendo prática comum realizada pelos pacientes, há a necessidade de se elaborar estudos que possam fomentar a prática do autocuidado apoiada na APS, buscando, desta forma, motivação e envolvimento das pessoas com doenças crônicas como agentes produtores sociais

de sua saúde (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde considera o autocuidado como ingrediente essencial no cuidado à saúde, a ser complementado por recursos técnicos e profissionais. O indivíduo, ao adquirir um hábito positivo em relação a sua doença, sair do status de desinformação e adquirir o desejo de querer mudar ou agir, pode, além de se informar, interessar-se, envolver-se e, finalmente, tornar-se atuante no processo de transformação (BRASIL, 2008).

Dona Zilah é prova de que a mudança de hábito na rotina é possível e não se torna dolorosa, pois a adaptação é gradual e lenta:

“Eu não acho difícil se cuidar, porque já entrou na minha rotina, eu já tô acostumada, porque eu não quero ter nenhum problema”.

A categoria controle é central para profissionais e adoecidos, mas carrega significados diferentes, embora coincidam com a dimensão gerencial do diabetes, apresentando pontos de convergência e divergência. Para gerenciar o diabetes, o adoecido elabora e aprimora rotinas, levando em conta, simultaneamente, as atividades cotidianas que despendem esforços físicos, a dieta e os medicamentos, para manter a glicemia em níveis aceitáveis/toleráveis. Estas medidas se destinam a controlar o diabetes e evitar crises hiper e hipoglicêmicas ou sintomas/sensações desagradáveis, e não a impedir o desempenho dos compromissos diários. Os ajustes serão viáveis, porém, se forem coerentes, ao menos em parte, com os valores do adoecido preexistentes ao diabetes (BARSAGLINI, 2011).

As práticas educativas em saúde se dividem entre posturas tradicionais, autoritárias e verticalizadas, e posturas que

valorizam o diálogo e o saber popular como ponto de partida para as intervenções em saúde. Tais posturas demarcam a evolução do conhecimento sobre o ser humano, sua relação com a sociedade e suas condições de vida (CYRINO; GODOY; CYRINO, 2014).

Incorporar a conversa como recurso de cuidado em saúde passa por uma crítica à forma tradicional de conversar nesta relação – um profissional detentor de saber falando para um usuário desprovido de saber, com o intuito de educá-lo para um melhor comportamento em saúde. O que está se enfatizando é a necessidade da interlocução, para que haja viabilidade na proposta de um novo paradigma em Saúde Pública, em que ações conjuntas entre profissionais e população rompem com a tradicional hierarquia rígida nas relações de saber/poder, legitimando assim, outras descrições de vivências de saúde/doença (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008).

É importante considerar que tanto a adesão ao tratamento quanto o autocuidado para o controle metabólico são fenômenos complexos que podem ser influenciados por fatores socioculturais, ambientais e psicológicos, tais como as crenças em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes *mellitus* é citado entre as dez maiores causas de óbito na maioria dos países. As mortes precoces, geralmente causadas pelas complicações relacionadas a essa enfermidade poderiam ser evitadas. Os diabéticos e seus familiares necessitam de conhecimentos satisfatórios sobre a doença visando ao tratamento adequado e à conseqüente prevenção das complicações, melhorando sua qualidade de vida.

De acordo com Cavalcante e Oliveira (2012), todos vivenciam a vontade de mudar sem ter de fazer o que é preciso para isso, ou seja, o “querer e não querer”, “o saber e o realizar”. Esta ambivalência é natural no processo de mudança, as pessoas aprendem a lidar com ela e fortalecem o propósito de alcançar os resultados desejados. As autoras estimulam a prática de atividades em grupo, onde as pessoas podem responder individualmente e depois em conjunto, as vantagens e as desvantagens de mudar e não mudar um comportamento. A troca de idéias aumenta o repertório de todos e propiciando uma maior reflexão.

Portanto, os profissionais de saúde, assim como os programas de saúde devem investir mais tempo nos atendimentos na tentativa de repassar mais informações e orientações que possam produzir uma pro atividade e gere mudança no comportamento frente ao DM.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. L. S. *et al.* Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, set. 2013.

BARSAGLINI, R. A. **As representações sociais e a experiência com o diabetes**: um enfoque socioantropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BARSAGLINI, R. A. **Pensar, vivenciar e lidar com o diabetes**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

BERGSON, S. C. A systems approach to patient centered-care: commentary. **JAMA**, v. 296, n. 23, dec. 2006.

BOAS, L. C. G. *et al.* Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes *mellitus*. **Textocontexto – enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 272-279, jun. 2011.

BOAS, L. C. G. V.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. Adesão de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, abr. 2014.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Improving chronic care: strategies and tools for a better practice.** New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. **JAMA**, v. 288, n. 15, p. 1909-1914, oct. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. Informes Técnicos Institucionais. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 1-2, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Educação em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando os sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 64-71, 2008.

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, jun. 2011.

CARRIJO, R. C.; RASERA, E. F. Como negociar a responsabilização em conversas sobre viver com diabetes. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 653-663, 2013.

CASADO, L.; VIANNA, L. M.; THULER, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (Org.). **Autocuidado apoiado**: Manual do profissional de Saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

COELHO, M. S.; SILVA, D. M. G. V.; PADILHA, M. I. S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, mar. 2009.

CYRINO, A. P. P. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus**: contribuições à Educação e Comunicação em Saúde. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CYRINO, A. P.; GODOY, D.; CYRINO, E. G. (Org.). **Saúde, ensino e comunidade**: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Software educativo sobre diabetes *mellitus* para profissionais de saúde etapas de elaboração e desenvolvimento. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 104-107, jan./fev. 2003.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistemas de saúde pública no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GRILLO, M. F. F. *et al.* Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 4, p. 400-405, ago. 2013.

LESSMANN, J. C.; SILVA, D. M. G. V.; NASSAR, S. M. Estresse em mulheres com Diabetes *mellitus* tipo 2. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 451-456, jun. 2012.

MACLEAN, H. M. Patterns of diet related self-care in diabetes. **Social Science & Medicine**. v. 32, n. 6, p. 689-896, 1991.

MÁSSIMO, E. A. L.; FREITAS, M. I. F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. **Saúde e Sociedade**. v. 23, n. 2, p. 651-663, jun. 2014.

MEDEIROS, P. M. *et al.* Processo de cuidar do portador de diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. **Com. Ciências Saúde**, v. 24, n. 3, p. 251-258, 2014.

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

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

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

OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

PÉRES, D. S. *et al.* Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 15, n. 6, nov./dez. 2007.

RODRIGUES, F. F. L. *et al.* Conhecimentos e atitudes: componentes para a educação em diabetes. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 17, n. 4. jul./ago. 2009.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 349-352, 2014.

TORRES, H. C. *et al.* Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. **Ciência e Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2013.

TORRES, H. C.; SANTOS, L. M.; CORDEIRO, P. M. C. S. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 1, fev. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Technical report**: definition and diagnosis of diabetes *mellitus* and impaired glycaemic regulation. Geneva: OMS, 2011.

ZHANG, P. *et al.* Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v. 87, p. 293-301, 2010.

CAPÍTULO 5

POLÍTICAS PÚBLICAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Kellyane Munick Rodrigues Soares Holanda

Luilma Albuquerque Gurgel

Erasmus Miessa Ruiz

INTRODUÇÃO

Com os avanços da medicina, a sobrevivência de pacientes com doenças graves consideradas anteriormente irrecuperáveis aumentou significativamente. Porém, em muitos casos, levou ao prolongamento do processo de morrer às custas de sofrimento adicional para o paciente e seus familiares (LAGO, 2005).

Um dos grandes objetivos dos cuidados paliativos é oferecer controle objetivo de sintomas em todas as suas expressões, seja esta física ou emocional, e não somente aos cuidados técnicos e invasivos que, na maior parte das vezes, apenas trazem maior sofrimento para a pessoa e para a sua família (GUEDES; SARDO; BORENSTEIN, 2007). A Organização Mundial da Saúde (2002) afirma que os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que põem em risco a vida.

A OMS (2002) enfatiza que o tratamento paliativo não exclui o tratamento ativo, assim como o tratamento ativo não exclui o paliativo, isto porque os princípios dos cuidados paliativos devem ser aplicados mais cedo, ainda no curso da doença, em conjunto com o tratamento ativo e ser gradualmente incorporado do diagnóstico até a morte (INCA, 2015).

Portanto, esta abordagem deve ser iniciada tão logo haja o diagnóstico, mesmo durante o tratamento com intenção curativa, com o objetivo de realizar o manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. Assim, durante a fase terminal em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se impõe para, através de seus procedimentos, garantirem a qualidade de vida e a autonomia do paciente (INCA, 2013). Durante esta etapa, não apenas o paciente, mas, também, sua família necessita de cuidados especiais, portanto, os cuidados paliativos são cuidados globais, realizados por uma equipe multidisciplinar.

Os profissionais de saúde precisam estar preparados para receber e cuidar desses pacientes em situações de prognóstico grave e doença em fase avançada, em que a problemática da morte é uma constante, necessitando compreender as reações e os comportamentos que eles apresentam diante da morte para assisti-los em suas necessidades durante o processo de finitude (COSTA; LIMA, 2005). Este tipo de cuidado atenua o sofrimento e reduz o desconforto dos problemas sejam eles físicos, psicológicos, emocionais ou espirituais. O objetivo é permitir que o paciente possa viver o tempo que lhe resta da melhor forma possível e com dignidade (ARAÚJO, 2006).

Estes aspectos para uma assistência compatível com os bons cuidados no fim da vida constituem um desafio para os sistemas de saúde, tanto em países desenvolvidos quanto em

países em desenvolvimento (RAJAGOPAL; MAZZA; LIMAN, 2003; REGO, 2006). Para que haja um tratamento a pacientes em sua finitude é necessária, segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), uma equipe interdisciplinar, com a composição mínima de um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e, pelo menos, um profissional da área da reabilitação. Todos os profissionais envolvidos na prática da palição devem ser treinados e especializados a fim de avaliar e controlar, de forma impecável, não somente a dor, mas todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual (ANCP, 2009).

Dessa forma, os profissionais que assistem o paciente em cuidados paliativos devem atender a um amplo leque de necessidades. Entretanto, segundo Oliveira, Santos e Mastropietro (2010), muitas vezes, o suporte psicossocial é negligenciado, priorizando-se os cuidados técnicos.

Uma pesquisa realizada pela Revista *"The Economist"*, classificou 40 países em um ranking de qualidade de morte. O Brasil é apontado como um dos piores países para morrer, ficando atrás apenas da Índia e Uganda. O estudo apontou a Inglaterra como o melhor país para morrer. Dentre os fatores pontuados que contribuem para a melhor qualidade da morte estão os cuidados prestados aos pacientes no fim da vida e a quantidade de analgésicos disponíveis para o controle da dor (THE ECONOMIST, 2010).

Segundo a OMS, todos os anos, mais de 20 milhões de pacientes necessitam de cuidados no fim da vida, dentre os quais 6% são crianças. Caso fossem incluídas todas as pessoas que poderiam receber esses cuidados na fase inicial da doença, este percentual subiria para 40 milhões (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

Neste sentido Pimenta (2010) preconiza a compaixão, o não abandono, a não suspensão de tratamentos e a não indução da morte; não se recomenda tratamentos fúteis, aceita-se o limite da vida e o objetivo é o cuidado e não a cura. É fundamental cuidar, educar, acolher, amparar, advogar, aliviar desconfortos, controlar sintomas e minimizar o sofrimento. Estas devem ser ações cotidianas na vida dos profissionais em cuidados paliativos.

No Brasil, são escassas as unidades de cuidados paliativos. É um tipo de cuidado mais frequentemente encontrado no atendimento domiciliar, em especial, para as classes mais favorecidas economicamente (SIMONI; SANTOS, 2003). Para Costa Filho *et al.* (2008), os cuidados paliativos devem integrar todos os setores de cuidados em saúde tais como emergências, unidades de terapia intensiva, enfermarias, internações domiciliares e os hospices.

Pessini (2007) esclarece que o hospice, fundamentalmente, não é um lugar físico, mas, antes, uma filosofia de cuidados que se caracterizam pelo serviço prestado onde quer que o paciente se encontre. Em alguns casos, o hospice provê um lugar institucional para morrer, porém, em geral, proporciona cuidados aos pacientes na fase final de suas vidas em suas próprias residências.

A palavra 'hospice', incorpora em sua missão esse caráter acolhedor e a noção, bastante difundida, da doença como uma jornada a ser percorrida pelo paciente e por sua família ou cuidador (SAUNDERS, 2005).

Em 1967, em Londres, *Cicely Saunders fundou o Saint Christopher's Hospice*, que deu início ao que se chama hoje de hospice moderno. No Brasil, com base nas fontes disponíveis, temos que o primeiro hospice, ou seja, o primeiro lugar onde

pacientes eram assistidos no processo de finitude, não apenas centrado no cuidado físico, mas também na assistência emocional, tenha sido criado em 1944, na cidade do Rio de Janeiro, no bairro da Penha, fundado pelo então diretor do Serviço Nacional de Cancerologia, Mário Kroeff, e chamado Asilo da Penha (BRASIL, 2007).

A tendência futura, em médio prazo, é que o crescimento dos cuidados paliativos se intensifique ainda mais no país, com mais profissionais se dedicando a esta área na medida em que suas entidades de classe têm lutado para mudanças na legislação que favoreçam a disseminação deste campo de atuação (LEMONICA; BARROS, 2007). Como grande avanço, podemos destacar o reconhecimento da medicina paliativa como área de atuação médica.

No caso da medicina, o profissional médico tem como obrigação de ordem legal e moral agir em benefício dos pacientes e, em algumas situações, este benefício pode consistir em não intervir, ou seja, deixar os doentes morrerem em paz e com dignidade, respeitando-se a autonomia da pessoa que está morrendo ou de seu representante legal (PITHAN, 2004). Com isto, o Código de Ética Médica Brasileiro prevê que a devida assistência médica aos pacientes em final de vida consiste em lhes fornecer os meios terapêuticos suficientes para evitar o sofrimento do processo de morrer. Dentre os princípios fundamentais temos que: “XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

Diante da realidade brasileira vigente e do decisivo papel de assistência no momento da morte, surgiu a necessidade de

se buscar subsídios a fim de sensibilizar gestores e profissionais de saúde para garantir a assistência a pacientes onde a terapia curativa não é mais o foco principal do tratamento.

Diante desta realidade questionamos: Como é a abordagem/assistência de pacientes diagnosticados com doenças ameaçadoras da vida? Quais as políticas de assistências a estes pacientes? Quais os interesses e papéis dos órgãos públicos referentes aos cuidados no fim da vida?

Considerando o cuidado paliativo como o momento em que se começa a promover melhor qualidade de vida a pacientes em situação de finitude, por possibilitar um tratamento baseado no cuidado e na atenção para que se tenha uma morte digna, percebe-se a necessidade de estimular sua prática no Brasil, país onde a qualidade na morte ainda é muito precária. Assim, faz-se necessária a realização deste estudo que visa identificar as políticas públicas brasileiras relacionadas à assistência de pacientes em cuidados paliativos.

METODOLOGIA

Com o propósito de identificar as políticas públicas relacionadas aos cuidados paliativos, desenvolveu-se um estudo documental que tem a característica de destacar a importância das informações que podem ser geradas a partir de um olhar cuidadoso e crítico das fontes documentais.

A análise dos dados foi desenvolvida utilizando-se a Análise de Discurso (AD) embasada na linha francesa, que faz uma articulação entre o linguístico, o social e o histórico (MELO, 2005), constituindo um enfoque teoricamente coerente com a análise de fala e textos (BAUER, 2002). Segundo Mutti (2003), este método tem a pretensão de interrogar os

sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, que podem ser entrecruzadas com séries textuais ou imagens ou linguagem corporal. Da mesma forma, Bauer (2002) afirma que todo material, tanto construído no processo da pesquisa como o produzido com outra finalidade, isto é, materiais textuais e imagens, pode ser analisado com esta técnica. Para Pêcheux (2002), a AD é uma técnica que utiliza leitura interpretativa e, embora seja mais relevante para as ciências da linguagem, está presente também na produção das ciências humanas e pode ser utilizada pelo cientista em geral.

A pesquisa foi realizada no período de janeiro a julho de 2015, utilizando a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde (<http://bvsmms.saude.gov.br>). Foram selecionados nesta base de dados documentos oficiais do Ministério da Saúde que tratam de assuntos relacionados à assistência em cuidados paliativos. A busca se deu por meio das seguintes palavras-chaves: políticas públicas e cuidados paliativos. Foram excluídos os documentos oficiais do Ministério da Saúde que se encontram revogados.

Após a busca na base de dados e a aplicação do critério de exclusão, a amostra final deste trabalho ficou constituída de 5 documentos oficiais. O Quadro 1 apresenta a identificação de cada documento, conteúdo e endereço eletrônico.

Quadro 1 – Documentos oficiais selecionados para a análise.

Identificação	Conteúdo	Endereço eletrônico
Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002	Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html
Portaria nº 1.319, de 23 de julho de 2002	Cria, no âmbito do Sistema único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor.	http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/centros-tratamento-dor/centros-tratamento-dor/portaria-gmms-no-1319-de-23-de-julho-de-2002.pdf
Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012	Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html
Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013	Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013	Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências.	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos últimos anos, temos visto uma crescente iniciativa em ofertar um cuidado integral à pessoa com doença crônica, incurável e/ou fora de possibilidades terapêuticas. Esta preocupação se deve, possivelmente, ao fato de as doenças crônicas se configurarem como um dos principais problemas de saúde no Brasil. Atualmente, estas respondem por mais de 70% das causas de mortes no país (IBGE, 2014).

O discurso das portarias listadas aponta para duas categorias que podemos definir como: estrutura de serviços e implementação de programas.

A Portaria n.º 19, de 3 de janeiro de 2002, em seu artigo 1º, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. São objetivos deste programa:

A – articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos; B – estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada; C – articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos; D – desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, relativas, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éti-

cos; E – desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria.

A Portaria nº 19, uma iniciativa importante do governo federal, mostrando seu compromisso com a implementação dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, não incluiu estratégias de mudança do modelo assistencial já praticado pelos serviços voltado para a prática curativa, porém, pode ser considerada um marco na implantação dos cuidados paliativos.

Assim, a Portaria nº 1.319, publicada no mesmo ano, procurou estruturar estes serviços voltados para a assistência às pessoas acometidas por dor, criando, no âmbito do SUS, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica são hospitais cadastrados pela Secretaria de Assistência à Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia de Tipo I, II ou III, bem como aqueles hospitais gerais que, devidamente cadastrados como tal, disponham de ambulatório para tratamento da dor crônica e de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência aos portadores de dor crônica de forma integral e integrada e tenham capacidade de se constituir em referência para a rede assistencial do estado na área de tratamento da dor crônica.

A OMS preconizou, como uma das três prioridades no sistema de saúde, o controle da dor e cuidados paliativos, sugerindo que cada governo incluísse estratégias a fim de garantir a qualidade de vida dos pacientes com câncer (OMS, 2002). Percebe-se, pela leitura das Portarias, que seus discursos evidenciam a preocupação do governo em atender as recomendações da OMS, uma vez que cria um modelo de atenção a pacientes em terminalidade a fim de garantir um cuidado integral.

Dez anos após a publicação da Portaria nº 1.319, ou seja, em 2012, foi publicada a Portaria nº 2.809, que estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. O artigo 2º desta Portaria estabelece que os Cuidados Prolongados, poderão ser organizados em Unidades de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP) ou ainda em Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP).

Esta Portaria pareceu ser uma nova iniciativa em prol dos cuidados paliativos, entretanto, seus artigos 3º e 4º estabelecem que os Cuidados Prolongados se destinem a usuários em “situação clínica estável”, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico, tendo como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo. Percebe-se, portanto, que esta não foi uma iniciativa em prol dos cuidados paliativos, sendo estes diferentes daqueles denominados cuidados prolongados.

No ano seguinte, 2013, a publicação da Portaria nº 874, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS, foi uma oportunidade de o governo demonstrar sua preocupação e interesse na prestação de cuidados paliativos, uma vez que o câncer está muitas vezes associado à terminalidade.

O artigo 2º desta Portaria determina como objetivo da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença assim como a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Percebe-se, portanto, que a temática “cuidados paliativos” é abordada logo no início da Portaria, compondo o rol de objetivos desta nova Política.

De acordo com o artigo 13, da Portaria nº 874, fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento assim como os cuidados paliativos, devendo ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado.

Os cuidados paliativos também são contemplados dentre as diretrizes referentes ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado integral no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer. Tais diretrizes são determinadas no artigo 14 da Portaria, sendo estas, além da oferta de reabilitação e de cuidado paliativo para os casos que os exijam, o tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras, de forma mais próxima possível ao domicílio da pessoa, observando-se os critérios de escala e de

escopo; o atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e de evolução da doença; e a realização de tratamento dos casos raros ou muito raros que exijam alto nível de especialização e maior porte tecnológico em estabelecimentos de saúde de referência nacional.

A responsabilidade de organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, de acordo com o artigo 21, considerando-se todos os pontos de atenção bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários às ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, compete ao Ministério da Saúde, às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores.

Os cuidados paliativos também são abordados na Seção II, da Portaria nº 874, que trata das Responsabilidades das Estruturas Operacionais das Redes de Atenção à Saúde. Esta Seção determina que os pontos de atenção à saúde garantam tecnologias adequadas e profissionais aptos e suficientes para atender a região de saúde. Estes pontos de atenção à saúde devem ser caracterizados, a fim de obedecer a uma definição mínima de competências e de responsabilidades, por meio da articulação dos diversos componentes da rede de atenção à saúde.

Dentre as competências e responsabilidades estabelecidas pela Portaria para cada componente da rede, algumas envolvem os cuidados paliativos, como exemplo, realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centros de Alta Com-

plexidade em Oncologia (CACON), articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção, conforme proposta definida para a região de saúde, sendo esta uma competência do componente Atenção Básica.

Sobre o componente Atenção Domiciliar e envolvendo cuidados paliativos, a Portaria indica: realizar o cuidado paliativo de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa com câncer; e instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar.

Além dos componentes Atenção Básica e Atenção Familiar, a Portaria inclui os cuidados paliativos do paciente com câncer também como competência do componente Atenção Especializada, sendo este composto por ambulatórios de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados habilitados para a assistência oncológica que devem apoiar e complementar os serviços da atenção básica.

O componente Atenção Especializada é constituído por Atenção Ambulatorial, Atenção Hospitalar e Rede de Urgência e Emergência. Dentre estes, os cuidados paliativos estão inseridos como competência da Atenção Hospitalar. Segundo Costa Filho *et al.* (2008), os cuidados paliativos devem integrar todos os setores de cuidados em saúde tais como emergências, unidades de terapia intensiva, enfermarias, internações domiciliares e os hospícios. Porém, devido à demanda natural dos profissionais de saúde de encaminhar pacientes no final da vida para a Atenção Domiciliar, foi que surgiu a necessidade de ampliar a abordagem dos Cuidados Paliativos para a atenção domiciliar ganhando assim o reconhecimento dessa abordagem como importantíssimo modelo assistencial (BRASIL, 2012).

Embora a Portaria nº 874 tenha contribuído para a disseminação da prática dos cuidados paliativos no Brasil, esta tem seu foco voltado para o paciente com câncer não sendo este o único tipo de paciente que deve se beneficiar de tais cuidados. Na verdade, todos os pacientes com doença ameaçadora da continuidade da vida, com qualquer prognóstico, em qualquer idade e a qualquer momento da doença pode ser assistido paliativamente.

No mês seguinte à publicação desta Portaria, foi divulgada a Portaria nº 1.208, que institui a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS), com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Embora esta Portaria não mencione os cuidados paliativos como responsabilidade de qualquer destes Programas, seus objetivos permitem inserir o paciente terminal dentre aqueles que podem ser beneficiados pelo atendimento domiciliar, uma vez que estes, muitas vezes, buscam atendimento hospitalar de urgência ou emergência. Os objetivos da integração da Atenção Domiciliar com o Programa SOS Emergências estabelecida pela Portaria são:

- I – Evitar internações hospitalares desnecessárias de pacientes atendidos nas Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências;
- II – proporcionar o abreviamento de internações hospitalares, quando indicado clinicamente, possibilitando ampliação dos leitos de retaguarda para as Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências;
- III –

Humanizar o cuidado aos pacientes em internação hospitalar e atendidos nas Portas de Entradas Hospitalares de Urgência que compõem o Programa SOS Emergências, possibilitando que sejam acompanhados no ambiente domiciliar pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD).

O artigo 3º da Portaria nº 1.208 estabelece que cada hospital que compõe o Programa SOS Emergências contará com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar. Desta forma, verifica-se a possibilidade de o atendimento em domicílio contemplar os cuidados paliativos, uma vez que para estes é necessária uma equipe multiprofissional e não apenas a presença do médico.

Após a análise destes documentos, verifica-se que não houve definições das diretrizes nacionais sobre cuidados paliativos, especificamente, assim como orientações sobre a sua prática. Estas e outras fragilidades, certamente, contribuíram para a falha na implantação de cuidados paliativos no SUS. Para Pastrana *et al.* (2012), as iniciativas de criação de serviços de cuidados paliativos encontradas no SUS são dispersas e isoladas, constituindo iniciativas pontuais de gestores e de trabalhadores de saúde.

À GUIA DE CONCLUSÃO

A análise do discurso dos poucos documentos oficiais encontrados permitiu identificar que a preocupação do Ministério da Saúde em oferecer cuidados paliativos data de 2002,

entretanto, nesses últimos 13 anos, poucos foram os documentos e programas instituídos que tiveram como principal beneficiário o paciente em terminalidade ou como objetivo principal a prestação de cuidados paliativos. Além disto, os documentos deixam clara a associação da dor e do câncer aos cuidados paliativos, contudo, estes não são prestados apenas na presença de dor e /ou câncer. Os cuidados paliativos devem ser ofertados de forma multidisciplinar a todo paciente com doença que ameace a vida.

Apesar disso, devemos ressaltar a importância das normativas referentes à atenção domiciliar visto que estas resultaram em um avanço concreto para o sistema de saúde brasileiro. Existe, portanto, a necessidade de programas que apoiem a prática dos cuidados paliativos como recursos para trazer qualidade de vida aos pacientes em finitude, independentemente da doença de base deste paciente e da presença de dor, uma vez que não são apenas estes fatores que levam à morte e ao sofrimento no final da vida.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS – ANCP. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ARAÚJO, M. M. T. **Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento**: necessidade e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BAUER, M. W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In: _____. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 180-217.

BRASIL. **Portaria nº 19**, de 3 de janeiro de 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html>. Acesso em: 31 jul. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 1.319**, de 23 de julho de 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html>. Acesso em: 31 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resenha do luta contra o câncer no Brasil**: documentário do Serviço Nacional do Câncer. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Melhor em Casa. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Portaria nº 2.809**, de 7 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html>. Acesso em: 31 jul. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 874**, de 16 de maio de 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 31 jul. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 1.208**, de 18 de junho de 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html>. Acesso em: 31 jul. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução CFM nº 1931/2009. Código de Ética Médica**, de 17 de setembro de 2009.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev Latino Am Enferm**, v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005.

COSTA FILHO, R. C. *et al*. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 88-92, mar. 2008.

COLLUCCI, C.; SCHWARTSMAN, H. Brasil é o terceiro pior lugar para morrer. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 jul. 2010. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd1507201001.htm>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

GUEDES, J. A. D.; SARDO, P. M. G.; BORENSTEIN, M. S. A enfermagem nos cuidados paliativos. **Online Braz J Nurs**, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA –INCA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA –INC. **Institucional**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em: 16 ago. 2015.

LAGO, P. M. *et al.* Limitação de suporte de vida em três unidades de terapia intensiva pediátrica do sul do Brasil. **J Pediatr**, v. 81, n. 2, p. 111-117, 2005.

LEMONICA, L.; BARROS, G. A. M. Botucatu, Brasil: a regional community palliative care model. **J Pain Symp Manag**, v. 33, 5 spe, p. 651-654, 2007.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R. A. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

MELO, E. A. S. Gestos de autoria: construção do sujeito da escrita na alfabetização. In: BARONAS, R. L. (Org.). **Identidade cultura e linguagem**. Campinas: Pontes, 2005. p. 191-205.

MUTTI, R. O primado do outro sobre o mesmo... In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DE DISCURSO, 10. **Anais...** Porto Alegre, UFRGS, 10-13 nov. 2003. [CDROM].

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A.; MASTROPIETRO, A. P. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2, p. 235-244, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Só 10% das pessoas que precisam de cuidados paliativos recebem assistência, mostra OMS. 2014. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/so-10-das-pessoas-que-precisam-de-cuidados-paliativos-recebem-assistencia-mostra-oms/>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/en/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

PASTRANA, T. *et al.* **Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamé-rica**, 2012. Houston: IAHPC Press, 2012.

PÊCHEUX, M. **O discurso**: estrutura ou acontecimento. 3. ed. Campinas: Pontes, 2002.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

PIMENTA, C. A. . M. *et al.* **Dor e Cuidados Paliativos** - enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole, 2010.

PITHAN, L. H. **A dignidade humana como fundamento jurídico das “ordens de não-reanimação”**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

RAJAGOPAL, M. R.; MAZZA, D.; LIPMAN, A. G. **Pain and palliative care in the developing world and marginalized populations**: a global challenge. Binghampton: The Haworth Medical Press, 2003.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cad Saude Pública**, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, 2006.

SAUNDERS, Cicely. Foreword. In: DOYLE, D. *et al.* (Ed.). **Oxford textbook of palliative medicine**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

SIMONI, M.; SANTOS, M. L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Psicologia USP**, v. 14, n. 2, 2003.

THE ECONOMIST. **EconomistIntelligence Unit 2010**. Disponível em: <<http://graphics.eiu.com/upload/eb/qualityofdeath.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2015.

VALLE, E. R. M. **Câncer infantil**: compreender e agir. Campinas: Psy, 1997.

CAPÍTULO 6

O USO DO CÍRCULO DE CULTURA COMO FERRAMENTA DE PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Camila Marques da Silva Oliveira
Débora Sâmara Guimarães Dantas
Maria Rocineide Ferreira da Silva

INTRODUÇÃO

Conhecendo a Ideia do Círculo de Cultura

Chamamos de círculos de cultura uma estratégia de formação alfabetizadora de jovens e adultos que emergiu na década de 1960. O criador da estratégia didática, Paulo Freire, ansiava por uma educação para a decisão, a responsabilidade social, a participação política e com a prática da liberdade, título este de um de seus livros (FREIRE, 2014).

Imaginou o autor estruturar uma didática de ensino que pudesse substituir a escola tradicional disciplinarizante e infantilizadora por uma engrenagem de circulação e apropriação do conhecimento pela conquista da linguagem (WEFFORT, 2014).

A conquista da linguagem estava, então, sendo anunciada como um momento de dar-se conta das palavras, dos sig-

nos e significados, mas, também e principalmente, daquilo que realmente queriam dizer ou escrever. Weffort (2014) nos ajuda a compreender o mote dos círculos de cultura quando diz que os participantes não são uma minoria de aristocratas dedicada à especulação, mas homens e mulheres do povo. Compreendemos que, para estes homens e mulheres, as palavras têm vida porque dizem respeito ao seu trabalho, à sua dor e à sua fome, seus modos de viver e entender a vida.

O contexto histórico brasileiro de quando esta estratégia de ensino-aprendizagem foi aplicada era marcado pelo posicionamento antidemocrático e alienante das mais diversas instituições. A situação de pobreza extrema da população dificultava a compreensão da relevância da educação como alavanca para a quebra do ciclo da pobreza.

A situação política e econômica da época em que Paulo Freire questionou as formas de agir pedagógico havia incorporado, como hoje, inclusive, na força de seu discurso ideológico, a operacionalização de uma prática pedagógica orientada pelo individualismo e pela competitividade.

Deixando de lado a postura de espectador, menos através de textos de estilo acadêmico, e mais como denúncia do mal-estar produzido pela ética própria do mercado implicada na dominação e automatização dos sujeitos, Freire (2010) anunciava a solidariedade enquanto compromisso histórico das pessoas e também como forma de luta para a superação da dura realidade imposta. Suas ideias ganharam força com a expansão do movimento popular brasileiro em busca da redemocratização que, por sua vez, emergiu das interações sociais nas quais homens e mulheres problematizavam a realidade e, à medida que a iam desvelando, se empoderavam para transformar as relações sociais de dominação (SOUZA *et al.*, 2014).

De início, a meta era a alfabetização de jovens e adultos. E havia uma urgência fortemente relacionada a este determinado momento histórico, para que se pudesse atacar de frente o analfabetismo, situação muito identificada com recorte de classe social.

Dessa maneira, o trabalho de alfabetização por meio dos círculos de cultura foi primeiro, realizado na cidade de Angicos, Rio Grande do Norte, para depois ser teorizado nos textos acadêmicos. Ainda sensível aos abismos sociais brasileiros, Paulo Freire priorizou a aplicação da estratégia na região Nordeste do Brasil, notadamente a região mais pobre até o nosso tempo, como podemos avaliar diante do fato de que o IDH do Nordeste, em 1970, só chegava a 0,47 (IBGE, 2014).

O IDH é o Índice de Desenvolvimento Humano e corresponde, a longo prazo, a uma medida resumida do progresso de um país, estado, cidade, em três dimensões básicas: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Sua variação é de zero a 01, sendo que quanto mais desenvolvido mais próximo de 01 e quanto menos, mais próximo de zero. De lá para cá, o IDH da região Nordeste evoluiu para 0,68 (IBGE, 2014).

Mesmo diante da pressa, é possível reconhecer a sensibilidade de Freire na construção de sua estratégia de ensino. Uma vez formados os educadores no Círculo de Cultura, despertou neles, também, uma dimensão cada vez mais estética do seu trabalho, o que não poderia ser diferente. A beleza que havia na estratégia da atividade era marcada pelo respeito à liberdade dos educandos, que jamais eram chamados de analfabetos, mas, sim, de alfabetizando que foi anterior mesmo à organização dos ciclos de cultura (WEFFORT, 2014). Estes eram identifi-

cados como sujeitos com potencialidades que acumulavam um saber prévio, o saber da experiência.

Diante da necessidade de formação de educadores facilitadores da sua atividade de ensino – aprendizagem que logo deixaria de lhe pertencer para ganhar o mundo, Freire (2010) considerou alguns saberes indispensáveis para a prática docente de educadores críticos.

Para o autor, ensinar exige rigorosidade metódica, pesquisa e criticidade para que possamos nos considerar aptos à produção do conhecimento. Exige, também, ética e estética, no sentido de decência e boniteza andarem juntos no caminho contrário a desvios fáceis e de ausência de cuidado. Exige corporificação das palavras pelo exemplo. Exige risco, aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação. E exige reconhecimento da identidade cultural das pessoas e dos grupos de pessoas (FREIRE, 2010).

Freire (2010) afirmava que ensinar não era um ato de transferir conhecimento. Acreditava o autor que o saber que havia na prática docente aproveitava o saber de experiência feito do educando tornando-o implicado na reflexão crítica.

Havia, também, a esperança de que esses alfabetizados se tornassem multiplicadores da prática do círculo de cultura. Não obstante, foi exitoso este esperar porque milhares de trabalhadores foram alfabetizados em poucos meses e milhares de jovens foram preparados para a tarefa de educadores.

O educador, ou o coordenador do círculo, não exercia as funções de professor, mas de disparador de diálogos entre os alfabetizados. Neste método de ensino, seria possível reconhecer algo da maiêutica socrática, pois, tal como em Sócrates, a conquista do saber se dava pelo exercício tanto livre quanto possível das consciências (FREIRE, 2014).

O ponto de partida para o trabalho em círculo de cultura estava em reunir até 25 educandos para estabelecer um grupo de trabalho ou debate. Seu interesse central aqui é o debate da linguagem no contexto da prática social livre e crítica, que não pode se limitar às relações internas do grupo, mas deve se apresentar como tomada de consciência que se realiza de sua situação social (WEFFORT, 2014).

De início, cabe ao educador apresentar algumas imagens, sem palavras, para que estas propiciem o debate sobre as noções de cultura e de trabalho. A meta não é atingir a elucidação de conceitos, mas que os participantes se reconheçam no transcurso da discussão. Este debate prévio à alfabetização abre os trabalhos e inicia a tomada de consciência.

A primeira etapa do processo de alfabetização corresponde à investigação do universo vocabular a partir do qual são extraídas palavras geradoras que emergiram do debate acerca das figuras trazidas pelo educador. A etapa seguinte corresponde à tematização. As palavras geradoras são codificadas e decodificadas pelo educador ou partícipe atuante no processo, a fim de buscar a consciência do saber vivido e da possibilidade de agir criticamente sobre essas experiências. Sucede, então, a etapa da problematização. Esta é a etapa em que os participantes irão discutir os problemas surgidos da observação da realidade e buscar em conjunto as contradições e explicações que ajudem a superá-la (FREIRE, 2014). Para Melo e Dantas (2012), a problematização representa um momento decisivo da proposta e busca superar a visão ingênua através de uma perspectiva crítica, capaz de transformar o contexto vivido.

O debate tem como foco os problemas comuns. No momento seguinte, acontecia a identificação de situações-limites que dificultavam seus modos de vida e o fazer seus trabalhos.

Mas, também, não se encerra o círculo de cultura sem antes identificar as potencialidades e êxitos advindos deste processo de reflexão da práxis (WEFFORT, 2014). Entendemos como práxis o sentido da ação concreta adquirida por meio da reflexão do espaço-tempo político, econômico, social e moral.

Nesse contexto, as pessoas participantes do círculo de cultura vivenciam a experiência de democratização das formas de pensar, das linguagens, das formas de vida, dos jeitos de levar a vida e seus trabalhos.

A Interface do Círculo de Cultura e do Campo da Saúde

No mesmo espaço-tempo histórico em que tomam praça os movimentos sociais e a busca pela democratização da educação surgem o movimento de reforma sanitária brasileira almejando trazer à discussão a democratização do acesso à saúde de qualidade. Várias frentes populares, quais sejam, sindicatos, movimentos de cultura popular, comunidades eclesiais de base, começavam a colocar a classe média em real contato com o povo (WEFFORT, 2014).

Desta maneira, este mesmo autor, identificou a criação de um conceito geral chamado de atmosfera ideológica em vários setores da sociedade e não diferentemente na área da saúde.

A reforma sanitária surgiu deste contexto de lutas e a expressão foi cunhada para se referir ao conjunto de mudanças necessárias ao setor saúde da época. Como na educação, estas mudanças não alcançavam apenas o progresso do sistema de saúde, mas, também, a melhoria das condições de vida da população. Por isto, ganharam força os pensadores da reforma sanitária que vinham das bases e da academia, através das conferências de saúde, desde o nível local até o nacional.

A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, já traz para o crescente processo de redemocratização a clareza daquilo que a sociedade almejava para a saúde, tendo incluído considerações importantes, inclusive, na nascente Constituição Federativa de 1988.

Este momento histórico de efervescência democrática contribuiu para a instituição no Brasil do direito à saúde aos cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, no momento da criação do Sistema Único de Saúde. As discussões consolidadas na VIII Conferência de Saúde e concretizadas na Constituinte ofereceram à população brasileira a possibilidade de efetivação e fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2011).

De acordo com Muller Neto e Artmann (2014), a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde possibilitou a participação da sociedade na definição das políticas de saúde, constituindo um princípio norteador da organização do sistema público no Brasil.

Esse princípio foi incorporado como norma constitucional e legal na configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, na forma de conselhos e conferências de saúde em todas as esferas de governo. As conferências municipais de saúde são vistas por atores sociais da esfera pública sanitária como espaços públicos fundamentais e efetivos no sentido de promover a cidadania e a democracia e como controle da sociedade sobre a gestão pública da saúde.

Marcado pela participação popular, o SUS nasceu do desejo coletivo de garantir acesso universal à saúde, mas com equidade, integralidade, resolubilidade, descentralização e respeito às características socioculturais de produzir saúde em cada região do país. Aos profissionais de saúde, cabia elaborar novas

formas de pensar a produção da saúde e de oferecer cuidado de maneira que pudesse se coadunar com os princípios do SUS.

Resgatando as ideias de Paulo Freire e realizando interface com o campo da saúde, acreditamos que também do profissional de saúde se exige metodologia e criticidade de sua práxis para a produção do conhecimento da saúde. Exige-se, também, ética e estética, para a promoção de saúde de qualidade e eficaz. Exige corporificação das palavras pelo exemplo para que o indivíduo e a comunidade possam perceber que o trabalho em saúde é eminentemente relacional e que é imprescindível formar vínculos com a equipe. E exige, ainda, reconhecimento da identidade cultural das pessoas, das famílias e das comunidades para que as atividades de promoção da saúde possam ser criadas a partir das demandas percebidas e dialogadas.

Os vínculos do trabalho de Paulo Freire com a ascensão popular dos desejos de democracia, solidariedade e participação são claros e estas lutas aproximaram a temática da saúde e da educação. Os círculos de cultura, na educação, foram utilizados com grande êxito, obtendo a alfabetização de milhares de jovens e adultos bem como a tomada de consciência política e social. Compreendemos que, na área da saúde, a mesma metodologia dialógica e reflexiva pode ser aplicada pelas potencialidades já reveladas em diálogos com a promoção da saúde individual e das coletividades.

Acreditamos, ainda, que o círculo de cultura, exatamente por sua essência de buscar a compreensão de situações-limite e de potencialidades das realidades apresentadas, também é um forte aliado na metodologia de pesquisa qualitativa, sobretudo no desenvolvimento da pesquisa-ação. É por isto que, nestes escritos, temos o objetivo de verificar nas publicações de saúde o uso dos círculos de cultura como metodologia de pesquisa-ação em saúde.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é uma técnica de pesquisa que inclui análise de pesquisas relevantes possibilitando a síntese do estado de conhecimento de um determinado assunto. Para Whittemore (2005), uma revisão integrativa bem construída contribui com a ciência, colabora com o desenvolvimento da teoria e apresenta aplicação direta na prática e nas políticas de saúde. Possibilita, ainda, a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis acerca do tema investigado, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Utilizam-se os seguintes passos: seleção das questões temáticas; estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; representação das características da pesquisa original; análise dos dados; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O estudo se constituiu de artigos indexados nas bases de dados Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde/*Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (*Scientific Electronic Library On-line*), sobre o uso de círculos de cultura na pesquisa no campo da saúde.

Para estabelecer a amostra de estudo, foram criados critérios de inclusão, a saber: serem artigos completos de pesquisa, de relato de caso ou de relatos de experiências, publicados no período de 2007 a 2015, nos idiomas português, espanhol e inglês. Utilizou-se na busca pelos artigos a expressão-chave “círculo de cultura”. Não fizemos uso de descritor porque este não foi encontrado no sítio Descritor de Ciências da Saúde

do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme).

Foram excluídos os trabalhos cuja temática englobava apenas a palavra-chave “círculo” ou apenas a palavra-chave “cultura”, porque fugiam à temática estabelecida como objeto deste estudo. Excluídos foram também os texto incompletos e/ou de período anterior a 10 anos passados e que não contemplassem o objetivo deste estudo.

Com a utilização dos critérios descritos, foram encontrados 20 textos dos quais três dissertações de mestrado e uma tese de doutorado. Estes quatro trabalhos de pesquisa foram produzidos para a conclusão de Curso de Mestrado e de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Isto nos leva a inferir acerca da tendência da Enfermagem de produzir ciência que promova a interface entre a saúde e a educação. Os outros eram artigos de publicações em revistas de alcance nacional e latino-americano.

A busca na base de dados nos evidenciou 79 artigos, sendo que 04 eram apresentados apenas na forma de resumo, 23 se encontravam repetidos nas três bases de dados e 08 não contemplavam a expressão-chave estudada, totalizando 52 artigos. Após a leitura dos textos completos, foram selecionados 21 artigos baseando-se nos critérios de inclusão descritos.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados os dados de localização do artigo, título, autores, título do periódico, volume, número, ano, objetivo, desenho metodológico, estratégias de realização do círculo de cultura e resultados. Na segunda etapa, ocorreu a análise das informações contidas nos artigos, objetivando identificar em quais momentos das atividades de promoção da saúde os círculos de cultura eram mais utilizados.

Realizou-se a classificação dos artigos a partir de suas características predominantes, ainda que alguns não trouxessem descritas, claramente, todas as informações de interesse desta pesquisa. Seguindo-se a esta etapa, realizou-se a inter-relação dos dados com as literaturas pertinentes para a apresentação da revisão integrativa. Para a melhor apresentação dos mesmos, foram utilizados quadros e análises realizados através de frequências absolutas simples. Os artigos foram identificados em ordem crescente, pelo ano de publicação.

Para a análise dos dados, a técnica utilizada foi a Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo (2014) segundo quem, no âmbito operacional, a análise de conteúdo surge de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para, em seguida, alcançar um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para que isto ocorra, frequentemente, todos os procedimentos possibilitam relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articular a superfície dos enunciados dos textos com os aspectos que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Em se tratando da análise temática, de acordo com Minayo (2014, p. 315), “a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo”.

De acordo com Minayo (2014), a análise temática ocorre em três etapas: pré-análise, exploração do material e, por último, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira, pré-análise, diz respeito à seleção dos documentos a serem analisados retomando os objetivos da pesquisa. A pré-a-

nálise envolve a leitura flutuante, a constituição do *corpus* e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

A leitura flutuante possibilitou ao pesquisador um contato direto e intenso com o material de campo e uma leitura das teorias relacionadas ao tema. A constituição do *corpus* consiste no universo estudado em sua totalidade. Já a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos dizem respeito à retomada da etapa exploratória. Na segunda etapa, exploração do material, ocorre a categorização, processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. Na terceira etapa, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas e, em seguida, são realizadas as interpretações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1, são descritos os artigos por ordem crescente de publicação, os objetivos e como a metodologia do círculo de cultura foi aplicada.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos quanto ao ano de publicação, os objetivos e como a metodologia do círculo de cultura foi utilizada

Ano de publicação	Objetivos da aplicação do círculo de cultura
2007	Em enfermeiros do PSF para potencializar ações de educação em saúde.
2007	Para conhecer seus saberes e práticas de cuidado à criança de zero a seis meses de vida.
2008	Para favorecer um espaço crítico-reflexivo entre jovens participantes de um grupo da Igreja Católica.
2008	Possibilitar educação permanente para os trabalhadores da saúde que atuam em instituições de longa permanência de idosos.
2009	Com os membros de uma equipe da ESF para conhecer suas perspectivas sobre a educação em saúde

2009	Para possibilitar um espaço de diálogo entre a equipe da ESF para o trabalho em saúde mental.
2009	Sistematizar uma proposta de reconstrução das ações de educação em saúde que articule as competências necessárias aos enfermeiros de ESF.
2010	Compreender o ideário de promoção da saúde em uma pesquisa com profissionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família, usuários e lideranças comunitárias.
2011	Analisar, com profissionais da ESF, as concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da temática da promoção da saúde.
2011	Promover a saúde de mães adolescentes, participantes de atividades das equipes de ESF.
2011	Investigar a sexualidade de adolescentes do sexo masculino. Aplicação como ação educativa para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.
2012	Conhecer a percepção dos usuários e profissionais da ESF sobre grupos de saúde na comunidade.
2013	Descrever as ações de educação em saúde percebidas por jovens do ensino fundamental.
2013	Promover espaço crítico-reflexivo acerca da prevenção de HIV/AIDS junto a jovens usuários de crack e outras drogas.
2013	Compreender se a Consulta de Enfermagem promove a autonomia das mulheres em um Centro de Saúde da Família.
2014	Compreender como indivíduos portadores de diabetes tipo II avaliam a participação de seus familiares nos seus cuidados.
2014	Analisar a incorporação das ações de Promoção da Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.
2014	Instrumentalizar e potencializar professores de creche para lidar com expressões da sexualidade infantil e poder atender os pais em suas dúvidas relacionadas ao tema.
2014	Intervir com adolescentes sobre a violência no contexto escolar.
2015	Identificar necessidades de aprendizagem de alunos da Educação Profissional Técnica (EPT) em Enfermagem.
2015	Compreender as vivências de enfermeiros de uma unidade terapia intensiva do adulto no desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Fonte: Elaboração própria

Todas as pesquisas foram realizadas em municípios no Brasil. Havia apenas um artigo publicado originalmente em inglês e não houve artigos publicados em espanhol.

Enquanto 15 pesquisas foram realizadas nas capitais, apenas cinco artigos contemplavam pesquisas em municípios do interior. Sabemos que a estratégia do círculo de cultura nasceu a partir do objetivo de interiorização da educação para atingir as camadas mais necessitadas da população. Traçando um paralelo, é relevante a promoção da educação em saúde também no interior. Porém, frente à força da urbanização e ao aumento populacional das últimas três décadas, acreditamos que as pesquisas tenham se voltado mais para as capitais porque é onde o sistema de saúde tem obtido maiores demandas e menos aprovação por parte da população (SOUZA *et al.*, 2014).

Além disso, é compreensível, diante do proposto nas políticas de saúde, a inversão do modelo de atenção, a assunção de práticas de promoção da saúde pautadas por um paradigma emancipatório e a crescente demanda por promoção da saúde como forma de superação do modelo biomédico.

O tema sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis foram recorrentes em apenas dois artigos. Acreditamos que os círculos de cultura não foram amplamente utilizados em outras metodologias de pesquisas sobre o tema sexualidade porque é ainda um assunto tabu, o que dificulta a fala aberta em grupo sobre o assunto. Isto se relaciona ao que Ayres (2002) pautava como demonstração da vulnerabilidade social dos indivíduos envolvidos na discussão da temática. Na temática, o mesmo autor afirma que é preciso estabelecer uma relação tal entre educadores e educandos que permita a estes entrar efetivamente em contacto com a questão da discussão de práticas

sexuais saudáveis para que se possa apreender do que se trata, de fato, e o que deve e pode ser feito a respeito.

Somente um texto, uma dissertação, tratou de discutir a formação dos profissionais para o atendimento em saúde mental na ESF. O trabalho é concluído mostrando que há entraves administrativos e de acesso. Sabemos que a questão da dificuldade de acesso ao atendimento em saúde mental está relacionada, basicamente, à mesma dificuldade na capacidade de atendimento em saúde de maneira geral nos dias atuais. O crescente aumento da demanda populacional se reflete no aumento da necessidade de atendimento em saúde, o que não se pode separar do atendimento em saúde mental, visto que o ser humano é único, indivisível por setores de saúde e adoecimento. Costa e Silva (2013) alerta que, em diversas instituições de saúde, há divergência entre aquilo que os profissionais realizam como processo de trabalho e o que gostariam de exercer e que isto demonstra a dicotomia em suas atividades diárias, pois, ao mesmo tempo em que desejam atuar com foco no cuidado, acabam por ampliar o leque de suas atividades, procurando atuar em todas as frentes, resolver e responder por todos os conflitos e problemas. Contudo, nesta mesma vertente, percebemos que há potência na vontade de fazer saúde mental pelos profissionais de saúde como equipe.

Nove artigos discutiam a matéria relacionada à promoção da saúde por meio da educação. A metodologia do círculo de cultura foi utilizada tanto como estratégia multiplicadora, a fim de capacitar as pessoas para, através do exercício do círculo de cultura, promover educação na saúde como também para buscar entender o que os participantes compreendiam como sendo promoção da saúde e educação na saúde. Isto revela o quanto aprender e ensinar é um movimento que acontece no mesmo momento.

De acordo com a análise dos artigos, tese e dissertações encontrados sobre o tema, pudemos formar duas categorias, a saber: processo de formação de profissionais para a promoção da saúde; e vivências em grupo para a promoção da saúde.

Processo de Formação de Profissionais para a Promoção da Saúde

Na primeira categoria, encontramos 10 artigos que descrevem o uso de círculos de cultura para a capacitação de profissionais de saúde para as suas atuações em serviço. Um artigo descrevia o modo como o círculo de cultura foi utilizado para capacitar professores de educação infantil.

Acreditamos que a estratégia freiriana se sobressai, no que tange à capacitação do profissional em serviço, porque traz ao centro do diálogo em grupo a discussão sobre a prática. Desta forma, a categoria saber de experiência feita é marcadamente explorado ainda que, não seja mencionada.

É possível perceber como os participantes do círculo de cultura problematizam o que está posto e se permitem levar à descoberta das potencialidades de seu espaço-tempo de trabalho. E, neste movimento de re-pensar, descobrem suas próprias situações limites e as potencialidades que poderão contribuir para superá-las.

Vivências em Grupo para a Promoção da Saúde

Nesta segunda categoria, encontramos dez artigos em que o círculo de cultura foi aplicado para promover experiências de tomada de consciência em um grupo de pertença terapêutica ou comunidade. Nos oito artigos e nas duas dissertações, o cír-

culo de cultura foi aplicado para que os participantes pudessem discutir sobre temas relacionados às suas saúdes e pudessem formular mudanças aplicáveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. Aqui se visualizam as práticas que produzem autonomia e emancipação nos modos de cuidar de si.

Acreditamos que a estratégia do círculo de cultura é extremamente produtiva para grupos terapêuticos por não haver homogeneidade nos modos de viver e cuidar da saúde. Esta dialogicidade pode ser promotora da educação pela reflexão e da descoberta de potencialidades nos diferentes modos de viver e de ser saudável.

CONCLUSÃO

Os círculos de cultura surgiram, no contexto histórico do Brasil dos anos 60, do anseio de Paulo Freire em criar uma estratégia de ensino-aprendizagem que pudesse promover emancipação e responsabilização social. A conquista da linguagem estava, então, sendo anunciada como um momento de se dar conta das palavras, dos signos e significados, mas, também e principalmente, daquilo que realmente queriam dizer ou escrever e, desta forma, alfabetizar.

A operacionalização desta atividade acontecia em reunir até 25 educandos para estabelecer um grupo de debate. Neste grupo, era promovida a alfabetização pela descoberta do universo vocabular advindo da tomada de consciência político-social do grupo de alfabetizando.

No momento seguinte, acontecia a identificação de situações-limites que dificultam seus modos de vida e o fazer seus trabalhos e a identificação das potencialidades e êxitos advindos desse processo de reflexão da práxis.

Dessa maneira, é fácil perceber a interface entre as ideias freirianas de democratização da educação e o movimento de reforma sanitária surgidos em momentos históricos próximos. O círculo de cultura, por seu propósito de buscar a compreensão de situações-limite e de potencialidades das realidades apresentadas, também é um forte aliado na metodologia de pesquisa qualitativa, sobretudo da pesquisa-ação no campo da saúde.

Tivemos o objetivo de verificar nas publicações de saúde o uso dos círculos de cultura como metodologia de pesquisa-ação em saúde. Encontramos 21 trabalhos cuja temática estava diretamente relacionada à aplicação de círculo de cultura nas coletividades.

Entre os artigos, tese e dissertações produzidas havia aplicabilidade do círculo de cultura para o processo de formação de profissionais para a promoção da saúde e para produzir vivências em grupo para a promoção da saúde.

Os autores produziram mais artigos relacionados à aplicação dos círculos de cultura como forma de promover educação em saúde. O debate sobre temas de mais difícil discussão, por exemplo, saúde mental, sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis tiveram pouca motivação dos pesquisadores, sendo encontrados apenas três artigos.

Por meio desta metodologia, podemos promover a discussão da realidade vivida para a transformação do que está posto. Por meio da tomada de consciência e percepção de que a politização das estratégias de promoção da saúde é necessária há o engajamento da pesquisa como transformadora social.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. H. S. *et al.* A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Revista Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 401-408, abr./jun. 2012.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.

BESERRA, E. P. *et al.* Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1563-1570, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CO-NASS, 2011.

CIAFFONE, A. C. R.; GESSER, M. Integração saúde e educação: contribuições da Psicologia para a formação de educadores de uma creche em sexualidade infantil. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 3, p. 774-787, 2014.

COSTA, M. F.; SILVA, L. M. S. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 2, p. 438-447, 2013.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. **RevisEscEnferm, USP**, v. 47, n. 2, p. 288-295, 2013.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.

FERREIRA, A. G. N. **Círculo de cultura com adolescentes pertencentes a grupos religiosos e a prevenção do HIV/AIDS**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.
E-book.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

GÓES, F. S. N. *et al.* Necessidades de aprendizagem de alunos da Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 20-25, jan./fev. 2015.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 416-420, maio/jun. 2010.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde de mães adolescentes: investigação temática de Freire na saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 582-588, jul./set. 2011.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, A. M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, 2014.

MARTINS, A. K. L. **Círculos de cultura em saúde mental: perspectivas de equipes da estratégia saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009. 3

MASSAROLI, R. *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 252-258, 2015.

MELO, M. R. C.; DANTAS, V. L. A. Círculos de cultura e promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 328-336, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, E. M. L. M. **(Re) construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiência participativa com enfermeiros do PSF do Recife/PE**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

MONTEIRO, E. M. L. M; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 397-403, maio/jun. 2010.

MULLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 68-78, jan. 2014.

NAU, A. L. *et al.* Educação sexual de adolescentes na perspectiva freireana através dos círculos de cultura. **Rev Rene**, v. 14, n. 5, p. 886-893, 2013.

NETO, W. B. *et al.* Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 195-201, abr./jun. 2014.

PINTO, A. C. S. **Círculo de cultura com jovens usuários de cocaína/crack visando à prevenção do HIV/AIDS**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SANTOS, A. L. *et al.* How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care. **InvestEducEnferm**, v. 32, n. 2, p. 260-269, 2014.

SILVA, B. T. *et al.* Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. **Revista CiencCuid-Saude**, v. 7, n. 2, p. 256-261, abr./jun. 2008.

SOUZA, J. M. *et al.* Aplicabilidade prática do *empowerment* nas estratégias de promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, 2014.

WEFFORT, F. C. Educação e política. In: _____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014. e-Book.

WHITTEMORE, R., KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

ZANATTA, E. A.; MOTTA, M. G. C. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 556-563, 2007.

CAPÍTULO 7

O FORTALECIMENTO DO TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DA VIVÊNCIA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UM CURSO DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Débora Sâmara Guimarães Dantas
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Camila Marques da Silva Oliveira

INTRODUÇÃO

A atenção básica, conjunto de ações de saúde no campo individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, se faz por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios definidos pelas quais assume a responsabilidade sanitária. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por possibilitar uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção

básica e ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o redirecionamento do modelo de atenção determina a indispensável transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes ordenando aos seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para a implantação de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Assim, Marqui *et al.* (2010) afirmam que a Estratégia Saúde da Família insere e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e se consolida sobre três pilares: a família, o território e a responsabilização, sendo ainda respaldado pelo trabalho em equipe.

Na Estratégia Saúde da Família está inserido o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que deve desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, realizando ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente. Discutir as ações dos Agentes Comunitários de Saúde é importante, na medida em que vai ao encontro das provocações atuais sobre a qualificação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, implantada há mais de duas décadas. Logo, o conhecimento do cotidiano dos agentes nos territórios poderá colaborar na elaboração de estratégias que apontem a melhoria da qualidade do trabalho desempenhado no domínio da saúde de família (COSTA *et al.*, 2013).

O investimento na formação técnica e na valorização dos Agentes Comunitários de Saúde implica em fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. Contudo, a falta de proposições

de processos pedagógicos pautados em referenciais que permitam aprendizagem contextualizada, baseada na realidade e na necessidade de formação do trabalhador e que agrupem qualidade ao trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde, pode conferir perdas no papel desempenhado por esta política pública. O fato de não discutir nem saber lidar com problemas identificados no dia-a-dia de trabalho pode provocar angústia, fragilizando o acompanhamento e a orientação de famílias sob sua responsabilidade e ainda colaborar com a manutenção de práticas equivocadas, pautadas no biologicismo e na “medicalização” (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Ainda de acordo com Queiroz, Silva e Oliveira (2014), as propostas educativas que induzem a transformação no dia-a-dia dos serviços e que levam em consideração a micropolítica dos contextos locais estão em disputa no panorama político das esferas de governo permeado de contradições. Por exemplo, mesmo com os progressos do processo de descentralização, o Ministério da Saúde ainda é o responsável por constituir os “conteúdos programáticos” do curso de formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde que vêm sendo desenvolvidos nos estados.

Processos formativos com impacto na qualidade do trabalho desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde passam a ser possíveis tendo a Educação Popular em Saúde como referencial, somando-se, ainda, a valorização dos seus saberes prévios, o fomento à troca de experiências, a identificação de situações-limite para aperfeiçoar o planejamento das ações, a ampliação de visão de mundo, o aumento da autoestima e o convite ao protagonismo, à emancipação e à liberdade (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2014).

O processo histórico da Educação Popular se estabelece como componente inspirador de formas participativas, críti-

cas e integrativas de pensar e fazer saúde. Seus conhecimentos técnicos, metodológicos e éticos são expressivos para o processo atual de implementação do Sistema Único de Saúde. No campo da saúde, movimentos e coletivos vêm agenciando reflexões, estabelecendo conhecimentos e ações em um processo de diálogo entre serviços, movimentos populares e espaços acadêmicos, para contribuir com a consolidação de um projeto de sociedade e de saúde mais justo e equânime (BRASIL, 2012).

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde e sua inserção na equipe da Estratégia Saúde da Família

Ao refletir acerca da inserção do ACS no trabalho em saúde e as propostas de desempenho no Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Estratégia Saúde da Família, precisa-se ter em consideração que grandes desafios são postos, sobressaindo, entre eles, o de trabalhar em equipe, tendo em vista que este aspecto é pouco compreendido e incorporado até mesmo pelos profissionais que possuem formação específica para atuar na área da saúde. A formação para o trabalho em equipe tem se revelado uma lacuna. Além disto, os demais profissionais da equipe são imbuídos de um saber técnico que lhes dá maior legitimidade ao integrar uma equipe de saúde (PERES *et al.*, 2011).

O trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família está baseado nos referenciais teóricos de vigilância e promoção da saúde. Desta forma, precisam atuar a partir da oferta organizada de serviços, planejando seu processo de trabalho de modo não somente a atender à demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde, mas, principalmente, a desenvolver ações para as pessoas que ainda não conhecem ou não frequentam o serviço de saúde. Neste sentido, é fundamental que conheçam

o seu território e as pessoas moradoras na área e tenham como prática da rotina de trabalho a realização da visita domiciliar. Deste modo, é importante o papel do agente comunitário na equipe de Saúde da Família, porque, por pertencer àquela comunidade, ele contribui para o conhecimento dos problemas, das necessidades de saúde, da cultura da população local e das dificuldades para enfrentá-los. Assim, vai se percebendo a necessidade de co-produzir formações que reforcem a questão do poder emancipatório que este sujeito pode ter e/ou desenvolver, constituindo-se a partir daí como facilitador da relação entre a equipe e a comunidade, sendo um elo entre as duas realidades (ALVES; AERTS, 2011).

As atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde na equipe da Estratégia Saúde da Família, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), que constam na Portaria n° 2488/GM, de 21 de outubro de 2011, são:

I – Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica determinada, a microárea;

II – Cadastrar todas as pessoas de sua microárea, mantendo os cadastros atualizados;

III – Prestar orientação às famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IV – Realizar atividades, além das programadas, também de atenção à demanda espontânea;

V – Realizar o acompanhamento, por meio de visita domiciliar, de todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser planejadas em conjunto com a equipe, atendendo aos critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, tendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI – Promover o desenvolvimento de ações que procurem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII – Realizar atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII – Estar em contato permanente com as famílias, no sentido de desenvolver ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades instituído pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) demonstram desempenhar ações articuladas ao trabalho da equipe de saúde, interagindo com os outros trabalhadores com a finalidade de possibilitar um cuidado integral às pessoas e famílias da comunidade. A dimensão de tal laço de ligação entre as pessoas e os trabalhadores de saúde ocorre pelo fato de o Agente Comunitário de Saúde conhecer as pessoas, suas famílias, suas casas e buscar conhecer suas necessidades. Além disto, ele vive e trabalha no contexto desta comunidade, entra na casa das pessoas e tem a possibilidade de identificar necessidades que, de início, não seriam possíveis de serem compreendidas no

contexto da unidade de saúde. Estas necessidades vão muito além da doença biológica e tem possibilidade de se configurar em conflitos intrafamiliares, violência doméstica, carência de alimento, abuso sexual, negligência infantil, maus tratos a idosos, entre outras. Tais situações são bem complexas e implicam em um longo caminho até que o Agente Comunitário de Saúde tenha a possibilidade de identificá-las a partir da construção de vínculos com a família (SAKATA; MISHIMA, 2012).

As práticas educativas e a Educação Popular em Saúde

Nos primórdios do século XX, no auge do modelo cartesiano e da medicina científica, as ações educativas não eram observadas como prioridade e, quando exercidas, seu objetivo era domesticar as pessoas para obedecerem a normas de conduta. Assim, os trabalhadores da saúde não tiveram muitas oportunidades de reflexão acerca das práticas educativas por eles desempenhadas nos serviços de saúde. A partir da X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, foram formuladas propostas no sentido de destacar o valor da formação dos trabalhadores da saúde norteadas pelos problemas e necessidades sociais em saúde da população e pela transformação das relações entre profissionais e usuários, enfatizando a importância do diálogo permanente com todas as formas de conhecimento, em especial, com a cultura popular (ALVES; AERTS, 2011; BRASIL, 1996).

As equipes necessitam agir na perspectiva de expandir e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal. Para isto, o trabalhador em saúde deve ter disponibilidade de se envolver nos movimentos de interação com os usuários e o compromisso de empregar a co-

municação como instrumento terapêutico capaz de promover saúde. Nesta perspectiva, surge a educação popular em saúde (EPS), que propõe refletir sobre os processos de trabalho e a relação do trabalhador da saúde com seu usuário. Ela ajuda as equipes de saúde e gestores a estabelecer um sistema de saúde em que trabalhadores da saúde e usuários sejam atuantes, participativos, autônomos e críticos (ALVES; AERTS, 2011).

A Educação Popular em Saúde, com o seu histórico de experiências, reflexões e conhecimentos, se apresentam como um caminho importante para contribuir com metodologias, tecnologias e saberes para a construção de novos sentidos e práticas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Interege não somente no que se refere à educação em saúde, mas, sobretudo no delineamento de princípios éticos orientadores de novas posturas no cuidado, na gestão, na formação e na participação social em saúde (BRASIL, 2012). A Educação Popular em Saúde se mostra como um caminho no sentido de contribuir com a transformação das práticas e seus princípios são importantes para a democratização das ações e serviços, como também para maior humanização em nossa ação cotidiana (SILVA *et al.*, 2014).

O curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), promovido pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Oswaldo Cruz, constitui uma importante estratégia da Política Nacional de Educação Popular em Saúde que visa fomentar as transformações do trabalho em saúde, para que este seja um espaço de atuações críticas, reflexivas, propositivas e compromissadas (BRASIL, 2015).

Travassos (2013) enfatiza que a construção da proposta pedagógica da Educação Popular entra em confrontação direta com práticas pedagógicas que acobertam um conjunto de co-

nhcimentos em disciplinas com conteúdos descontextualizados, a organização curricular norteada por uma hierarquia de conteúdos escolhidos de modo arbitrário, sem relação com a vida dos educandos, objetivando depositá-los em suas cabeças, o que Freire denominou de educação bancária.

Ainda de acordo com Travassos (2013), o propósito do sentido político da Educação Popular é a formação do educando como um protagonista na mudança social, contribuindo com a construção de pessoas autônomas, comprometidas com a organização coletiva em um projeto de sociedade sem opressor e oprimido, portanto, de caráter emancipatório. O educando é visto como agente ativo na transformação do mundo e da história.

O curso EdPopSUS se referencia nos princípios do diálogo entre saberes, problematização e construção coletiva do conhecimento, buscando fortalecer a concepção do trabalho em equipe, estimulando a diversidade de categorias profissionais a protagonizarem a implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, em especial no espaço da Atenção Primária à Saúde, entendendo que as práticas de educação, promoção e participação em saúde encontram neste espaço um território fundamental para o seu desenvolvimento e efetividade. Neste espaço merece ênfase o papel do Agente Comunitário de Saúde, que representa parte significativa da força de trabalho em saúde e proporciona potencialidade para mudar a forma de produzir cuidado em saúde, sendo o mediador entre a população e os serviços de saúde (SANTOS; WIMMER, 2013).

Frente ao contexto apresentado, definimos como objetivo para a realização deste trabalho, compreender o fortalecimento do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família a partir da vivência dos agentes comunitários de saúde em um Curso de Educação Popular em Saúde.

METODOLOGIA

Entendemos este estudo como sendo de natureza qualitativa, porque empreenderam esforços em compreender a lógica de instituições e atores quanto a valores culturais, discursos, perfis construídos social e historicamente, relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais. (MINAYO, 2014).

A cartografia foi o método de escolha neste estudo, método que, de acordo com Alvarez e Passos (2012), não contrapõe teoria e prática, pesquisa e intervenção, produção do conhecimento e produção da realidade, visto que conhecer é implicar-se com o mundo, comprometendo-se com a sua produção. Deste modo, compreendemos que a cartografia se faz por meio do compartilhamento de um território existencial onde sujeito e objeto da pesquisa se relacionam.

Passos e Barros (2012) conceituam a cartografia como um método de pesquisa-intervenção que implica uma direção do trabalho do investigador de modo não prescritivo, que não se faz com regras e objetivos já postos.

A produção dos dados foi realizada em um centro de saúde da família do município de Maracanaú, situado na Região Metropolitana de Fortaleza e, como tal, mantém características de urbanidade, mas, também, de ruralidade em sua população.

O município de Maracanaú, emancipado desde 1983 do município de Maranguape, faz parte da Região Metropolitana de Fortaleza, distando 20 km da Capital do Estado, através da CE-060. Faz limites com os municípios de Fortaleza, Caucaia, Maranguape e Pacatuba (BRASIL, 2014) e sua população estimada para 2014, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014) foi de 219.749 habitantes.

Quanto aos sujeitos que se implicaram nas mais diversas relações do campo da micropolítica durante o estudo pode destacar dez Agentes Comunitárias de Saúde. Os critérios de inclusão do estudo foram Agentes Comunitárias de Saúde que: 1) Fizeram o Curso de Educação Popular em Saúde; 2) Tiverem desejo de participar da pesquisa; e 3) Tinham mais de dois anos de atuação na prática, antes do início do referido curso. O critério de exclusão adotado na pesquisa foi: estar de férias ou de licença no período da coleta de informações deste estudo. Por questões éticas, foram adotados nomes de rosas ou flores para os sujeitos do estudo, Bromélia, Bulgari, Girassol, Jasmim, Maravilhas, Margarida, Orquídea, Papoula, Rosa e Tulipa.

As falas dos sujeitos do estudo foram coletadas após a realização de uma oficina onde eles puderam conceber em tela de tecido e tinta o que representou individualmente e como se deu o aprendizado no curso de Educação Popular em Saúde em sua região. De acordo com Araújo *et al.* (2011), a metodologia de oficinas com ênfase dialógica reflete com palavras e com elementos simbólicos, possibilitando a comunicação, mobilizando o potencial criativo de quem da oficina participa, no sentido de ressignificar conceitos, valores, pensar estratégias de intervenção, contribuindo para a análise de questões subjetivas da experiência vivida.

A análise das falas se deu por meio do método cartográfico, das variedades atencionais do cartógrafo. De acordo com Kastrup (2012), no caso da cartografia, a simples presença no campo de estudo já expõe o cartógrafo a vários elementos que podem solicitar a atenção. Existem quatro variedades da atenção do cartógrafo; o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento. Estas variedades atencionais nortearão a discussão e os resultados.

Este estudo atendeu às recomendações da Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas para a pesquisa envolvendo seres humanos. Tal estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, tendo sido aprovado, e tendo os sujeitos da pesquisa assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha todas as informações e todos os esclarecimentos sobre a pesquisa, ressaltando os riscos e benefícios do estudo e a autorização necessária para a sua realização e a utilização posterior de todo o material produzido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A produção de dados já aconteceu desde o início da pesquisa de campo, no entanto, é importante enfatizar que este processo continua com a análise dos dados, com a escrita do trabalho e com a publicação dos resultados. E ainda continua com a leitura da pesquisa pelos interessados e, acima de tudo, com a contribuição dos participantes da pesquisa na produção do conhecimento (KASTRUP, 2012). Entendemos que os participantes também estão inseridos nas muitas relações que acontecem no território, no processo de trabalho, na produção do cuidado, na produção do conhecimento, sendo sujeitos ativos das várias cartografias. Neste sentido, vamos discutir os resultados com base nas variedades da atenção do cartógrafo que neste estudo se constituíram nos quatro já citados, o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento, compreendendo que os sujeitos deste estudo também são cartógrafos e estão envolvidos nesta dinâmica atencional. De acordo com Kastrup:

O rastreio é um gesto de varredura do campo. Pode-se dizer que a atenção que rastreia visa uma espécie de meta ou alvo móvel. Nesse sentido, praticar a cartografia envolve uma habilidade para lidar com metas em variação contínua. Em realidade, entra-se em campo sem conhecer o alvo a ser perseguido; ele surgirá de modo mais ou menos imprevisível, sem que saibamos bem de onde. Para o cartógrafo, o importante é a localização de pistas, de signos de processualidade. Rastrear é também acompanhar mudanças de posição, de velocidade, de aceleração, de ritmo. O rastreio não se identifica a uma busca de informação. A atenção do cartógrafo é, em princípio, aberta e sem foco, e a concentração se explica por uma sintonia fina com o problema. Trata-se aí de uma atitude de concentração pelo problema e no problema. A tendência é a eliminação da intermediação do saber anterior e das inclinações pessoais. (KRASTUP, 2012, p. 40).

A fala da Agente Comunitária de Saúde Bromélia nos faz perceber, de forma bem clara, o rastreio, quando esta faz um gesto de varredura no território em que atua. Percebemos, por meio desta fala, que, além da família, existe um contexto, histórias de vida, o saber e as vivências de cada pessoa visitada, o saber e as vivências da família e que a agente de saúde tem a tendência de eliminar a intermediação do saber anterior e das suas próprias inclinações pessoais para produzir cuidado ao membro da família e também à família, enquanto coletivo.

“Aqui eu desenhei a casa, que é o que a gente vive no dia-a-dia, aqui eu vivo no meu trabalho todo dia, as famílias, né? A casa tá representando uma família, um núcleo, né? Que a gente tá indo ali todo dia, não é só a família que você visita num dia, e ali tem o saber popular daquela família, cada membro tem o seu saber, cada membro tem o seu entendimento, a cultura...” (Bromélia).

Percebemos, então, que o rastreio é uma atenção que se move, que rastreia, um gesto de varredura em todo o campo, é uma atenção aberta e sem foco. Já o toque é um pequeno vislumbre que aciona o processo de seleção, como Kastrup explica:

O toque é sentido como uma rápida sensação, um pequeno vislumbre, que aciona em primeira mão o processo de seleção. A idéia de uma seleção independente do interesse foi tematizada por E. Husserl no conceito de notar, que diz respeito ao contato leve com traços momentâneos ou com partes mais elementares que um objeto e que possuem força de afetação. O que é notado pode tornar-se fonte de dispersão, mas também de alerta. Algo se destaca e ganha relevo no conjunto, em princípio homogêneo, de elementos observados. O relevo não resulta da inclinação ou deliberação do cartógrafo, não sendo, portanto de natureza subjetiva. Também não é um mero estímulo distrator que convoca o foco e se traduz num reconhecimento automático. Algo acontece e exige atenção. O ambiente perceptivo traz uma mudança, evi-

denciando uma incongruência com a situação que é percebida até então como estável. É signo de que há um processo em curso, que requer uma atenção renovadamente concentrada. (KASTRUP, 2012, p. 42).

Durante a oficina, todas as Agentes Comunitárias de Saúde relataram o fortalecimento do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família a partir da vivência no Curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS). De acordo com algumas falas, podemos perceber que aconteceu o toque que, de alguma forma, o curso produziu uma força de afetação para que houvesse uma mudança no cotidiano do trabalho em equipe destas agentes.

[...] aqui é um... um... um barbante, que foi a teia né? Que a gente colocasse ele pra quem a gente pudesse recorrer, então eu coloquei e a gente usava... a gente aprendeu usar essa teia, porque, às vezes, a gente se sentia só eu, as meninas, o médico e a enfermeira, aí a gente começou a ver que a gente tinha outras pessoas pra poder buscar, NÉ? A nossa rede aqui é muito legal... (Papoula).

Maravilha enfatizou que, no início, quando soube do curso, teve uma resistência e achava que o curso não acrescentaria nada, mas percebeu o quanto a experiência foi importante para fortalecer o trabalho em equipe. Quando fizemos a proposta da oficina para o resgate dos momentos vivenciados no curso de Educação Popular em Saúde pelas agentes, Maravilhas também resistiu, mas, quando iniciamos, ela fez questão de participar e falar sobre a importância do curso para o trabalho em equipe.

Quando falaram assim vai ter um curso, eu vez lá vem bomba, vai começar tudo de novo, mais um enchimento de lingüiça, foi isso que eu falei e as meninas tão aqui e sabem que eu falei, mas porém quando chegou lá a gente viu que foi uma coisa completamente diferente, né? Assim, esse curso ele atraiu mais, a gente, tanto para o lado profissional, como mesmo entre nós, né? A equipe. A equipe passou a trabalhar mais junto, nós notamos que nós... criamos assim uma afinidade maior, né? (Maravilhas).

O toque tem possibilidade de levar um tempo para acontecer e também de ter diferentes graus de intensidade. No desenvolvimento de uma pesquisa de campo, o toque mostra que não se segue um caminho unidirecional para chegar a um fim determinado. Por meio da atenção ao toque, o método cartográfico não abre mão da imprevisibilidade do processo de produção do conhecimento (KASTRUP, 2012).

Uma terceira variedade da atenção do cartógrafo é o pouso. Ainda de acordo com Kastrup (2012), o gesto de pouso sugere que a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, faz uma parada e o campo se fecha, em uma espécie de zoom. É desenhado um novo território e o campo de observação se reconfigura. A atenção muda de escala. Podemos observar este gesto atencional na fala de uma agente, quando ela faz um pouso, uma espécie de zoom em uma situação específica que, para ela, foi essencial para o fortalecimento da equipe.

“Aí aqui vem o nosso varalzinho, foi o varalzinho que nós fizemos, inclusive ele foi pra... UECE, ele foi pro teatro, e esse varal, para mim, ele tem uma importância muito grande, por que que eu botei ele aqui? Porque foi ele que juntou a nossa equipe todinha, entendeu? Porque quando nós começamos a fazer esse trabalho, fi-

cava cada um por si dentro da sala [...] e quando nós se juntamos pra... fazer o nosso trabalho, eu disse gente não tem nada a ver a gente procurar coisas lá fora, se a gente tem aqui dentro da nossa comunidade riquezas maravilhosas que a gente passa por cima e não vê, então foi através desse varal que a gente encontrou as nossas riquezas, a gente se uniu, esse varal foi feito...” (Maravilhas).

Diante do relato da agente de saúde Maravilhas, podemos perceber o quanto o pouso realizado em uma situação específica vivenciada no curso EdPopSUS foi importante para a compreensão de que há uma implicação dos profissionais uns com os outros e com a comunidade, o que foi fundamental para fortalecer o trabalho em equipe.

O quarto gesto atencional é o reconhecimento atento, referencial que Kastrup cita de Bergson, descrito como característica que nos reconduz “ao objeto para destacar seus contornos singulares” (2012, p. 45). Martinês (2011, p. 118) destaca que o reconhecimento atento permite “a desconstrução da idéia tradicional de reconhecimento, como aquela que produz reencontros com imagens ou esquemas previamente conhecidos”, pois, ao contrário, acontece “sob a forma de circuitos, com expansão da percepção e da cognição”, não havendo linearidade nos encadeamentos.

“Porque assim, eu, essa teia eu vou passando de um pra outro, entendeu? Aqui dentro da comunidade, lá na comunidade mesmo, eu faço isso, né? Com a vizinhança, inclusive a gente teve um trabalho que nós fomos fazer, fizemos numa casa e eu fui pra um, fui pra outro, fui puxando um, e fui puxando outro, aí se eu tenho algo lá fora, eu peguei essa parte lá de fora, trouxe aqui pra dentro, levei pra enfermeira, levei pro médico, assistente social, pro farmacêuti-

co... a gente conseguiu fazer um coletivo, entendeu? Entramos num consenso de que a gente precisa trabalhar uns com os outros, NE? E que a gente não está sozinho e que realmente a gente depende uns dos outros pra fazer qualquer coisa que seja e que realmente dar certo, essa teia aqui chega aqui, nesse fim do túnel aqui tem uma luzinha, é essa teia aqui". (Maravilhas).

As falas dos sujeitos do estudo nos fazem compreender que, além do fortalecimento do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família, a partir da vivência das agentes comunitárias de saúde no Curso EdPopSUS, o processo de formação e a consequente desconstrução de territórios existenciais das participantes do referido curso foi importante para tecer a forma de significar e de interagir com a realidade no cotidiano de trabalho e na vida destes profissionais. Franco e Mero (2013) enfatizam que esta forma de agir perante a vida é singular, própria de cada pessoa, sendo assim múltipla, pois há tantos mundos quantos são aqueles que o habitam.

Ainda de acordo com Franco e Mero (2013), os processos de trabalho trazem em si a forma singular dos territórios existências onde os trabalhadores se inserem, entendendo que o que define o perfil do cuidado prestado não é o lugar físico no qual este cuidado está sendo realizado, mas o território existencial onde este trabalhador está inscrito como sujeito ético-político e que anda onde o trabalhador estiver realizando o processo de trabalho, processo de trabalho que se realiza vivo em ato de forma intensa, enérgica e tensionada por vários movimentos de mudança.

O EdPopSUS foi o acontecimento, na vida dos agentes de saúde, que disparou processos de subjetivação gerando mudanças nos modos de organizar e realizar o trabalho e pro-

duzindo uma nova forma de significar o trabalho em equipe, a realidade no cotidiano de trabalho e a própria vida dos sujeitos que participaram do processo formativo em Educação Popular em Saúde.

Durante a oficina, percebemos a importância do curso de Educação Popular em Saúde, tendo em vista que o fazer do ACS ainda é voltado para o modelo biologicista, médico-centrado e precisam ser trabalhados os princípios que orientam e darão vida à Política Nacional de Educação Popular em Saúde, quais sejam: problematização, compromisso com a construção do projeto democrático e popular, construção compartilhada do conhecimento e emancipação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação no curso de Educação Popular em Saúde foi importante para o fortalecimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde na equipe da Estratégia Saúde da Família, entendendo que a formação profissional neste contexto foi fundamental para instrumentalizar e qualificar o agente, fortalecendo o elo deste agente com a comunidade, reforçando o papel de tradutor do universo científico ao popular desempenhado pelo referido profissional.

O curso de Educação Popular em Saúde foi relevante para que o Agente Comunitário de Saúde pudesse dar conta das suas reais atribuições junto à equipe da Estratégia Saúde da Família. É, também, indispensável que haja investimentos não somente em formações de caráter específico para tais profissionais, mas, fundamentalmente, na qualificação dos serviços de saúde para o rompimento com a fragmentação do processo de trabalho, com a precária interação das equipes de saúde e com

o modelo biomédico. É preciso contribuir com a emancipação destes sujeitos e isto é possível quando se reconhece a potência que o ACS carrega consigo, mas, também, o saber experiência que este tem acumulado ao longo das vivências adquiridas no território e que partilha com outros profissionais. Assim, os referidos agentes poderão enfrentar os desafios de sua função com mais segurança e assumir a co-responsabilidade com o Sistema Único de Saúde.

As reflexões durante a oficina nos permitiram observar o impacto que a formação em questão possibilitou na qualidade do trabalho desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde, sendo bem importante a troca de experiências, a partir da identificação de situações semelhantes em diferentes realidades, possibilitando o “enxergar” soluções a partir do problema do outro, proporcionando, assim, a ampliação de visão de mundo, um planejamento para a resolubilidade de possíveis problemas de saúde e um trabalho em equipe mais fortalecido.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção da subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 131-149.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 maio 2015.

ARAÚJO, M. F. M. *et al.* Método de oficinas. In: SOUZA, A. M. A. (Org.). **Coordenação de grupos: teoria, prática e pesquisa**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2011. p. 117-137.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://www.ead.fiocruz.br/noticias/index.cfm?matid=33798>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488/GM**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. **Plano Municipal de Saúde de Maracanaú 2014-2017**, 2014. 254p. Disponível em: <[file:///C:/Users/acer/Downloads/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE%20COMPLETO%202014%20A%202017%20COMPLETO%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/acer/Downloads/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE%20COMPLETO%202014%20A%202017%20COMPLETO%20(3).pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2015.

BRASIL. **X Conferência Nacional de Saúde** [relatório final]. Brasília, set. 1996.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, jan./jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-37172012000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 maio 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: _____; _____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-171.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2014.** Tabela de estimativas por município. Município de Maracanaú, Ceará, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2015.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 32-51.

MARQUI, A. B. T. *et al.* Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400014>>. Acesso em: 4 mar. 2014.

MARTINES, W. R. V. **O cotidiano da produção de cuidados em saúde mental e a produção de prazer:** uma cartografia. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 17-31.

PERES, C. R. F. B. *et al.* O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400016-8&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 maio 2015.

QUEIROZ, D. M.; SILVA, M. R. F.; OLIVEIRA, L. C. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, dez. 2014.

SAKATA, K. M.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3 jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300019&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 maio 2015.

SANTOS, S. A.; WIMMER, G. **Curso de Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2013.

SILVA, M. R. F. *et al.* Integralidade, equidade e participação social. In: PAULA, G. **Promoção da Equidade no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, Universidade Aberta do Nordeste, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2014. v. 03, p. 37-46.

TRAVASSOS, R. Educação popular: concepção bancária versus concepção problematizadora. In: SANTOS, S. A.; WIMMER, G. **Curso de Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2013.

CAPÍTULO 8

DIREITO À SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Aline Mayra Lopes Silva
Ilvana Lima Verde Gomes
Livia Lopes Custódio
Sarah Vieira Figueiredo

INTRODUÇÃO

É recente a inclusão das crianças em leis, como detentoras de direitos. Somente a partir do século XX, a criança começou a ter seu lugar nas leis e códigos no mundo e, por extensão, no Brasil. A partir daí, a criança passou a ser vista como um sujeito de direitos (BARROSO, 2000).

Diante da importância de olhar a criança como um ser que existe e procurar meios para lhe dar proteção, visto a sua fragilidade e dependência, vários segmentos da sociedade civil e instituições passaram a lutar por leis em defesa das crianças (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008). Em 1988, foi elaborada a Constituição Brasileira que revolucionou ao assegurar, em seu artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Na década de 1990, foi consolidado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente considerando como criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescentes, de 12 a 18 anos. Este foi um marco nos direitos da criança e do adolescente, pois veio lhes assegurar todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

De acordo com o ECA, é dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar, prioritariamente, a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes relacionados à vida, saúde, alimentação, educação, liberdade, convivência familiar e comunitária, cultura, dignidade, profissionalização, esporte, lazer e respeito (BRASIL, 1990).

O primeiro dos direitos fundamentais descritos pelo ECA é o direito à vida e à saúde: segundo o Art. 7º, a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Esse direito à vida e à saúde é assegurado pelo Art. 11, que garante o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Outro artigo do ECA específico quanto ao direito à saúde é o Art. 12, que defende o direito do acompanhante quando a criança está internada, recomendando que os estabelecimentos de saúde deverão providenciar condições para a permanência de um dos pais ou do responsável em tempo integral.

Em 1993, foi sancionada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que traz como um de seus objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e o amparo às crianças e adolescentes em situação de carência, dentre outras esferas de atuação. O ECA e a LOAS são os instrumentos a partir dos quais se garante à criança e ao adolescente condições de cidadania (SOUZA; ERDMANN, 2003). Entretanto, ambas ainda não estão totalmente sedimentadas, devido a inúmeras dificuldades (COSTA, 2002).

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi uma grande vitória da sociedade civil organizada, pois muitos direitos foram garantidos por meio dele, mas há o reconhecimento de que, apesar dos avanços alcançados, ainda há um longo caminho a percorrer em busca do direito integral à saúde da criança e do adolescente assumido nas leis brasileiras, pois não basta que o direito à saúde esteja expresso em documentos, é necessário torná-lo um direito garantido, de fato (DALLARI, 1996), e isto ainda é tomado como um grande desafio (ANDRADE, *et al.*, 2011).

Especificamente no que diz respeito ao câncer, a criança e o adolescente têm seu cotidiano modificado, muitas ve-

zes, por limitações, principalmente físicas, devido aos sinais e sintomas da doença e podem ser frequentemente submetidos a hospitalizações para exames e tratamentos, à medida que a doença progride. Assim, a hospitalização interfere no processo de crescimento e desenvolvimento, modificando o cotidiano e separando-os do convívio de seus familiares (VIEIRA; LIMA, 2002). Diante destas modificações na rotina de vida da criança e do adolescente impostas pelo câncer, são necessárias adaptações e estratégias para o seu enfrentamento. Este processo depende da complexidade e da gravidade da doença, da fase em que a doença se encontra e das estruturas disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o equilíbrio (VIEIRA; LIMA, 2002).

Além disso, é a partir do diagnóstico de câncer que se inicia a caminhada incerta do tratamento, muitas vezes doloroso, prolongado, que fragiliza a família e os planos futuros da criança e do adolescente, além de tornar iminente a possibilidade de morte (LIMA *et al.*, 2012). Nesta perspectiva, a criança vivencia uma doença impactante e assustadora, passando a conviver com serviços de saúde que lhes são desconhecidos e angustiantes (SOUSA *et al.*, 2014).

Em relação aos serviços disponíveis para o tratamento do câncer, segundo dados disponíveis no site do Instituto Nacional do Câncer, no Ceará, existem nove Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) – oito em Fortaleza e um em Barba lha – e um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), em Sobral. Destes, apenas quatro possuem serviço de radioterapia e somente um possui serviço de oncologia pediátrica: o Hospital Infantil Albert Sabin, localizado na capital do estado (INCA, 2015).

Esses dados mostram uma dimensão importante do que é o atendimento da criança e do adolescente com diagnóstico de câncer, pois, se o único serviço de oncologia pediátrica está inserido na capital, significa que, para viabilizar o tratamento à criança e ao familiar residente no interior do estado, estes terão que viajar constantemente do seu município de origem para a capital, por um período muitas vezes indeterminado, o que implica em gasto para garantir alimentação, transporte e hospedagem não só da criança, mas, também, do familiar acompanhante. Esses custos indiretos, para uma família de classe baixa, podem ser uma barreira com impacto negativo no tratamento.

Embora o tratamento seja custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os gastos da família durante o período do tratamento aumentam, pois o câncer requer tratamento prolongado, diferentes tipos de exames e retornos médicos frequentes, exigindo da família disponibilidade de tempo e recursos para tal, além de outras necessidades advindas da nova rotina imposta pela doença (STOLAGLI; EVANGELISTA; CAMARGO, 2008).

Visto que o câncer causa inúmeras repercussões na vida da criança e do adolescente que o vivencia, juntamente com a da sua família, tão importante quanto o tratamento em si é a atenção dada aos aspectos sociais da doença, uma vez que a criança e/ou o adolescente doente deve receber atenção integral inserido no seu contexto familiar (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

Dentre os diversos direitos sociais garantidos para pessoas com câncer, as crianças e adolescentes com esta doença foram beneficiadas com a regulamentação de algumas leis, mas não são encontrados, na legislação nacional, direitos e/ou políticas de saúde exclusivas para esta população, apesar de apre-

sentarem necessidades multidimensionais devido ao tratamento e suas complicações.

A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) garante o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que assegura um salário-mínimo mensal ao idoso, com 65 anos ou mais, que não exerça atividade remunerada e ao portador de deficiência de qualquer idade incapacitado para o trabalho e para uma vida independente; este direito se estende às crianças e adolescentes de zero a 18 anos.

Para ter direito ao BPC, a renda familiar deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário-mínimo. Este cálculo considera o número de pessoas que vivem no mesmo domicílio. O critério de renda caracteriza a impossibilidade do paciente e de sua família de garantir seu sustento. O pagamento do benefício cessa no momento em que ocorrer a recuperação da capacidade de trabalho ou em caso de morte do beneficiário.

Outro benefício assegurado à pessoa com deficiência que pode ser usufruído pelo paciente com câncer é o direito à gratuidade no pagamento de tarifas do sistema de transporte público de Fortaleza, descrito na Lei Complementar nº 0057, de 18 de julho de 2008. O Art. 4º desta lei garante, ainda, que o direito a este benefício poderá ser estendido a um acompanhante, dependendo da dificuldade física apresentada pelo beneficiário, de acordo com a avaliação da perícia médica. Vale ressaltar que todas as crianças (até 11 anos, 11 meses e 29 dias) têm direito a acompanhante.

A Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, dispõe sobre o Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Esta normatização tem por objetivo garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município ou, ainda,

em casos especiais, de um estado para outro estado, desde que esgotadas as formas de tratamento de saúde na localidade em que o paciente residir. O TFD pode envolver a garantia de transporte para tratamento e hospedagem, quando indicado. Este benefício só é concedido a pacientes atendidos na rede pública e referenciado. Ainda segundo a Portaria, nos casos em que houver indicação médica, poderá, também, ser autorizado o pagamento de despesas para o acompanhante.

O saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do PIS/PASEP para pessoas com neoplasia maligna ou que tenham um (a) dependente – cônjuge ou companheira (o), filho (a) menor de 18 anos ou inválido (a) – com câncer é outro direito social que se estende para crianças e adolescentes na mesma situação (BRASIL, 2012a). No caso de persistência da doença, a liberação do benefício poderá ser solicitada quantas vezes forem necessárias, ou seja, mesmo após um saque, havendo mais depósitos na conta vinculada, a operação de liberação poderá ser repetida (HOSPITAL DO CÂNCER A. C. CAMARGO, 2009).

O portador de neoplasia que adquire alguma sequela limitante da doença tem o benefício de poder adquirir um veículo adaptado com desconto de impostos como o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto sobre Operações de Crédito (IOF), Imposto Sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA). No caso da criança e do adolescente, que não podem conduzir o veículo por causa da idade, poderão ser, então, apresentados três condutores autorizados (HOSPITAL DO CÂNCER A.C. CAMARGO, 2009).

Sabemos que, dentre esses direitos citados, a maioria ainda é pouco conhecida tanto pelos usuários quanto pelos profissionais de saúde, fazendo com que não sejam aplicados de forma efetiva, na prática, por desconhecimento, mesmo estando garantidos através de uma legislação adequada (ANDRADE *et al.*, 2011). Diante disto, é importante que os profissionais de saúde tenham conhecimento acerca dos instrumentos legais existentes para a garantia dos direitos em saúde da criança e adolescente visando divulgá-los, no caso de identificar alguma situação de vulnerabilidade (RAMAN; WOOFENDEN; WILLIAM, 2007).

Apesar do reconhecimento legal dos diversos fatores determinantes e condicionantes da saúde, as crianças e adolescentes com câncer ainda enfrentam entraves no momento que precisam acessar seus direitos fundamentais, pois, em algumas situações, o Estado se omite ou impõe burocracias que dificultam o atendimento nos serviços públicos e o recebimento de benefícios sociais. Apesar de terem ocorrido algumas conquistas na ampliação da assistência que deve ser prestada às crianças e aos adolescentes, através das políticas de saúde, a integralidade da atenção oferecida a crianças/adolescentes ainda está sendo construída (MARQUES, 2012).

Desta forma, ressalta-se a necessidade de maior problematização deste universo, ampliando-se o debate sobre os programas socioassistenciais voltados para crianças e adolescentes em condições crônicas de adoecimento e sobre suas diversas necessidades de saúde que perpassam por todo o fluxo de atendimento da rede de serviços assistenciais.

O interesse pelo tema nasceu de inquietações e necessidades vivenciadas durante a vida profissional, o que permitiu o contato cotidiano com a escassez ou a insuficiência de políticas,

programas e serviços voltados para as necessidades particulares dos variados segmentos da população, inclusive das crianças e adolescentes que enfrentam o tratamento para algum tipo de neoplasia.

Então, considerando o viés do acesso a uma rede integrada de atenção a estes usuários, apreendendo os desafios práticos enfrentados por estes sujeitos no acesso aos seus direitos fundamentais, às políticas e aos serviços públicos é que se torna justificável a busca por uma compreensão de porque isto acontece e como os profissionais de saúde que atuam junto a esta clientela podem contribuir para o cumprimento e a garantia dos direitos destas crianças e destes adolescentes em tratamento oncológico.

Esse tema é relevante socialmente e também promissor para a saúde pública por permitir a discussão do conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao direito em saúde e das políticas públicas voltados para as crianças e adolescentes em tratamento de câncer ampliando, assim, o debate da defesa dos direitos socialmente conquistados por estes sujeitos.

Assim, tivemos como objetivo analisar o conhecimento dos profissionais de saúde que atuam em oncologia pediátrica acerca dos direitos das crianças e adolescentes em tratamento de câncer.

METODOLOGIA

Este estudo é de natureza exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no Centro Pediátrico do Câncer (CPC), uma unidade anexa do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), inaugurado em 2010. O CPC foi criado a partir de uma parceria entre a Associação Peter Pan (APP) e o HIAS,

que realiza o tratamento de pacientes oncológicos pediátricos há mais de 29 anos. A escolha deste hospital se deu porque é referência no atendimento à saúde da criança e do adolescente no Estado do Ceará.

O estudo foi realizado com 20 profissionais de saúde da equipe multidisciplinar da instituição (uma fisioterapeuta, uma nutricionista, duas psicólogas, 10 enfermeiras (os), três médicos, duas terapeutas ocupacionais e uma assistente social).

Foram incluídos profissionais com, no mínimo, seis meses de atuação com crianças em tratamento para o câncer na instituição, tempo em que se considera que o profissional adquiriu melhor vivência no cuidado a estes usuários. Como critério para exclusão, o profissional estar de férias ou de licença.

A coleta das informações foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, através de um roteiro composto por dois tópicos: 1) dados de identificação do profissional (sexo, idade, profissão, tempo de formação, pós-graduação, setor de atuação, tempo de atuação no setor); 2) Questões norteadoras: a) Fale sobre os direitos em saúde para as crianças/adolescente em tratamento de câncer; b) Você orienta os usuários acerca dos seus direitos em saúde? Fale acerca da sua experiência.

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a março de 2015. As informações coletadas foram transcritas na íntegra e organizadas em arquivos individuais. O material empírico produzido foi analisado seguindo as etapas recomendadas na análise categorial temática de Bardin (2011): pré-análise das informações, exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Foram respeitadas todas as exigências contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, atualmente, regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa

com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin, obtendo parecer favorável da instituição sob o nº 832.720.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes

No total, 20 profissionais da equipe multidisciplinar participaram da pesquisa, sendo um da área de nutrição, dois de terapia ocupacional, um assistente social, dois de psicologia, três de medicina, 10 de enfermagem e um de fisioterapia.

A idade variou entre 24 e 67 anos, sendo a média de idade dos participantes da pesquisa de 40,7 anos, com predominância do sexo feminino (17). O menor tempo de formação foi de três anos e o maior de 40 anos. Já em relação ao tempo de atuação no setor em que trabalha, este variou de um ano e nove meses até 22 anos.

Um dado que chamou a atenção diz respeito às especializações dos profissionais de saúde atuantes em oncologia pediátrica que participaram da pesquisa, com exceção dos médicos que, para atuar na área, necessitam da residência em oncologia pediátrica: apenas uma enfermeira possuía pós-graduação em oncologia e outras duas em pediatria.

Quadro 1 – Dados de identificação dos profissionais de saúde participantes da pesquisa.

N	Profissão	Idade	Sexo	Tempo de formação	Pós-graduação	Sector de atuação	Tempo de atuação no sector
01	Nutricionista	56	F	34 anos	1 – PSF 2 – Ed. Ambiental	CPC	10 anos
02	T. Ocupação	40	F	12 anos	1 – Psicomotricidade	Adolescentes	3 anos
03	Ass. Social	48	F	35 anos	Não	CPC	12 anos
04	T. Ocupação	55	F	34 anos	1 – Ontogênese da Motricidade	Brinquedoteca	22 anos
05	Psicóloga	27	F	3 anos	Não	CPC	1*6m
06	Psicóloga	45	F	19 anos	1 – Saúde Pública 2 – Psicologia Clínica	CPC	16 anos
07	Fisioterapeuta	63	F	35anos	1 – Saúde Pública	UTI	7 anos
08	Enfermagem	29	F	4 anos	1 – Auditoria	AMB- QT	2 anos
09	Enfermagem	24	F	3 anos	1 – UTI	UTI	1a9m
10	Enfermagem	26	F	3 anos	1 – Pediatria e Neonatologia	QT DIA	2 anos
11	Enfermagem	30	F	6 anos	1 – Auditoria	QT SEQ	5 anos
12	Enfermagem	53	F	27anos	1 – Enf. Med. Cirúrgica	UTI	3 anos
13	Enfermagem	52	F	22 anos	Não	Interação	20 anos
14	Enfermagem	35	F	13 anos	1 – Oncologia 2 – UTI 3 – Psicooncologia 4 – auditoria 5 – Med. Cirúrgica	QT AMB	3 anos
15	Enfermagem	67	F	40 anos	1 – Mat. Infantil 2 – Obstetria	QT-SEQ	5 anos
16	Medicina	31	F	5 anos	1 – Oncologia Pediátrica	C. Cirúrgico	5 anos
17	Medicina	38	M	6 anos	1 – Oncologia Pediátrica	QT-SEQ	2 anos
18	Enfermagem	26	M	2 anos	1 – UTI	Interação	1 ano
19	Medicina	43	F	3 anos	1 – Oncologia Pediátrica	UTI	2 anos
20	Enfermagem	27	F	6 anos	Pediatria/neonatologia	C. Cirúrgico	5 anos

Fonte: Elaboração própria

Conhecimento dos Direitos das Crianças e Adolescentes por parte dos Profissionais

Os profissionais de saúde demonstraram não deter conhecimento significativo sobre os direitos das crianças e adolescentes em tratamento de câncer. Quando indagados sobre estes direitos, a maioria cita apenas o direito em relação ao tratamento, restringindo-se ao enfoque biomédico.

“Na verdade, os direitos da criança com câncer, do que se preconiza, é o direito ao tratamento, tratamento cirúrgico, quimioterápico, radioterapia, e a toda a questão do medicamento, assistência, todo o tratamento, idealmente desde a detecção precoce até a cura, a pós-cura, a questão ambulatorial.” (P2).

“Acho importante essa orientação, mas acho que precisava de um estímulo, porque o nosso trabalho é o gerenciamento de enfermagem em alguns procedimentos, tanto com relação a extravasamento, em relação a alguma reação adversa da medicação, a gente atua mais nos procedimentos de enfermagem, não atua na questão social.” (P5).

Para Gomes, Caetano e Jorge (2010), este direcionamento para a parte técnica do cuidado inserida no modelo biomédico, na maioria das vezes, se deve à falta de preparo do profissional de saúde em cuidar da criança, o que não permite que ele veja a criança e o adolescente como ser humano integral, deixando de perceber, portanto, aquilo que foge à rotina e aos procedimentos técnicos que envolvem a assistência, como se as necessidades sociais e emocionais deste indivíduo e sua família não fossem importantes.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), isto pode ser explicado, também, pelo fato de que a orientação predominante na formação em saúde ainda apresenta pouca ou nenhuma articulação com a realidade social e epidemiológica da população, pois possui um enfoque ainda predominantemente biologicista, curativo, médico-centrado e desarticulado das práticas em saúde.

As falas deixam claro que, na maioria das vezes, os direitos que os profissionais referiram ter conhecimento geralmente eram aqueles que faziam parte ou guardavam maior relação com a área profissional de prática do entrevistado. Como exemplo, citamos o exposto pela terapeuta ocupacional e pela nutricionista concentrado, predominantemente, na parte lúdica e nutricional respectivamente:

[...] tem uma lei que diz que em todo hospital pediátrico da rede pública ele deve ter uma brinquedoteca para que as crianças não fiquem só no leito ociosas [...] então tem que ter um espaço garantido para que ela possa se desenvolver e brincar [...] praticamente é só o que eu sei sobre os direitos [...] (Terapeuta ocupacional).

Eu sei mais na parte da alimentação, eu não entro na parte dos outros profissionais por falta de curiosidade minha mesmo [...] a gente visita as enfermarias e o direito que a gente coloca pra elas é que elas têm condição de se alimentar com a dieta que elas estão querendo de acordo com o que o hospital fornece e com o quadro clínico da doença [...] (Nutricionista).

Quanto aos direitos sociais, com exceção da assistente social, dos 20 profissionais entrevistados, apenas uma enfermeira, uma fisioterapeuta e uma psicóloga da instituição abor-

daram tais direitos, demonstrando ter conhecimento sobre eles, porém, nenhum citou todos os direitos sociais existentes, e enfatizaram que orientavam seus pacientes somente em relação ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) sendo este o direito mais citado pelos profissionais entrevistados. É importante ressaltar que não basta apenas conhecer ou referir os direitos, é preciso atuar orientando os usuários com o intuito de colocar estes direitos em prática, como mostra a fala a seguir:

Nós sabemos que ele tem direito ao tratamento, às quimioterapias, a qualquer tipo de exame mesmo sendo ele mais caro, cirurgia, radioterapia, e tem também a outra parte dos outros direitos mais sociais, como direito ao benefício. Hoje, como enfermeira, eu não vou mentir para você, o único direito que eu oriento é o do benefício, eu sempre digo à mãe: “Vá ao serviço social que ele, com este diagnóstico, você vai dar entrada e vai ter um benefício em saúde”. (P6).

O primeiro direito básico é o direito do acompanhante 24 horas, o direito a visita da família [...] ela tem direito a brincar [...] tem direito do hospital proporcionar pra ela atividade de estimulação do crescimento dela [...] também é um direito previsto que os hospitais devem manter o acesso à educação e esse projeto em si o hospital não conseguiu cumprir. Em relação à família, a gente sabe algumas coisas mais formais [...] a família tem direito ao saque do FGTS e PIS, se os pais forem empregados formalmente, a criança também tem direito, de acordo com os critérios da perícia médica ao BPC mas depende de uma avaliação caso a caso do processo de incapacitação [...] (P19).

Na visão dos profissionais participantes do estudo, a orientação dos direitos em saúde aos pacientes e familiares,

conforme falado por P6 fica a cargo do Serviço Social, de forma que, mesmo quando sabem sobre algum direito, a maioria deles não se envolve nesta orientação, por não se sentirem seguros, apenas delegam a responsabilidade para o serviço social da unidade. O mais agravante é que alguns profissionais relatam não conhecer os direitos que a criança e o adolescente possuem durante o tratamento do câncer e julgam, ainda, que não é da sua competência saber, pois, para eles, é dever do serviço social orientar sobre essas questões.

Esses direitos, a gente coloca para ser passados pelo serviço social, e o serviço social passa. (P12).

Dizer pra vocês que a gente conhece com propriedade todos esses direitos, a gente não conhece, não é da nossa competência, mas eu tenho conhecimento que eles existem, que são muitos, e eu oriento sempre a buscarem ter essa informação com os profissionais que competem a eles, como o serviço social, que é para onde a gente encaminha [...] (P7).

Além disso, alguns chegaram a associar os direitos às normas e rotinas da unidade, no entanto, reconhecem que os direitos não se restringem a isto e que, como profissionais, não detêm um conhecimento formal sobre tais direitos.

A gente costuma orientar já quando eles vêm fazer a primeira sessão de quimioterapia aqui no ambulatório, e quando a gente sabe que é um paciente novo, a gente vai explicar o fluxo de como funciona a unidade. Não é bem os direitos, eu acho que eu não tenho nenhum conhecimento desses direitos, é bem informal a forma como a gente passa. (P3).

Corroborando com esses achados Buetto, Sonobe e Zago (2011) ressaltam que a maioria dos profissionais da área da saúde tem pouco conhecimento dos direitos garantidos aos pacientes em tratamento de câncer o que impede uma prática adequada por parte deles. Os desconhecimentos da família somados à falta de divulgação dos direitos por parte dos profissionais fazem com que estes benefícios não sejam garantidos como direitos do cidadão.

Sabemos que, além de todas as consequências causadas pelo tratamento agressivo do câncer, a doença também traz consigo grande ônus financeiro à família da criança e do adolescente, em consequência do próprio tratamento, visto que grande parte dos pacientes tem que se deslocar até a capital para conseguir o tratamento especializado. Esta situação pode ser agravada pela falta de conhecimento e de orientações adequadas sobre seus direitos legais, pois os benefícios garantidos por lei ao paciente e sua família pode possibilitar o custeio destes gastos extras (BUETTO; SONOBE; ZAGO, 2011).

Em estudo realizado no Núcleo de Oncologia da Sociedade Beneficente e Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto – SP, Sonobe, Buetto e Zago (2011) encontraram que 45% dos pacientes entrevistados desconheciam seus direitos durante o tratamento do câncer e dentre os que citaram pelo menos um desses benefícios, 38% relataram ter adquirido a informação através da mídia e 9,5% por meio de outros pacientes, mostrando a pouca participação dos profissionais neste processo.

Diante disto, percebemos a importância do empenho dos profissionais de saúde em procurar orientar e facilitar à **compreensão desses direitos e benefícios, com o intuito de empoderar as famílias** das crianças e adolescentes em trata-

mento de câncer para buscarem, de forma efetiva, os seus direitos garantidos por lei. Mas, para que isto ocorra, é necessário que os profissionais detenham este conhecimento e o divulguem, diante de situações de vulnerabilidade vivenciadas por esta população, dando a estes sujeitos a autonomia de buscar medidas estratégicas para minimizar os impactos causados pela doença.

Embora tenha demonstrado não deter esse conhecimento formal, a maioria dos profissionais da unidade reconhece a importância da oferta desta orientação aos pacientes e familiares acerca dos seus direitos, em virtude das inúmeras barreiras a que são submetidos.

Pela minha experiência, na Oncologia, eles têm vários direitos, direitos muito importantes, que eles precisam ser orientados, a maioria não tem o conhecimento, mas que são direitos importantes. Muda a rotina dos pais, eles acabam se dedicando, muitos precisam abrir mão de um emprego, de uma renda para cuidar dessas crianças. Então eles precisam ter esses direitos que vão auxiliar em todos os aspectos, mas principalmente na questão financeira. (P7).

No intuito de os direitos e benefícios assegurados aos pacientes com câncer serem melhor divulgados, entendidos e adquiridos, alguns autores defendem a importância da criação de materiais sobre a temática pelos profissionais de saúde em parceria com os profissionais da área jurídica, para que estes tenham maiores subsídios na elaboração e possam atender às necessidades do paciente oncológico (SONOBE; BUETTO; ZAGO, 2011).

Na instituição estudada, os profissionais de Psicologia referiram fazer uso de uma cartilha que contém 12 perguntas e

respostas sobre o câncer, que é utilizada para acolher o paciente e seu acompanhante, nos primeiros dias do tratamento, no entanto, o material está mais voltado para explicar a rotina do tratamento: apenas uma página da cartilha aborda os direitos da criança e do adolescente propriamente dito, de forma resumida, pois são citados apenas cinco direitos e, segundo a psicóloga, este tópico não chega a ser abordado quando se utiliza a cartilha com a criança e a família, deixando apenas como fonte de informação.

A informação deve ser considerada parte integrante e fundamental da assistência ao paciente oncológico, pois, ao adquirirem conhecimento, o paciente e seu familiar são incentivados a participar mais ativamente do tratamento e das decisões, assumindo maiores responsabilidades diante do autocuidado (MOREIRA; SILVA, 2005).

Como se trata de um assunto complexo, Buetto, Sonobe e Zago (2011) defendem que o estado deveria garantir a divulgação e o treinamento aos profissionais que atuam na área sobre a legislação e ressaltam a importância da atuação do profissional de saúde juntamente com um da área jurídica através de orientações adequadas com o intuito de facilitar a compreensão dos direitos e benefícios por parte do paciente e sua família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer em crianças e adolescentes traz consigo uma situação de vulnerabilidade tanto para o paciente como para os membros de sua família. Reconhecer os direitos em saúde das crianças e adolescentes em tratamento de câncer que não são respeitados e reivindicá-los deve integrar o cuidado da equipe multidisciplinar que assiste a este paciente.

A partir dos discursos dos participantes do estudo, é possível identificar que o conhecimento acerca dos direitos das crianças e adolescentes está muito aquém do que se espera para que os profissionais de saúde possam orientar as famílias a buscarem, de forma efetiva, os seus direitos garantidos por lei. Portanto, podemos inferir que a participação dos profissionais de saúde na garantia destes direitos não é significativa, visto que, em sua maioria, estes desconhecem muitos dos direitos garantidos às crianças e adolescentes com câncer. Apesar disso, não percebemos, nos discursos dos participantes, a indicação de estratégias para a superação desta realidade, embora relatem achar importante o conhecimento e a orientação das famílias acerca do assunto abordado.

Apesar da existência de várias leis e políticas públicas que garantem benefícios aos pacientes com câncer, a sua existência legal tem sido insuficiente diante do desconhecimento da população, o que impede que estes busquem a garantia de seus direitos como cidadãos, fazendo com que as leis existentes não alcancem, de fato, aqueles que delas necessitam.

Um passo importante para avançar nessa direção seria o desenvolvimento de ações específicas no sentido de ampliar o conhecimento dos profissionais que lidam diretamente com esta clientela visando capacitá-los, dentro ou mesmo fora das instituições hospitalares, deixando-os aptos a agir diante de situações de fragilidade social vivenciadas no seu dia a dia, tornando-os capazes, portanto, de encorajar os indivíduos a que assistem a buscarem, de forma efetiva, os seus direitos.

Há, também, a necessidade de uma formação profissional em saúde com maior aproximação com a realidade social, além de um maior incentivo à atuação interdisciplinar entre os profissionais da equipe multiprofissional visando que todos

detenham o conhecimento para identificar e intervir diante de questões sociais que venham a repercutir no tratamento de populações vulneráveis, como é o caso das crianças e adolescentes em tratamento ontológico.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D. *et al.* Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 4, p. 738-744, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: 70; LDA, 2011.

BARROSO, L. M. S. **As idéias das crianças e adolescentes sobre seus direitos**: um estudo evolutivo à luz da teoria piagetiana. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Direitos sociais da pessoa com câncer / **Estratégias. Divisão de Comunicação Social**. Divisão de Comunicação Social. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012a.

BRASIL. **Decreto nº 6.214**, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no 8.742 e a Lei no 10.741, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048 e dá outras providências. Brasil, 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm>. Acesso em: 21 mar.2015.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei 8.069/90, de 13 de Julho de 1990. Brasília: Senado Federal, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.742. **Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)**. Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde **Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasil, 1999.

BUETTO, L. S.; SONOBE, H. M.; ZAGO, M. M. F. Os direitos legais dos sobreviventes brasileiros com câncer. **Perspectivas online**, v. 5, n. 17, p. 142-148, 2011.

COSTA, B. L. D. **As mudanças na agenda das políticas sociais no Brasil e os desafios da inovação**. In: CARVALHO, A.; SALLES, F.; GUIMARÃES, M. U. W. **Políticas públicas**. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 27-58.

DALLARI, S. G. *et al.* Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 592-601, 1996.

FORTALEZA. **Lei Complementar nº 0057**, de 18 de julho de 2008. Dispõe sobre o direito à gratuidade para pessoas com deficiência, no pagamento de tarifas do Sistema de transporte Público de Fortaleza, e dá outras providências. Diário Oficial do Município-Poder Executivo, Fortaleza, CE, 23 jul. 2008. nº 13.864, p05.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 61-65, jan/fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2015.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 463-470, 2010.

HOSPITAL DO CÂNCER A. C. CAMARGO. **Cartilha dos direitos do paciente com câncer**: uma compilação do departamento jurídico do A. C. Camargo Câncer Center. ed. atual. e rev. abr. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA –INCA. **Tratamento pelo Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus/CE>> Acesso em 10 de janeiro de 2015

LIMA, L. M. *et al.* Adoecer de câncer: o agir e o sentir do grupo familiar. **Ciênc Cuid Saúde**. v. 11, n. 1, p. 106-112, jan./mar. 2012.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 600-607, jul./set. 2012.

MARQUES, E. P. Reflexões sobre a (des) proteção social das crianças e dos adolescentes cronicamente adoecidos. **O Social em Questão**, v. 15, n. 27, p. 151-178, 2012.

MOREIRA, M. F.; SILVA, M. I. T. Legibilidade do material educativo escrito para pacientes diabéticos. **Online Braz J. Nurs** (OBJN- ISSN 1676-4285) [online], v. 4, n. 2, 2005. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn402moreiraetal.htm>.

RAMAN, S.; WOOLFENDEN, S.; WILLIAMS, K. Z. W. I. K. Human rights and child health. **J Paediatr Child Health**, v. 43, n. 9, p. 581-586, 2007.

SONOBE, H. M.; BUETTO, L. S.; ZAGO, M. M. F. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Rev Esc EnfermUSP**, v. 45, n. 2, p. 342-348, 2011.

SOUSA, M. L. X. S. *et al.* Adentrando em um novo mundo: significado do adoecer para a criança com câncer. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, abr./jun. 2014.

SOUZA, A. I. J.; ERDMANN, A. L. A criança com diagnóstico de câncer: revisitando o caminho das políticas de atendimento. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 23-33, abr. 2003.

STOLAGLI, V. P.; EVANGELISTA, M. R. B.; CAMARGO, O. P. Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo. **Acta Ortop Bras.**, v. 16, n. 4, p. 242-246, 2008.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 552-560, 2002.

PARTE 2

**AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA
PESQUISA QUALITATIVA E DIVERSIDADE
TEMÁTICA**

CAPÍTULO 9

UTILIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Bráulio Nogueira de Oliveira
Lucia Conde de Oliveira

INTRODUÇÃO

O objeto deste artigo se constitui em uma avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no desempenho de suas funções como coordenadora e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Trata-se de uma pesquisa que faz parte de um projeto maior denominado “Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017)”, coordenado por Jairnilson Silva Paim, do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Assim, o Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS), da UECE, coordenado pela professora Lucia Conde de Oliveira, desenvolve um subprojeto intitulado “Organização das Redes de Atenção à Saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção” o qual, efetivamente, este estudo integra.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, avaliativa, na modalidade estudo de caso, em que foi utilizado o “modelo” de avaliação preconizado por Guba e Lincoln (2011), especifica-

mente em sua obra traduzida por Beth Honorato, denominada “Avaliação de Quarta Geração”¹. Nesta perspectiva, contamos, também, com algumas adaptações realizadas por Wetzel (2005) a este método. As aspas do termo “modelo” se referem ao seu caráter construtivista, que contrasta com seu sentido denotativo de “aquilo que serve para ser reproduzido”. Com esta compreensão, essa pesquisa emerge a partir do diálogo e da não hierarquização entre os atores envolvidos.

Diante da possibilidade de desenhar uma forma de avaliação em saúde construída a partir do arquiteto coletivo que é potencialmente afetado pelos resultados engendrados, este artigo visa relatar a utilização da Avaliação de Quarta Geração em uma Unidade de Atenção Primária (UAPS) de Fortaleza.

Ontologicamente, o referencial adotado para esta avaliação surge no campo da pesquisa qualitativa. Desse modo, vale destacar alguns aspectos para que o estudo não se torne meramente descritivo. Essa opção se deve à intenção de promover um grau de imersão profunda nas entrelinhas da subjetividade presente entre o dito e o não dito pelos atores envolvidos (que inclui o avaliador). Para isto, é importante considerar as construções por meio das quais os diversos sentidos são atribuídos. Afinal, por que caminhos percorreram e de que fontes beberam os sujeitos do estudo?

Na investigação social, as visões de mundo do sujeito investigador e do investigado estão implicadas em todo o processo de construção do conhecimento, o que torna indispensável considerar este aspecto bem como a relação entre esses sujeitos. O método qualitativo nos permitiu estudar as relações, representações, crenças, percepções e opiniões, todas estas influenciadas pelas interpretações realizadas a partir da realidade sin-

1 Esse texto é uma reedição das ideias postuladas nas obras *Effective Evaluation* (1981) e *Naturalistic Inquiry* (1985).

gular vivenciada por cada sujeito, permitindo adentrar no que eles sentem e pensam (MINAYO, 2008). As limitações deste método permeiam a mensuração de fenômenos em grandes grupos (VÍCTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000), portanto, este não deve ser um dos interesses desse tipo de avaliação.

Em relação à modalidade estudo de caso, esta é utilizada, principalmente, nas áreas de administração e de avaliação social, conseqüentemente, suas aplicações condizem com a proposta de avaliar as ações da ESF em sua função de coordenadora das RASs, na medida em que se busca compreender o impacto de determinadas políticas na realidade concreta; descrever o contexto no qual a vivência ocorre; avaliar processos e resultados de propostas políticas; além de explorar situações em intervenções determinadas que não trouxesse o resultado previsto (MINAYO, 2008).

Desse modo, buscamos uma metodologia qualitativa avaliativa em que os sujeitos não se coloquem apenas na posição de expectadores de conceitos não construídos e apropriados coletivamente, ao passo em que estes avançam para um papel de participantes construtores, em um processo formativo potencialmente transformador da realidade (WETZEL, 2005). Diante disto, optamos por realizar a Avaliação de Quarta Geração, que tem por base o enfoque responsivo, o referencial construtivista e o processo hermenêutico-dialético.

ENFOQUE RESPONSIVO

Essa dimensão da avaliação ocorre devido à identificação de diferentes visões entre os interessados, além de buscar o consenso sobre todas as reivindicações. Esse consenso pode ser considerado um instrumento de mudança na realidade pos-

ta, todavia, nem sempre ele será possível. Nessas situações, o avaliador pode inserir outras informações ao processo hermenêutico-dialético, com vistas à resolução do conflito ou para obter um maior esclarecimento dos diferentes pontos de vista. Alertamos para uma característica desta abordagem que é a sua infinidade, tendo em vista que os diferentes pontos de vista estão sempre sendo reciclados, em um processo formativo, assim, ela se finda por motivos logísticos (GUBA; LINCOLN, 2011).

Ressaltamos o enfoque responsivo na perspectiva dos grupos de interesse, visto que o fruto da avaliação se coloca diretamente ligado ao interesse dos participantes, podendo resultar em ampliação, legitimação ou, até mesmo, redução de poder. Assim, estes sujeitos correm risco, estão suscetíveis a explorações, à privação de poder e de direitos, a partir dos possíveis frutos desta avaliação. Guba e Lincoln (2011) destacam três grupos de interesse:

- Os representantes (ou agentes) – que são aqueles responsáveis pela produção, utilização e implementação do objeto de avaliação;
- Os beneficiários – os que, de certo modo, tiram proveito do uso do objeto de avaliação; e
- As vítimas – as pessoas afetadas negativamente pelo objeto de avaliação.

Diante da complexidade do objeto em questão – avaliação da interface da ESF com as RAS, no contexto de um grande centro urbano –, representantes, beneficiários e vítimas se confundem, podendo os trabalhadores e os usuários, por exemplo, ser vítimas e beneficiários do objeto de estudo. Deste modo, optamos por trabalhar com a categoria dos gestores e dos trabalhadores em saúde enquanto dois grupos de interesse, seguindo critérios detalhados no subtópico “sujeitos do estudo”.

De acordo com Guba e Lincoln (2011), as avaliações tradicionais possuem organizadores do avanço/elementos de focalização próprios, que são: variáveis (nas de primeira geração, com o intuito de medir); objetivos (nas de segunda geração, em que se busca avaliar a congruência do desempenho obtido e os objetivos definidos); e decisões (no caso das de terceira geração, que requerem informações que atendam às decisões a serem tomadas em tempo hábil), entre outros. Já a avaliação responsiva possui seus próprios organizadores de avanço que são: a reivindicação, que é qualquer alegação apresentada pelos grupos de interesse que seja favorável ao objeto de avaliação; a preocupação, que contempla as afirmações desfavoráveis; e questões, que são as argumentações das quais pessoas sensatas possam discordar. É responsabilidade do avaliador intermediar estes três norteadores.

Com base na releitura da metodologia realizada por Wetzel (2005), o enfoque responsivo pode ser buscado de três formas: (i) por meio da inclusão de diferentes sujeitos na avaliação; (ii) pela identificação de questões que são relevantes a eles; e (iii) pela busca de novas sínteses direcionadas a essas questões.

METODOLOGIA CONSTRUTIVISTA

A proposta de avaliação participativa envolve várias características, além de uma postura diferenciada por parte do avaliador. *A priori*, partimos do pressuposto de que as realidades não estão objetivamente postas, mas, sim, são construídas por pessoas que, por sua vez, são influenciadas por fatores sociais e culturais inerentes à construção compartilhada a ser gerada. Esta perspectiva envolve, tanto na construção quan-

to na análise das informações, “dar voz” aos sujeitos (GUBA; LINCOLN, 2011).

Diante das crenças construtivistas, existem múltiplas realidades socialmente construídas, em que a “verdade” é definida como as construções mais fundamentadas e mais esclarecidas sobre as quais exista consenso; além disto, considera que o investigador e o investigado estão entrelaçados. Desse modo, opõe-se ao positivismo científico cuja ontologia sustenta a existência de uma realidade única que independe do interesse de qualquer observador e que é governada por leis naturais imutáveis, além de acreditar em um observador exterior ao fenômeno estudado (GUBA; LINCOLN, 2011).

O paradigma construtivista ressignifica a abordagem científica que caracteriza a ciência hegemônica e a substitui por um processo hermenêutico-dialético. Nesta concepção, a verdade, as causas, os efeitos e o fenômeno só podem ser entendidos dentro do contexto estudado, que não pode ser generalizado para outras realidades. Além disto, avaliadores e avaliados se colocam em uma relação intersubjetiva na qual sua função não se resume, respectivamente, a coletar e disponibilizar informações. Neste sentido, tratamos de construção participativa e responsiva em direção ao consenso.

PROCESSO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO

De acordo com Guba e Lincoln (2011), o processo hermenêutico-dialético é o mais adequado para contemplar os intentos da Avaliação de Quarta Geração. Em síntese, este processo é hermenêutico por envolver o caráter interpretativo e é dialético por representar uma comparação e uma contraposição de pontos de vista divergentes na direção da obtenção de

uma síntese mais elaborada, em busca de um consenso, sempre que possível. Quando não o for, permite o esclarecimento de pontos de vista diferentes e a criação de uma nova agenda de negociações. A seguir, descrevemos o processo e apresentamos um quadro demonstrativo.

Esse processo se inicia com a entrevista do primeiro sujeito, aqui denominado respondente 1 (R1), que foi escolhido de acordo com sua função estratégica no desenvolvimento das redes de atenção à saúde no contexto da ESF (objeto de estudo), sendo identificado a partir da etnografia prévia (descrita no subtópico organização e condução da avaliação). Nesta abordagem, o R1 foi convidado a comentar a temática inicial em que teve a possibilidade de indicar suas reivindicações, perguntas e questões.

Desse modo, subsequentemente à entrevista, R1 indicou o R2, que tinha como requisito estar de acordo aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, além de possuir, preferencialmente, concepções diferentes da sua, de modo a ampliar as construções. Antes da segunda entrevista, realizamos uma análise das informações obtidas na primeira, de maneira a identificar temáticas obtidas no discurso do R1, gerando a primeira construção (C1), a qual pode contar (a depender da necessidade) com outras informações, como observações, documentos oficiais, literatura científica, construções de outros grupos de interesse e construções éticas do pesquisador. Após isso, o R2 foi convidado a comentar as questões iniciais assim como as temáticas elencadas do discurso do R1 (presentes no C1). Nesse sentido, a partir do círculo hermenêutico dialético, a entrevista, que se inicia mais aberta (com os respondentes iniciais), seguiu ganhando forma para os demais respondentes e as formulações subsequentes emergiu com informações mais elaboradas, visto

que incluíram temáticas dos respondentes anteriores. Desse modo foi feito até o último entrevistado. Como síntese deste percurso segue o Quadro 1.

Quadro 1 – Demonstrativo de quadro para construção das informações empíricas.

Sujeito 1	Sujeito 2	(...)	Sujeito N
<ul style="list-style-type: none"> • Temática Inicial; 	<ul style="list-style-type: none"> • Temática inicial; • Temáticas emergentes da construção 1 (C1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Temática inicial; • Temáticas emergentes de todas as construções anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> • Temática inicial; • Temáticas emergentes de todas as construções anteriores

Fonte: Elaboração própria

Esse processo foi marcado pelo caráter formativo, tendo em vista que os participantes foram convidados à busca pela qualificação das informações e, assim, provocados a um processo de empoderamento (*empowerment*). Diante disto, o ciclo permite a reconstrução das informações por parte dos sujeitos, sendo possível a realização de uma segunda rodada de entrevistas, desde que se considere pertinente, e, assim, o círculo toma forma de espiral. Todavia, com base na adaptação realizada por Wetzel (2005), realizaremos o processo de negociação em prática grupal, por grupo de interesse.

CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

As principais contribuições desse texto residem no campo acadêmico e social. Do ponto de vista acadêmico, identificamos poucos estudos que fazem uso deste método. A rigor, após uma busca na literatura, identificamos que a maioria das pesquisas realizadas a partir deste referencial teórico permeia a seara da saúde mental (COSSETIN; OLSCHOWSKY, 2011;

DUARTE; KANTORSKI, 2011; HECK, *et al.*, 2008; KANTORSKI *et al.*, 2010a; 2010b; 2011; OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012; WETZEL *et al.*, 2009). Diante disto, é importante relatar a vivência de realizar a avaliação na perspectiva aqui tratada, de maneira a viabilizar sua aplicação em outras áreas, como é o caso da ESF. Vale ressaltar que não propomos uma reprodução, até mesmo porque uma de suas características precípua é a singularidade, entretanto, é possível que este processo seja sinérgico a outros futuros.

A questão social diz respeito à perspectiva de construir uma avaliação não neutra, no sentido de evidenciar e buscar soluções para questões pertinentes ao cotidiano dos sujeitos participantes. Trata-se de uma possibilidade de “dar voz” a quem realmente precisa ser ouvido e focar naquelas temáticas que estas pessoas consideram eminentemente significativas no contexto do serviço avaliado. Isto ocorre por meio do envolvimento do avaliador e dos avaliados de tal forma que estes se confundem de modo que o avaliado passa a ser avaliador e vice-versa. É, também, uma avaliação formativa, que proporciona subsídios para que ocorra uma mudança nas práticas.

METODOLOGIA

O artigo tem por objetivo relatar a utilização da Avaliação de Quarta Geração em uma UAPS de Fortaleza. Para isto, recorreremos aos registros em diário de campo realizados com base na realização de observação participante. Foram realizadas 80 horas de observação participante, entre 21 de janeiro de 2015 e 27 de março de 2015, período em que ocorreram 28 idas a campo, que duraram, em média, 2h48min (variando de uma a 7 horas por dia). As observações ocorreram em turnos,

dias e horários aleatórios, que não eram avisados previamente pelo objetivo de que não ocorressem mudanças significativas no cenário a partir da presença do pesquisador.

Para Guba e Lincoln (2011), são necessários 12 passos para a aplicação prática dessa metodologia de investigação, sendo: (i) o estabelecimento do contrato; (ii) organizar a avaliação; (iii) identificar os grupos de interesse; (iv) gerar construções conjuntas dentro do grupo; (v) ampliar construções conjuntas dos interessados por meio de novas informações/ maior nível de esclarecimento; (vi) selecionar reivindicações, perguntas e questões resolvidas; (vii) priorizar as reivindicações, perguntas e questões não resolvidas; (viii) coletar informações/aumentar o nível de esclarecimento; (ix) preparar agenda de negociação; (x) conduzir negociação; (xi) divulgar os resultados; e (xii) reciclar.

Diante desses passos, adotaremos a adaptação realizada por Wetzell (2005) que conta com as seguintes etapas: contato com o campo, organização da avaliação, identificando os grupos de interesse, desenvolvendo construções conjuntas, ampliando construções conjuntas, preparando a apresentação das questões para os grupos de interesse. Nosso relato, portanto, tomaram como balizas justamente estas etapas.

Vale ressaltar que, antes do contato com o campo, o projeto foi encaminhado e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE (CEP/UECE) – parecer número 880.192 de 21 de outubro de 2014 – e pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza – que emitiu comunicado para a regional em 23 de julho de 2014. Assim, seguimos as exigências da Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RELATO DA APLICAÇÃO PRÁTICA DA AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO

A primeira etapa desse processo, intitulada “contato com o campo”, teve um elemento facilitador: já havia um contato prévio com muitos dos profissionais que ali se encontravam, a partir da vivência dos pesquisadores com o PET-Saúde, que ocorreram alguns anos antes (2010-2012). Vale ressaltar que, antes da realização desta etapa, o projeto já havia passado por todas as instâncias, no que diz respeito aos aspectos éticos, tanto da Prefeitura Municipal, quanto do CEP/UECE. Além disso, no dia 21 de janeiro de 2015, realizamos o primeiro contato com a UAPS Luis Albuquerque Mendes, iniciando o diálogo com a coordenadora que foi favorável à realização da pesquisa.

Diante disso, passamos para o segundo momento, intitulado “organização e condução da avaliação”. Nesta etapa, foi feita uma aproximação com os trabalhadores, com vistas a “ganhar o direito de entrada” em que se preza pelo estabelecimento de relações de confiança. Para isto, e conforme já mencionado, foram importantes as relações afetuosas construídas previamente – durante nossa vivência no PET-Saúde. Essa construção de vínculo foi crucial para que obtivéssemos êxito nesta perspectiva de avaliação, visto que os interlocutores foram posteriormente convidados a tratar de reivindicações, perguntas e questões, com a possibilidade de discordar da construção de outro sujeito, além do processo de negociação, fases estas em que é necessário que os avaliados se sintam seguros para se posicionar, a partir da compreensão dos objetivos da pesquisa.

Nessa fase, questionamos a coordenadora a respeito das reuniões da UAPS as quais, durante a nossa vivência em 2010-2012, ocorriam todas as sextas, no período da tarde. Foi aí que

tivemos conhecimento de um primeiro elemento do modelo de atenção desenvolvido na ESF de Fortaleza que despertou a nossa atenção: não há mais os espaços de roda da unidade:

Perguntei para a coordenadora em atividade quando haveria uma reunião da UAPS, para que eu pudesse apresentar a proposta da pesquisa e ouvir as opiniões e sugestões dos participantes. Ela indicou que não estão mais havendo reuniões (Observação participante, 21 jan. 2015, tarde).

Deixadas as discussões sobre essa informação para os resultados da pesquisa, cabe aqui destacá-la como uma dificuldade enfrentada nesse cenário: a problemática de realizar uma pesquisa construtivista em um cenário não favorável. A partir disto, consultei, individualmente, muitos dentre os trabalhadores aos quais falei sobre a pesquisa e a respeito do que eu estava a fazer. Os trabalhadores demonstraram entusiasmo e concordaram com a realização do estudo. Vale ressaltar que o consentimento da construção deste tipo de pesquisa não se resume à emissão de um comunicado ou ofício da gestão: trata-se de um trabalho eminentemente atrelado à micropolítica das relações e à implicação (ou não) dos sujeitos pelo objeto.

Outro aspecto importante nessa etapa da pesquisa é a chamada etnografia prévia – *prior ethnography* – (GUBA; LINCOLN, 2011). Nesta tarefa, iniciamos as atividades de observação participante na qual foi desenvolvida uma descrição minuciosa a respeito do cenário do estudo, além de conversar com as pessoas, na busca de identificar lideranças e se inserir na rotina dos profissionais.

As informações que fundamentaram a etnografia prévia foram a observação participante e alguns documentos disponibilizados pela UAPS. A descrição teve como foco a história da UAPS e seus determinantes; a distribuição de microáreas, famílias e usuários adstritos, por equipe; além de uma caracterização de todo o espaço físico, como a constituição de salas, consultórios, banheiros etc.

Durante esse processo, também houve um processo de avaliação sobre a nossa presença naquele cenário. Neste sentido, identificamos como algo relevante a aceitação que ocorre (ou não) para além dos trâmites burocráticos formais, resgatados pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Tratamos, aqui, da concordância dos diversos atores que compõem aquele cenário e que envolve não somente os sujeitos entrevistados. A partir das anotações em diário de campo, observamos que isto foi conquistado.

Entro para a “cota” do lanche da tarde. “Ele já é um dos nossos”, diz a trabalhadora. (Observação participante, 5 mar. 2015, tarde).

Praticamente todos os trabalhadores que passam por mim me saúdam. Parecem me considerar como parte da equipe, ou o contrário – consideram-se parte de minha equipe –, tendo em vista que se mostram solícitos a ajudar (Observação participante, 11 mar. 2015, tarde).

Conforme observamos nos registros acima, essa metodologia proporciona intenso grau de envolvimento e, assim, cabe aos pesquisadores, antes de optar pelo seu uso, se questionarem se estão dispostos realmente a isto. Desse modo, a imagem do pesquisador como algo externo é desconstruída.

A terceira etapa foi a “identificação dos grupos de interesse”. Na perspectiva deste método, os sujeitos do estudo são agrupados por grupos de interesse. A rigor, os grupos de interesse são três: representantes/agentes; beneficiários; e vítimas. Todavia, esta classificação se torna inviável em nosso caso, visto que alguns grupos de interesse podem ser considerados beneficiários e vítimas, simultaneamente.

Destacamos, assim como outros autores (KOHLRAUSCH, 2012; MIELKE, 2009; 2013; WETZEL, 2005), que é impossível contemplar todos os grupos de interesse. Inicialmente, pensamos na inserção de quatro grupos: gestores, trabalhadores em saúde, usuários e familiares. Todavia, percebemos que seria inviável inserir todos estes grupos.

Para a escolha dos grupos a serem inseridos, Guba e Lincoln (2011) sugerem o “interesse relativo” (*relative stake*), que inclui o público que possui maior interesse na avaliação. Neste sentido, nos deparamos com o seguinte questionamento: Quem pode definir aqueles sujeitos que possuem mais interesse na avaliação? Tendo esta questão posta e, junto a ela, a incapacidade em respondê-la, optamos por outro critério de escolha, sendo elencados aqueles grupos que lidassem diariamente com a articulação das redes de atenção e com a maior quantidade delas. A partir destes critérios, evidenciamos os gestores e os trabalhadores em saúde enquanto grupos de interesse a serem trabalhados na pesquisa.

No grupo de interesse dos trabalhadores em saúde, foram considerados “elegíveis” todos aqueles que atuam naquele contexto específico, que vai desde o porteiro até o médico; quanto ao grupo de interesse dos gestores, todos aqueles que convivem em sua rotina, diretamente, na perspectiva da gestão, o que nos permite incluir o coordenador da UAPS, o tutor

regional², os dois supervisores da Cédula de Atenção Primária à Saúde, os membros da Secretaria Regional IV, da Secretaria Municipal de Saúde e a equipe de Consultores³.

Dada essa escolha, se fez necessário estabelecer alguns critérios para resultar em quais gestores e quais trabalhadores em saúde, incluir. Assim, para que o processo hermenêutico-dialético seja proveitoso, tomamos por base, enquanto critérios de inclusão para ambos os grupos, as seis condições mínimas elencadas por Guba e Lincoln (2011):

- O compromisso de assumir uma postura de integridade;
- Competência mínima de comunicação;
- Disposição de compartilhar poder;
- Disposição de mudar, se considerarem a negociação convincente;
- Disposição de reconsiderar suas posturas valorativas de forma apropriada;
- Disposição de comprometer-se com o tempo e a energia que, provavelmente, serão exigidos pelo processo;

Além desses, seguimos alguns critérios mais específicos ao contexto desse estudo:

- Atuação há, no mínimo, um ano na função de trabalhador em saúde ou de gestor; e
- Desenvolver ações na perspectiva de articulação das RAS's.

2 O Tutor Regional é o técnico das Coordenadorias Regionais que busca acompanhar e alinhar conceitualmente os profissionais das unidades de saúde. Esses profissionais visitam semanalmente as unidades de saúde, trabalham exclusivamente nessa função e contemplam entre seis e dez unidades de saúde.

3 Os supervisores da Cédula de Atenção Primária à Saúde e a equipe de Consultores acompanham sistematicamente os Tutores Regionais.

Para o construtivismo, Guba e Lincoln (2011) consideram mais adequada a “amostragem de variação máxima”, por oferecer o escopo mais amplo de informações. Esta amostragem se subdivide, em sua primeira fase, como *serialmente*, em que nenhum elemento dos participantes é escolhido antes de ampla coleta de informações, e, na fase subsequente, a “amostra” é selecionada *contingentemente*, o que envolve a seleção do elemento subsequente como o mais diferente possível dos elementos precedentes, além do fato de esta escolha ocorrer de acordo com as necessidades da investigação naquele momento. Vale ressaltar que, diferente do positivismo científico, esta abordagem não visa um grupo representativo no sentido de generalizar seus resultados.

Diante disso, os critérios elencados acima serviram para a escolha do primeiro sujeito ao qual solicitamos que escolhesse o próximo respondente, que deveria também contemplar os critérios de inclusão e possuir, preferencialmente, concepções diferentes da sua, no sentido de ampliar as construções da avaliação. Tendo a possibilidade de não aceitação de participação do estudo por parte do sujeito como uma realidade – que, por sinal, ocorreu com um dos trabalhadores –, solicitamos que o respondente sugerisse três possíveis participantes.

Embora não seja assim denominada na Avaliação de Quarta Geração, essa técnica em que cada entrevistado indica o próximo, é denominada *snow ball sampling*, “bola de neve”. De acordo com Albuquerque (2009), a partir da leitura de Goodman (1961), por meio desta técnica, é possível identificar a cadeia de referência inerente às redes sociais complexas em que o sujeito está inserido, podendo se aproximar de situações sociais específicas que condizem com a proposta deste projeto.

Por fim, no sentido de garantir a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos, respeitando os princípios éticos, nos permitimos expor características gerais desses dois grupos, mas não as individuais, visto que se assim o fizéssemos, alguns deles estariam passíveis de identificação.

O grupo de interesse dos gestores foi composto por cinco sujeitos, todos do sexo feminino. Possuíam média de idade de 45 anos, formação inicial em Enfermagem, Serviço Social e/ou Odontologia e tempo médio de atuação na ESF (não necessariamente na gestão) de 14,8 anos. Já o grupo de interesse dos trabalhadores em saúde contou com nove sujeitos, dos quais quatro são do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com média de idade de 46,6 anos, que exercem as profissões de auxiliar de saúde bucal, ACS, medicina, odontologia e enfermagem, e tempo médio de atuação na ESF de 14,9 anos.

Passando para a quarta etapa, denominada “desenvolvimento das construções conjuntas”, foi colocado em prática o círculo hermenêutico-dialético, conforme descrito anteriormente no item Processo hermenêutico-dialético.

A temática inicial foi o seguinte convite para os trabalhadores: Fale sobre a Estratégia Saúde da Família e sua função nas Redes de Atenção à Saúde no contexto de sua unidade de saúde⁴. Após a entrevista, foi realizada, imediatamente, uma sistematização, de maneira a fazer com que as informações empíricas estejam disponíveis na forma de temas a serem incluídos para os demais sujeitos, de maneira que as construções passam a ser mais sofisticadas. Vale destacar que, concomitantemente às entrevistas, a observação participante foi realizada. Este processo continuou até a última entrevista.

4 Para o grupo de interesse dos gestores, “unidade de saúde” foi substituído por “contexto de atuação”.

Nesse sentido, em virtude do uso do círculo hermenêutico-dialético, os primeiros entrevistados comentaram um roteiro menos estruturado em que foi permitido aos sujeitos relatarem suas próprias questões. A partir daí, foram sendo incorporados outros pontos, nas entrevistas subsequentes, com a inclusão de temáticas inseridas pelos primeiros sujeitos. Assim, as entrevistas seguem em um processo de estruturação, até ganhar forma a partir daquilo que os interlocutores consideram mais significativo dentre suas vivências.

A quinta fase, intitulada “ampliação das construções conjuntas”, consiste na possibilidade de percorrer, novamente, o círculo hermenêutico-dialético, a partir da concepção de que se trata de uma avaliação formativa, de que os sujeitos podem reconstruir aquilo anteriormente posto, em uma situação em que o círculo ganha características de espiral. Diferentemente da proposta original de Guba e Lincoln (2011), realizamos, para esta ampliação, a adaptação proposta por Wetzel (2005), em que os sujeitos não são novamente entrevistados, sendo realizada uma prática grupal denominada encontro de negociação. Além disso, as construções foram adensadas com quatro aspectos, a saber:

- Literatura profissional e documentos oficiais – trata-se de informações que podem aprofundar algumas temáticas trazidas pelos círculos e estão entre as informações mais disponíveis e acessíveis. Vale ressaltar que, na perspectiva construtivista, estas construções não são vistas como generalização do conhecimento, mas como um ponto de vista também sujeito a críticas;
- Observação participante – durante esse percurso, foi analisado o sinergismo entre o observado e as entre-

vistas. A etnografia prévia, além das observações a serem realizadas durante o processo, pode ser útil no sentido de levantar questões ou propiciar consenso entre os sujeitos.

- Construções de outros ciclos – os elementos/informações de um grupo de interesse específico (trabalhadores em saúde ou gestores) foram inseridos no outro. É sabida a possibilidade de estas temáticas serem conflitantes e, neste caso, evidenciar-se-á a avaliação do círculo concorrente. Em outras situações, podem emergir direções semelhantes, de maneira que o consenso pode ganhar força entre os diferentes grupos de interesse.
- Construção ética do avaliador – este consiste no reconhecimento da construção inerente a vivências do avaliador em relação ao objeto de estudo. Deste modo, a inserção destas informações é possível, desde que esteja sujeita a críticas e discordâncias, assim como as demais construções, ou seja, não sendo posta enquanto verdade, pois a sensibilidade em relação à pertinência da interferência do avaliador é uma postura fundamental.

Wetzel (2005) considera legítima a inserção desses recursos, no sentido de informar as construções existentes para a reconstrução dos sujeitos. Partimos da ideia de que a Avaliação da Quarta Geração não almeja emitir um juízo de valor, no que concerne a ser condizente ou não com a literatura, documentos oficiais e/ou políticas nacionais, mas discutir o consenso para aquele grupo inserido no contexto singular do objeto de estudo.

Finalizadas as entrevistas, após a organização das construções de cada grupo de interesse, iniciamos a sexta fase, denominada *“preparação da agenda para a negociação”*. Com base nas adaptações realizadas por Wetzell (2005), a negociação para essa pesquisa foi realizada em uma prática grupal para cada um dos grupos de interesse, em que os sujeitos puderam reafirmar, modificar ou excluir as temáticas elencadas. Assim, nessa etapa foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Definição dos núcleos temáticos emergentes do discurso dos grupos de interesses, de maneira a torná-los claros para a análise dos sujeitos envolvidos;
- Organização do material impresso contendo os núcleos temáticos e as informações empíricas, com cópia para todos os sujeitos;
- Preparação do material para apresentação a partir de recursos audiovisuais; e
- Negociação em relação a definir um dia e horário comum a todos os sujeitos.

Para esse momento, realizamos um contato prévio com os grupos de interesse. Com isto, identificamos que seria inviável a participação de todos em um só momento e, com base nisso e na sugestão dos próprios sujeitos, foram elencados datas e horários que favorecessem a presença da maioria. Os sujeitos também indicaram qual seria o melhor local de realização e ajudaram na reserva do espaço. Além disto, durante a semana em que seria realizado o encontro de negociação, foram distribuídos convites nominais a cada um dos participantes e, contando com o consentimento prévio dos mesmos, a data e o horário foram reiterados, no dia anterior ao encontro, por meio de mensagem ao telefone móvel pessoal.

Apesar desse esforço, tivemos que lidar com alguns contratempos. O encontro de negociação com os trabalhadores ocorreu no dia 8 de abril de 2015 e contou com a participação de sete dos nove participantes. Os outros dois, embora demonstrassem interesse em participar, estavam desenvolvendo uma atividade da campanha de combate ao surto de sarampo. Já o encontro de negociação com os gestores teve uma primeira data agendada para 30 de março de 2015, todavia, por diversos motivos, tais como férias e doença, o encontro foi remarcado somente para 12 de junho de 2015, tendo em vista que, durante os meses de abril e maio, os gestores relataram estar com as agendas lotadas principalmente pelas atividades da campanha de combate ao sarampo. Esta segunda tentativa obteve êxito e tivemos a participação de três dos cinco gestores integrantes. Vale ressaltar que aqueles sujeitos que não participaram dos encontros de negociação relataram se sentir representado pelos seus colegas, entretanto, chama a atenção a potência do modelo hegemônico sanitarista sobre a agenda dos sujeitos, todavia, esta é uma questão a ser discutida nos resultados desta pesquisa.

A sétima etapa é chamada de “Execução da negociação”. O bom desenvolvimento desta etapa é crucial, visto que é neste espaço que buscamos o consenso e, quando este não for possível, esclarecer os diferentes pontos de vista em relação aos dissensos. Para que se obtivesse êxito, estabelecemos algumas regras operacionais:

- Local adequado que envolvesse privacidade, conforto, sem interferências sonoras e de fácil acesso. Conforme já mencionado, este local foi sugerido pelos próprios participantes;
- Somente uma pessoa poderia falar por vez, de maneira que ninguém pudesse dominar a discussão e

- todos tivessem o direito de se posicionar ao considerar relevante;
- Que não tivesse duração muito extensa, como condição para que o encontro não passasse a ser inconveniente e cansativo;
 - A função do avaliador seria a de apresentar as regras do grupo e as temáticas, esclarecer as opiniões emitidas, provocar a participação dos sujeitos, quando necessário, e evitar a centralização das discussões em um só sujeito;
 - Contaríamos com dois observadores, que teriam o papel de analisar o processo de interações presente durante o processo grupal, dedicando-se ao registro de comunicações não verbais, linguagem, atitudes preocupações e ordem de respostas.

Durante a busca pelo consenso, Guba e Lincoln (2011) evidenciam três possibilidades: (i) resolução total: situação que pode requerer a execução de determinadas ações, a continuidade de ações que venham sendo desenvolvidas, com melhoramentos ou não, ou a rejeição/abandono de determinada ação; (ii) resolução incompleta: em que não se conseguiu resolver algumas questões; e (iii) não resolução: quando construções diferentes, provavelmente rivais, permanecem. Em geral, estas três situações ocorrem, simultaneamente, nas pesquisas avaliativas.

Cabe destacar que, em ambos os grupos, precedeu as discussões a oferta de um lanche em ambiente acolhedor, de maneira que os participantes pudessem se sentir à vontade no encontro. Este objetivo foi alcançado. As informações levadas para discussão nos encontros de negociação foram frutos da sistematização a partir do método Comparativo Constante que

resultou em uma síntese horizontal. Esta síntese dos achados foi disponibilizada aos participantes, no momento em que o avaliador expôs as informações a serem debatidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da operacionalização da avaliação, buscamos desenvolver um processo participativo e isto foi facilitado pelas premissas do método. Neste sentido, as temáticas engendradas são significativas para os grupos de interesse tratados.

A realização da Observação Participante permitiu que nos inseríssemos no contexto dos sujeitos de tal forma que vivenciamos a realidade como ela se apresenta e não somente a partir de relatos. Graças a isto, os discursos passaram a ser significativos também para o pesquisador. Esse método tem como premissa um alto grau de envolvimento entre o avaliador e o avaliado, assim, houve situações em que os sujeitos demonstraram considerar o pesquisador como integrante de sua equipe ou se consideraram como parte da equipe de avaliação, que é realmente o que pretendemos. Diante disto, é importante que, ao optar por utilizar a Avaliação de Quarta Geração, os pesquisadores avaliem se este envolvimento faz parte de seu interesse. Por outro lado, alertamos que é preciso “dosar” este envolvimento, de tal forma que o serviço de saúde não tenha nenhuma dependência do observador.

No decorrer do círculo hermenêutico-dialético, com a sistematização ocorrendo de maneira concomitante ao processo de construção das informações empíricas, as entrevistas foram ficando mais completas e as observações mais focalizadas. O encontro de negociação foi onde o processo formativo ocorreu de maneira mais efetiva, tendo em vista que foi nestes momen-

tos que os sujeitos puderam reconstruir suas próprias argumentações, em um processo de interpretação compartilhada.

Apreendemos que o uso da Avaliação de Quarta Geração, no contexto da ESF, permitiu que houvesse um processo formativo direcionado à emancipação dos sujeitos. Além disso, proporcionou uma profundidade na realidade estudada que outras metodologias não permitiriam.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009.

COSSETIN, A.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 495-501, 2011.

DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 47-52, 2011.

GOODMAN, L. A. Snowball sampling. **The Annals of Mathematical Statistics**, v. 32, n. 1, p. 148-170, 1961.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Tradução Beth Onorato. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

HECK, R. M. *et al.* Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto – Enferm**, v. 17, n. 4, p. 647-655, 2008.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliação qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), v. 6, n. spe, p. 387-408, 2010a.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliando a política de saúde mental num CAPS: a trajetória no movimento antimanicomial. **Estud. Pesqui. Psicol.**, v. 10, n. 1, p. 242-263, abr. 2010b.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011.

KOHLRAUSCH, E. R. **Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família.** Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. **Naturalistic inquiry.** Newbury Park, California: Sage Publication, 1985.

MIELKE, F. B. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2009.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3069-3078, 2012.

VÍCTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. São Paulo. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade de São Paulo; 2005.

WETZEL, C. *et al.* A inserção da família no cuidado de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista CiencCuidSaude**, v. 8, n. supl., p. 40-46, 2009.

CAPÍTULO 10

ÓBITO INFANTIL: PERFIL MATERNO, DA GESTAÇÃO E DO PARTO EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

Sônia Samara Fonseca de Moraes
Francisco José Maia Pinto

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil é obtida por meio do número de crianças de um determinado local (cidade, região, país, continente) que morrem antes de completar 1 ano, a cada mil nascidas vivas. Este dado é um aspecto de fundamental importância para se avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos tais como saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação na maternidade, alimentação adequada, entre outros (IBGE, 2010).

As mais altas taxas de mortalidade infantil no Brasil estão concentradas nas regiões e nos bairros onde há mais pobreza e falhas nos serviços de saúde e saneamento básico. As regiões Nordeste e Norte permanecem com os níveis mais elevados e as crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas. A mortalidade infantil entre as crianças negras e indígenas é, respectivamente, cerca de 40% e

138% maior que entre as crianças brancas, o que mostra como ainda estamos longe de acabar com as desigualdades sociais (BRASIL, 2009).

A mortalidade infantil tem como fatores de proteção vacinas, aleitamento materno, manejo adequado das doenças infecciosas, pré-natal, estado nutricional materno, fatores ambientais (intervenções sanitárias), entre outras, sendo que fatores socioeconômicos atingem, em sua maior frequência, as famílias de baixa renda, classe mais afetada pelo alto índice de óbito infantil em função de uma maior diversidade de causas (BARBOSA, 2008).

Esse é um problema social que ocorre em escala global, no entanto, as regiões pobres são as mais atingidas pela mortalidade infantil e, dentre os principais motivos, estão: a falta de assistência e de orientação às grávidas, a deficiência na assistência hospitalar aos recém-nascidos, a ausência de saneamento básico (desencadeando a contaminação de alimentos e de água, como também, outras doenças) e desnutrição (IBGE, 2010).

Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas, por suas causas estarem relacionadas à falta de acesso aos serviços de saúde e à baixa qualidade da assistência prestada pelos hospitais durante a gestação (pré-natal), o parto e após o nascimento (GOULART, 2005).

A mortalidade infantil reflete a efetividade de intervenções governamentais no âmbito da saúde pública e sofre a influência direta de modelos socioeconômicos adotados por um país. Portanto, a análise de suas variações geográficas e temporais pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliações de políticas e ações de saúde voltadas à saúde infantil, representando importante instrumento de acompanhamento de qualidade de serviços de saúde (RIPSA, 2008).

JUSTIFICATIVA

Assim o presente estudo coopera com o aprofundamento da temática e edifica novos conhecimentos a respeito da quantidade de óbitos que são registrados. A diversidade de causas da mortalidade infantil continua sendo motivo de preocupação e controle, quando esses dados se apresentam de forma relevante, quando surgem em maior quantidade por um motivo específico, como também, pela importância de se tomar medidas preventivas. É, também, um instrumento para desenvolver ações no campo da saúde pública, tendo em conta o papel da epidemiologia na avaliação da qualidade da assistência à saúde, visando a incorporação do enfoque de risco tanto na dimensão individual como na coletiva. Estas medidas se dão por análises de informações concretas quando comparadas e/ou equiparadas a dados que afetam a sociedade contribuindo ou não para os índices de qualidade da saúde das pessoas, quando analisados de forma crítica, a exemplo de taxas de natalidade com taxas de mortalidade (ARREAZA; MORAES, 2010).

A importância deste estudo está em colaborar com dados que apresentem a vital necessidade de uma boa prática do atendimento à mulher gestante e de identificação de um diagnóstico precoce ou de uma hipótese diagnóstica, quando se sabe que esta é responsável pela minimização de casos de mortalidade infantil, pela redução de custos e diminuição de riscos, como também dos transtornos familiares, para, por meio destes dados, se ter uma noção da realidade no que diz respeito à quantidade de casos de óbitos infantis e os fatores associados que podem ser identificados pelo serviço público.

REVISÃO DE LITERATURA

COEFICIENTES OU TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil pode ser calculada pelo método direto com a utilização do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, ou pelo método indireto, através de estimativas baseadas no Censo Demográfico e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)/IBGE. O cálculo direto da taxa a partir de dados obtidos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde pode exigir correções do sub-registro de óbitos infantis e de nascidos vivos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2004).

Vamos ver quais são as várias possibilidades de calcular os coeficientes, índices e razões e os indicadores de mortalidade.

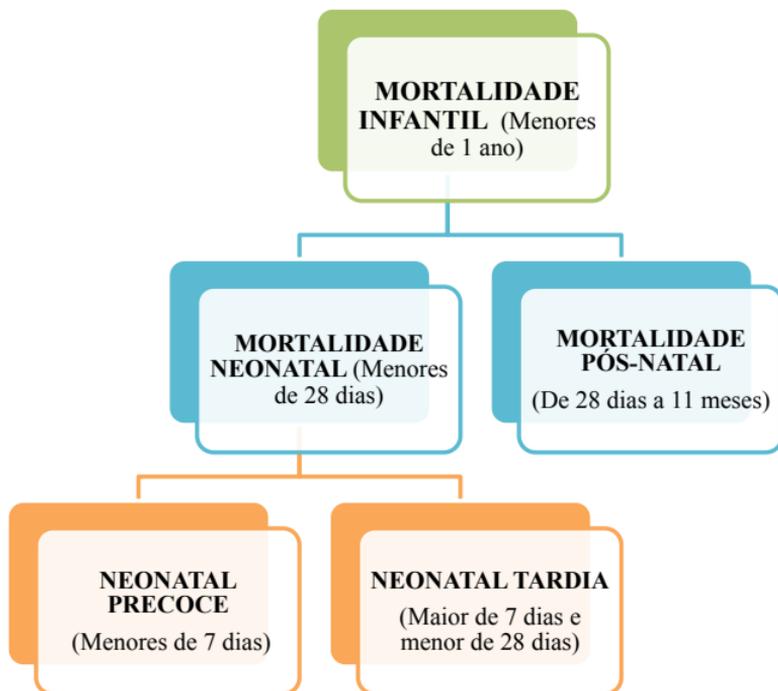
COMPONENTES MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade entre menores de 1 ano se refere ao número de óbitos durante o primeiro ano de vida por 1.000 nascidos vivos. Ela pode ser dividida em mortalidade neonatal (<28 dias de vida) e mortalidade pós-natal (28 dias a 11 meses).

A análise da mortalidade infantil por meio desses componentes é fundamental para uma compreensão mais detalhada do fenômeno, já que as causas que levam ao óbito, nestes dois períodos de vida, são diferentes. No primeiro mês de vida, a morte ocorre por causas geralmente ligadas ao período pré-

natal: acompanhamento insuficiente ou inadequado da gravidez (ausência ou poucas consultas de pré-natal), desnutrição, infecção, hipertensão e hemorragias da mãe e outras causas que, geralmente, vão ocasionar partos prematuros e/ou crianças com baixo peso ao nascer. Isto pode levar a complicações no pós-parto imediato; por exemplo, bebês que sofrem anóxia (dificuldade respiratória) ou sepse (infecção generalizada) (CEARÁ, 2014).

Figura 1 –



Fonte: Elaboração própria

Redução da mortalidade pós-neonatal – esta redução se deu, principalmente, na chamada mortalidade pós-neonatal, que exclui os recém-nascidos e os fetos, enquanto as mortes por causas Peri natais (aquelas relacionadas a problemas que ocorrem durante a gravidez, o parto e logo após o nascimento) aumentaram e passaram a ser responsáveis por mais de 50% das mortes no primeiro ano de vida. Apesar de apresentar maior queda, a mortalidade infantil pós-neonatal no Brasil ainda poderia ser reduzida, pois suas principais causas podem ser facilmente combatidas: a desnutrição e as doenças infecciosas, principalmente a diarreia e a pneumonia (MARTINS, 2010).

IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

O Pré-Natal tem como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando-lhe, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006). A realização do pré-natal é essencial a fim de prevenir e detectar, precocemente, patologias tanto maternas quanto fetais. Além disto, o pré-natal pode trazer maiores garantias de um desenvolvimento saudável para a criança e, certamente, uma redução nos riscos para as gestantes (CARDOSO; SANTOS; MENDES, 2007).

Para Nunes (2011), através do acompanhamento do pré-natal, é possível o reconhecimento tanto de patologias desenvolvidas na gravidez como também daquelas que já estavam presentes no organismo da mulher, porém, com um quadro evolutivo silencioso. São exemplos: Hipertensão Arterial, Diabetes, Anemias, Doenças do coração, Sífilis, Hepatites, HIV, entre outros. Assim o diagnóstico precoce permite a implan-

tação de um tratamento eficaz no intuito de evitar um maior prejuízo ao conceito e à mulher, não só durante a gestação, mas por toda a vida.

Outro ponto importante do acompanhamento pré-natal, além dos diagnósticos precoces, é o tratamento de algumas patologias ainda intra-úteros que possibilita ao recém-nascido uma vida normal. “A eclampsia, uma das principais patologias responsáveis pela mortalidade materna e neonatal no Brasil, também é capaz de ser diagnosticada precocemente, dando subsídios para redução dos riscos e evolução da doença” (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, o pré-natal tem como objetivos a preparação física e psíquica da mulher para a maternidade, a disseminação de informações educativas sobre o parto e o cuidado com a criança, trazendo informações sobre hábitos de vida e de higiene e, ainda, sobre a manutenção do estado nutricional adequado (BRASIL, 2006).

O pré-natal também é considerado um momento de encontro e estabelecimento de vínculo com o profissional de saúde o qual é responsável por esclarecer informações necessárias para a saúde da gestante e do conceito. É neste momento, também, que deve haver um maior incentivo ao aleitamento materno exclusivo. O profissional de saúde deve, além de informar a gestante sobre os principais benefícios da amamentação, dar apoio e orientar a família neste processo, tirando todas as dúvidas que possam surgir.

De acordo com Cunha (2008), um pré-natal de qualidade deve ser um caminho para fortalecer a mulher e torná-la atriz principal do seu processo de gestação e nascimento. Uma assistência pré-natal com qualidade não precisa necessariamente de procedimentos complexos e alta tecnologia, afinal

uma das chaves de qualidade desta assistência está, sobretudo no relacionamento de confiança entre os profissionais, a gestante e sua família (BARBOSA, 2007).

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A saúde da mulher tem sido um campo de grande preocupação e discussões ao longo de várias décadas. De acordo com Vieira *et al.* (2011), a vivência gestacional é um período muito peculiar na vida de uma mulher e o nascimento de um filho é uma experiência única, portanto, merecem ser tratados de forma singular e especial por profissionais qualificados, pela equipe multiprofissional, por gestores e pelo governo.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) traz estratégias para o atendimento humanizado, como a de assegurar às gestantes um acesso facilitado ao serviço de saúde, cobertura e qualidade do acompanhamento durante o pré-natal e, também, para a assistência ao parto, ao puerpério, ao binômio mãe-bebê, além de ampliar as ações já existentes pautadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante.

A temática da humanização no cuidado e atendimento em saúde à gestante no pré-natal se mostra relevante na prática cotidiana por constituir um atendimento baseado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, entre outros. Isto demanda a revisão de ações e o planejamento de estratégias para a prevenção da morbimortalidade materna e neonatal.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) determina os parâmetro de acesso e frequência do atendimento e a solicitação de exames complementares

básicos. De acordo com o Ministério da Saúde (2000 apud ARAÚJO *et al.*, 2010), o programa preconizou: o elenco de captação precoce de gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação, realizando, no mínimo, seis consultas; a realização de exames básicos; a imunização antitetânica; a realização de atividades educativas; a classificação do risco gestacional; e uma consulta no puerpério, até 42 dias após o parto.

Para Duarte e Andrade (2008), o PHPN está embasado no princípio da humanização da assistência obstétrica e neonatal para o adequado acompanhamento do parto e puerpério, preconizando que, em um atendimento humanizado e participativo o profissional deve, além daquilo que vê e apalpa, ouvir e levar em consideração as dúvidas e ansiedade das gestantes.

Costa *et al.* (2009) colocam que o estabelecimento desses critérios busca prover os municípios de um modelo básico, indispensável para a assistência. O enfoque seria que cada mulher realizasse todas as ações e não que a assistência fosse pensada como a soma delas, ou seja, a idéia de qualidade da atenção humanizada era centrada, individualmente, em cada mulher, que deveria receber todos os critérios mínimos previamente determinados e não no coletivo, por meio do total de consultas ou do total de cada exame realizado no âmbito do programa.

O Ministério da Saúde estabelece que a atenção pré-natal se dá por meio da incorporação de consultas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência a saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que o pré-natal deve ser organizado para atender às reais necessidades da população de gestantes, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. Reforça-se, ainda, que as ações de saúde precisam estar voltadas para a cobertura de toda a população alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando a continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação dessas ações sobre a saúde materna-perinatal (COSTA *et al.*, 2010).

Para acompanhar as ações desenvolvidas na atenção pré-natal foi elaborado o Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRE-NATAL) que é responsável por monitorar o pagamento dos incentivos financeiros e constitui um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar esta atenção no âmbito municipal e estadual, contribuindo para melhorar as ações e serviços.

De acordo com Santos, Radovanovic e Marcon (2010), a assistência pré-natal tem como principal objetivo acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta. Estas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, a curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo. Desta forma, a oferta de uma assistência pré-natal de qualidade está ligada à valorização destes aspectos, traduzida em ações concretas, em grupo ou individuais, que permitam a sua integração no conjunto das ações oferecidas.

Sendo assim, a atenção adequada à gestante é indispensável para garantir que ela exerça o papel de mãe com segurança e bem-estar. A equipe de saúde deve acolher a mulher e

sua família, sendo necessário o estabelecimento de um vínculo mais profundo com a gestante que lhe transmita confiança e tranquilidade.

Segundo Nunes (2011), a principal ferramenta do profissional de saúde é a escuta qualificada. A capacidade de silenciar e ouvir o outro, respeitando as crenças e valor de cada pessoa melhora a compreensão de suas necessidades e torna a abordagem mais resolutiva.

CUIDADOS DURANTE A GESTAÇÃO PARA EVITAR A MORTALIDADE INFANTIL

As consultas médicas durante a gestação, chamadas de pré-natal, são importantes para que as mulheres saibam se tudo está correndo bem com elas e o bebê. É, também, a oportunidade para esclarecer as dúvidas, preparar-se para o parto, prevenir, descobrir e tratar o mais cedo possível quaisquer problemas que surjam (BRASIL, 2009).

Os serviços de saúde devem, já na primeira consulta, entregar à mulher o seu cartão – ou carteira – de gestante, onde serão registradas informações como peso, pressão arterial, crescimento do bebê, tipo sanguíneos e resultados de outros exames importantes. Em cada consulta, é obrigatório que os profissionais responsáveis pelo atendimento verifiquem o peso, pressão e altura uterina da gestante e ouçam os batimentos do coração do bebê (BRASIL, 2012).

Um bom pré-natal deve incluir, no mínimo, seis consultas, e seu acompanhamento pode ser realizado por um médico, enfermeira ou outro profissional devidamente treinado, como agentes comunitários de saúde e líderes da Pastoral da Criança (BRASIL, 2008).

- Exames – os exames rotineiramente solicitados no pré-natal são os de urina, fezes e sangue. O exame de fezes informará a existência de alguma verminose, que deverá ser tratada; o de urina mostrará se há sinais de infecção ou indicações suspeitas de uma eclâmpsia (convulsões que podem aparecer antes, durante ou depois do parto e levar à morte ou ao coma); o exame de sangue verifica as funções gerais do organismo, o tipo sanguíneo, o fator Rh e a presença ou não de anemia e sífilis.
- No pré-natal, o diagnóstico das doenças sexualmente transmissíveis é de extrema importância, tanto para a mãe como para o feto. Na identificação de uma sífilis, por exemplo, o tratamento oportuno evitará que o bebê venha a ter graves sequelas.
- Apalpar a barriga da gestante e medi-la permitirá ao profissional de saúde responsável pelo acompanhamento saber se o bebê está se desenvolvendo adequadamente, na posição e tamanho corretos. Hoje, esta avaliação é quase sempre realizada mediante exame de ultrassom, mas, mesmo sem ele, é possível ter uma boa noção apenas auscultando o bebê, medindo e verificando a barriga da mãe (altura uterina).
- A dieta deve ser rica em vitaminas e sais minerais encontrados nas frutas e verduras. Na gravidez, aumentam as necessidades de ferro, proteínas e cálcio. A partir do segundo trimestre gestacional, pode ser necessária uma complementação de ferro e vitaminas, pois a falta de ferro pode provocar o surgimento de anemia ferropriva.

- Cuidado com a pressão alta – em nosso país, um dos problemas mais apresentados pelas gestantes que procuram os serviços de emergência dos hospitais são as complicações da pré-eclâmpsia (também conhecida como toxemia) e eclâmpsia, uma doença que só acontece na gravidez. Seu sinal mais evidente é o inchaço anormal de pés, face e mãos, acompanhado de pressão alta, que pode se complicar com fortes dores de cabeça, visão embaçada e, até mesmo, convulsão e morte.
- A pressão necessita ser controlada a cada consulta. Caso a pressão esteja alta, a mulher deve ser orientada e encaminhada para exame de urina, e tratada, se necessário. Na maioria das vezes, uma boa dieta, repouso adequado e acompanhamento frequente são suficientes. Se a mulher necessita, ela tem direito legal ao repouso. Em qualquer situação que ameace a sua saúde é garantida a licença médica, sem nenhum prejuízo ao salário.
- O cigarro, o álcool e os medicamentos – assim como outras drogas – precisam ser evitados na gestação, porque causam danos à saúde tanto da mãe como do filho.
- O tétano neonatal é uma doença infecciosa grave e muito perigosa para as mulheres em estado gestacional. Para preveni-lo, toda gestante deve receber a vacina antitetânica da seguinte forma: uma dose de reforço, caso tenha sido vacinada corretamente há menos de dez anos; ou três doses, em caso contrário. Essa vacina evita o tétano na mãe e no bebê (mal de sete dias).

O parto – a atenção ao parto é sempre uma urgência. Portanto, seu atendimento não pode ser recusado em nenhum hospital ou maternidade. Quando o hospital, por qualquer motivo, não apresenta condições de atender à mulher em trabalho de parto, não pode, simplesmente, mandá-la embora sem antes examiná-la. Tampouco pode transferi-la para outro estabelecimento de saúde se não houver tempo suficiente ou se não confirmar a existência de vaga e o atendimento. Se isto não ocorrer e, principalmente, se a gestação for de risco ou complicada, a mulher e seu marido ou companheiro devem formalizar uma reclamação contra o hospital, nas instâncias de controle social (BRASIL, 2006).

A gestante já deve saber antecipadamente qual o hospital ou maternidade onde pretende – ou pode – dar à luz. Alguns hospitais possuem locais chamados de casa de espera ou casa de repouso, que oferecem serviço de alojamento a gestante de risco ou que morem longe da maternidade. Estes locais ficam próximos ao hospital ou à maternidade e podem diminuir, nos casos de gravidez de risco, a ocorrência de complicações e de mortes, tanto das mães como das crianças (BRASIL, 2008).

Logo após o nascimento, a mãe e a criança devem receber alguns cuidados específicos. O ideal é a presença de um pediatra na sala de parto – fundamental nos casos de gravidez de risco. A mulher que, durante o trabalho de parto, apresente pressão muito alta, algum tipo de hemorragia ou infecção importante deve ser tratada, de maneira especial, e receber cuidados extras, pois tais sinais indicam que seu parto está mais sujeito a riscos, tanto para ela quanto para a criança (BRASIL, 2009).

Amamentação – Imediatamente após o parto, a mulher tem o direito de ficar com o seu filho e amamentá-lo. O con-

tato da mãe com a criança nas primeiras horas e dias após o parto é fundamental para a saúde física e mental de ambos (BRASIL, 2012).

Após o parto, os seios produzem uma “aguinha” chamada colostro, que o bebê irá sugar assim que nascer e é muito rica em nutrientes e anticorpos vitais para a criança. O leite materno é absolutamente fundamental para o bebê. Além de ser gratuito e de evitar doenças, a amamentação exclusiva ajuda a mulher a se prevenir de uma nova gravidez, bem como de vários problemas futuros como, por exemplo, o câncer de mama (BRASIL, 2009).

OBJETIVO

Descrever os óbitos infantis e aspectos do pré-natal de mães cujos filhos morreram com idade inferior a um ano, no estado do Ceará no ano de 2012.

MÉTODOS

Estudo transversal, com dados secundários e abordagem descritiva cuja população foi composta por todos os óbitos infantis ocorridos no ano de 2012, no Ceará.

Os dados secundários foram coletados dos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A população foi constituída por todas as declarações de nascidos vivos compatíveis com a declaração de óbito, obtendo um total 781 registros referentes à mesma DN e DO.

As variáveis estudadas foram caracterizadas segundo características maternas, sendo: idade da mãe; escolaridade da

mãe; estado civil. E variáveis segundo a gestação, pré-natal e parto, sendo: semana gestacional número de consultas de pré-natal realizadas, número de gestações, tipo de parto.

A montagem do banco de dados envolveu técnica de *linkage* entre as Declarações de Óbito (DO) e as Declarações de Nascidos Vivos (DNV), de modo que fosse possível agregar as informações destes dois registros. A extração de dados foi realizada no *TabWin* versão 3.6, que gerou o banco de dados posteriormente exportado para o *Stata* versão 12.0.

Os resultados foram exibidos em forma de tabelas e analisados com base na estatística descritiva, por meio de frequência (absolutas e percentuais).

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, UECE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 aborda a caracterização dos óbitos infantis, ocorridos no Ceará no ano de 2012, de acordo com as variáveis maternas. Contatou-se que houve a predominância de mulheres adultas jovens com idade de 20 a 34 anos, 482 (62%); nível de escolaridade equivalente a 8 – 11 anos de estudos, 399 (51,1%); e que se declararam solteiras 344(42,8%).

Tabela 1 – Características do óbito infantil, segundo as variáveis maternas – Ceará, 2012.

VARIÁVEIS	N	%
Idade da mãe	781	
10 a 19 anos	200	25,0
20 a 34 anos	482	62,0
35 ou mais	99	13,0
Escolaridade da mãe (anos)	768	
Nenhuma	21	2,7
1 a 3 anos	55	7,0
4 a 7 anos	232	29,7
8 a 11 anos	399	51,1
12 ou mais	61	8,0
Estado Civil	768	
Solteira	334	42,8
Casada	211	27,0
Viúva	1	1,0
Separada judicialmente	221	28,3
Ignorado	1	1,0

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 2 mostra a distribuição das características da gestação, do pré-natal e do parto. As mulheres se encontravam entre 37 – 41 semanas de gestação, 228 (29,2%); realizaram 4 – 6 consultas pré-natal, 287 (36,7%); sendo a primeira gestação (única) em 699 (89,5%); e tiveram parto vaginal, 480 (61,5%).

Tabela 2 – Características do óbito infantil, segundo variáveis da gestação, pré-natal e parto – Ceará, 2012.

VARIÁVEIS	N	%
Gestação	716	
Menos de 22 semanas	45	5,8
22 a 27 semana	162	20,7
28 a 31 semanas	116	14,9
32 a 36 semanas	145	18,6
37 a 41 semanas	228	29,2
42 semanas ou mais	20	2,6
Consultas de pré-natal	781	
Nenhuma	87	11,1
1 a 3 consultas	172	22
4 a 6 consultas	287	36,7
Maior ou igual a 7 consultas	229	29,3
	6	0,8
Número de Gestações	777	
Única	699	89,5
Dupla	68	8,7
Tripla ou mais	10	1,3
Tipo de Parto	779	
Vaginal	480	61,5
Cesáreo	299	38,3

Fonte: Dados da pesquisa

Fatores socioeconômicos têm sido também apontados como influentes na mortalidade infantil. Estudos mostram forte relação entre a educação da mãe e a mortalidade no primeiro ano de vida. A escolaridade da mãe capacita a mulher no sentido de prevenir, reconhecer e providenciar o tratamento de doenças em tempo hábil.

A variável educação materna tem sido utilizada como indicador das condições socioeconômicas da mãe e da família, estando, assim, relacionada à qualidade dos cuidados com a saúde da criança (ALBERTO *et al.*, 2011).

Com efeito, há evidências recentes de que o pré-natal é um fator importante na determinação da sobrevivência infantil (SASS *et al.*, 2010).

Quanto à ordem de nascimento, os maiores riscos de mortalidade associados aos filhos primogênitos podem ser devidos às intercorrências obstétricas que costumam estar presentes com maior intensidade nas gravidezes de múltiplas, como as distocias. Nestes casos, a maior utilização de vias de parto instrumentalizadas, como a cesárea e o fórceps, pode trazer consequências negativas para a saúde da criança (KJÆRGAARD *et al.*, 2008; REMOALDO, 2002).

Condições que refletem exclusão social, como morar em áreas de favela, em apenas um cômodo, sem rede de esgoto, ter baixa escolaridade, presença de violência doméstica, mãe sem companheiro ou com união há menos de um ano, causas que interferem na situação socioeconômica são também um fator de risco importante para a mortalidade infantil, porém não é habitual esta avaliação para a mortalidade peri natal (MARTINS, 2010).

As principais falhas que contribuem para as altas taxas de mortalidade fetal e neonatal precoce estão relacionadas à qualidade da atenção ao pré-natal, ao diagnóstico de alterações na gravidez, ao manejo obstétrico e atendimento ao recém-nascido na sala de parto (reanimação) bem como ao investimento nos recursos tecnológicos que garantem a melhoria na assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

CONCLUSÃO

A análise do perfil dos óbitos infantis no Ceará mostra que tais mortes ocorreram em mães cuja assistência pré-natal não foi realizada de acordo com o preconizado pelo SUS. Isto aponta a necessidade de ações mais efetivas na atenção à saúde materno-infantil, especialmente no tocante à consolidação da Rede Cegonha, no Ceará.

Diante do exposto, observa-se que a mortalidade infantil é influenciada por diversos fatores, principalmente os que estão relacionados à assistência à saúde prestada à mulher e ao feto, sendo de responsabilidade dos gestores e profissionais de saúde buscar estratégias que proporcionem o acesso e a adesão da população ao serviço de saúde.

No entanto, a redução dos níveis de MI no Brasil apresenta, segundo a literatura, dados significativos, tornando necessárias ações estratégicas efetivas para reduzir as diferenças regionais de forma que estas possam alcançar as populações com dificuldade de acesso aos sistemas de saúde e garantir uma assistência integral e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, S. A. *et al.* Fatores associados aos óbitos neonatais e pós-neonatais em Moçambique. **R. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 203-216, jan./jun. 2011.

ARAÚJO, S. M. *et al.* Importância do pré-natal e a assistência de Enfermagem. **Veredas FAVIP - Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, p. 61-67, jul./dez. 2010.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2627-2638, 2010.

BARBOSA, M. A. **Avaliação da Assistência Pré-Natal de Baixo Risco no Município de Francisco Morato**. 2007. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2007. Disponível em: <http://tede.ung.br/tde_arquivos/2/TDE20080317T121614Z27/Publico/Marco%20Antonio%20Barbosa.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2015.

BARBOSA, M. D. S. **Risco nutricional e desnutricional: prevalência e fatores associados em crianças menores de cinco anos**. Dissertação (Mestrado em Saúde de Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Manual técnico, série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 05. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006**. 2. ed. Série C. Projetos, Programas e Relatório. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Mortalidade Perinatal**. Brasília, 2012.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M.; RODRIGUES O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000800018&script=sci_arttext> Acesso em: 18 jul. 2015.

CARDOSO, A. M. R.; SANTOS, S. M.; MENDES, V. B. O pré-natal e a Atenção à saúde da mulher na gestação. **Revista Diálogos Possíveis**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 140-159, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>> Acesso em: 18 jul. 2015.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado – SESA. **Informe epidemiológico: mortalidade infantil**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado, 2014, 11p.

COSTA, G. D. *et al.* Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1347-1357, 2009.

COSTA, G. R. C. *et al.* Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1005-1009, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/21.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

CUNHA, M. A. **Assistência Pré-Natal por Profissionais de Enfermagem no Município de Rio Branco-AC**: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo grávido-puerperal. 2008. 159f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-07072008-131156/pt-br.php>> Acesso em: 18 jul. 2015.

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência do município de Campo Grande –Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-139, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902008000200013&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 jul. 2012.

GAÍVA, M. A. M.; BITTENCOURT, R. M.; FUJIMORI, E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 4, p. 91-97, 2013.

GOULART, L. M. H. F. *et al.* A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 715-723, maio/jun. 2005.

HERCULANO, M. M. S. **A avaliação da assistência pré-natal de mulheres com Síndrome hipertensiva/gestacional**. 2010. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE. Censo Populacional 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br.html>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

KJÆRGAARD, H. *et al.* Obstetric risk indicators for labour dystocia in nulliparous women: a multi-centre cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 8, n. 45, oct. 2008.

MARTINS, E. F. **Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais.** 2010. 178f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

NASCIMENTO, R. M. N. *et al.* Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 559-572, mar. 2012.

NUNES, H. A. F. **Assistência ao pré-natal de baixo risco na Estratégia de Saúde da Família e seus desafios:** uma revisão de literatura. Coromndel: UFMG, 2011. 32 p. Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Coromndel, 2011.

REMOALDO, P. C. A. **Desigualdades territoriais e sociais subjacentes à mortalidade infantil em Portugal.** Textos universitários de ciências sociais e humanas. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia. 2002.

RIPSA- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

SASS, N. *et al.*. Maternal and perinatal out comes in Bolivian pregnant women in the city of São Paulo: a cross sectional case-control study. **Rev. Bras.Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 8, p. 398-404, aug. 2010.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A.T.; MARCON, S.S.As-sistência Pré-Natal: Satisfação e Expectativas. **Revista Rene**, v. 11, número especial, p. 61-71, 2010.

SILVA, C.M.C.D. *et al.* Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 547-556, mar. 2013.

VIEIRA, S. M. *et al.* Percepção das Puérperas sobre a Assistência prestada pela Equipe de Saúde no Pré-Natal. **Texto Contexto –Enferm**, Florianópolis, v.20, n. spe, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000500032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2012.

CAPÍTULO 11

TRAJETÓRIA DE UM USUÁRIO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DESAFIOS DA REGULAÇÃO DO ACESSO

Maria Raquel Rodrigues Carvalho
Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

O processo de regulação do acesso ao serviço de saúde é de fundamental importância para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela organização do acesso dos usuários e controle de suas demandas e fluxos. Com isso, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) interligada à regulação almejam a garantia do acesso de forma equitativa, universal e de qualidade.

Na conformação SUS, a regionalização se destaca como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais em um determinado espaço geográfico, envolve ainda a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território (LIMA; VIANA, 2011).

No cenário contemporâneo, o Ministério da Saúde tem desenvolvido estratégias para a implementação das RAS com o intuito de garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Nesse sentido, uma das estratégias adotadas é a regulação do acesso, que vem a favorecer o caminhar desses usuários entre os diversos dispositivos envolvidos no cuidado, visando a integralidade da assistência.

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

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída com o objetivo de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, além de suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Nessa nova perspectiva de cuidado em rede, o SUS vem sendo (re) desenhado a fim de garantir promoção, proteção e recuperação da saúde da população, desenvolvendo mecanismos de regulação, fiscalização, controle e execução de ações e serviços de saúde de forma regionalizada e integral. Entretanto,

muitos obstáculos surgem na construção desse sistema que se propõe universal, integral e descentralizado, sendo a garantia do acesso seu principal desafio.

Devido ao sistema híbrido de assistência à saúde encontrada em nosso país, caracterizado pela ampla relação entre o público e privado, e da necessidade de aperfeiçoar a regulação do sistema de saúde, foi criada em 1999, a agência reguladora denominada Agência Nacional de Vigilância Sanitária (AN-VISA), com o objetivo de realizar o controle sanitário da produção, comercialização de produtos e serviços. Além da AN-VISA, no ano seguinte foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo responsável por regular, normatizar e fiscalizar as atividades das prestadoras de serviço da assistência suplementar de saúde (OLIVEIRA, 2010).

Contudo, apenas em 2008, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, na qual considera a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas três esferas de poder (Federal, Estadual e Municipal), buscando aplicar estratégias para regular o setor de saúde em três dimensões: os sistemas de saúde, atenção à saúde e assistencial (BRASIL, 2013; OLIVEIRA, 2010).

Dessa forma, entende-se que a regulação ocorre quando o governo controla ou deliberadamente influencia determinada atividade pela manipulação de variáveis como preço, quantidade e qualidade. Sendo, portanto, uma importante macrofunção dos governos, normalmente introduzida pelo gestor local, regional, estadual e nacional ou por uma agência reguladora. Pro-

porcionando assim, a efetividade do desempenho do sistema de saúde, favorecendo a oferta de uma assistência eficiente e equitativa para atender as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007).

Para a introdução de ações de regulação em um sistema de saúde é necessário um diagnóstico apurado de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente relacionados à assistência, às ações de controle e de avaliação. A adequação do processo de regulação requer o conhecimento da estrutura do processo assistencial na atenção básica, do perfil epidemiológico da população, levantamento e mapeamento da população que este sistema de saúde pretende atingir, seus fluxos e a situação cadastral dessa população (SILVA, 2011).

A Regulação do acesso, objeto deste estudo, trata-se, portanto, de um estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na Programação Pactuada Integrada (PPI) e/ou da disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2007; OLIVEIRA, 2010).

Segundo Penchansky e Thomas (1981) o acesso é um conjunto de dimensões específicas nas quais a relação entre os beneficiários dos serviços e os sistemas de cuidados de saúde são descritas. Essas dimensões são compreendidas como sendo a disponibilidade de serviços, acessibilidade aos serviços, acomodação entre formas de organização dos serviços e sua apropriação pelos beneficiários desses serviços, capacidade de compra e sua aceitabilidade social. “A regulação do acesso, também dita regulação assistencial, como ação mediata para o ordenamento das relações entre a gestão do SUS, a rede prestadora de serviços de saúde e o cuidado aos cidadãos beneficiários desses serviços” (SIQUEIRA; BUSSINGUER, 2010, p. 254).

Diante dessa seara, o acesso ao sistema de saúde apresenta-se como um desafio e vem enfrentando muitas barreiras para sua efetividade, que diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos, em outras palavras fazer o que tem que ser feito, denotaria competência para se produzir resultados com gasto mínimo de recursos e esforços. Com isso, o processo regulatório utilizado como instrumento de gestão pode auxiliar na superação dessas barreiras, podendo ser um potente equalizador social do sistema de saúde, reduzindo a desigualdade relacional entre os entes público e privado, auxiliando ainda na atenuação da relação entre necessidade, demanda e oferta, com coerência, compatibilidade e ausência de grandes distorções (MARINHO & FAÇANHA, 2001; VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

O processo regulatório abrange duas dimensões, a regulação das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços de saúde, diante disso, o Estado dispõe das seguintes responsabilidades: criar mecanismos para identificação da precedência dos usuários (Cartão do SUS), monitorarem o cumprimento dos termos de compromisso para a garantia do acesso (verificação da PPI, do Plano Diretor de Investimento (PDI), do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Contrato Organizacional da Ação Pública de Saúde (COAP), identificar pontos de desajuste entre a pactuação e a demanda, intermediar o processo regulatório de fluxos de demandas no nível local, regional ou estadual central de regulação, Sistema Nacional de Regulação (SISREG), prestarem apoio teórico aos municípios na elaboração dos planos municipais de controle, avaliação e regulação.

Diante do exposto, fica claro que se por um lado a Central de Regulação proporciona ao gestor a possibilidade de ava-

liar, a qualquer momento, todos os procedimentos realizados no paciente pesquisado, chegando ao seu histórico clínico, com possibilidade de acompanhar todos os resultados de avaliação e exames realizados, por outro favorece o usuário tendo em vista a possibilidade deste ter um melhor fluxo entre os serviços. Contudo, o maior desafio do SUS continua sendo o de promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção (VASCONCELOS; PASCHE, 2012).

Esse trabalho propõe a investigação, junto aos gerentes, profissionais e usuários do SUS, a compreender como se configura o acesso destes usuários aos serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da 22ª Região de Saúde (RS) do Estado do Ceará, a luz da regulação do acesso, utilizando um usuário guia. Para isso, será analisada, por meio da investigação qualitativa, a efetividade e a qualidade do atendimento.

Diante disso, ficou clara a necessidade de aprofundar a temática, tendo em vista os desafios que o SUS enfrenta para a garantia e regulação do acesso. Também podemos observar, durante a entrada no campo, a necessidade que emana dos serviços de saúde de compreender os nós críticos que dificultam o acesso dos usuários.

Dessa maneira, como explanado anteriormente, foram identificados questionamentos sobre processo de regulação nas Redes de Atenção à Saúde no Ceará, sendo: como se dá o processo de regulação do acesso nas Redes de Atenção à Saúde da 22ª Região de Saúde do Ceará? de que forma ocorre o acesso dos usuários?

METODOLOGIA

Optou-se pela abordagem qualitativa, em uma perspectiva reflexiva da pesquisa que se deu como possibilidade de analisar o processo de Regulação do Acesso na RAPS do estado do Ceará. O estudo integra uma pesquisa mais ampla denominada: “Organização da Rede Regionalizada de Saúde e sua Interface com a Saúde Mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Para esta análise, foi utilizado como cenário a 22^a Região de Saúde do estado do Ceará, a qual possui uma população de 294.083 habitantes (IBGE, 2012) e é constituída pelos municípios: Beberibe, Cascavel, Chorozinho, Horizonte, Ocara, Pacajus e Pindoretama. Os serviços pesquisados nestes municípios foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde e Secretarias de Saúde. Devido ao fato de ser classificado como um município pólo, a cidade de Cascavel também é chamada de Região de Cascavel, assumindo, com isso, a responsabilidade de atendimento das referências dos demais municípios, por dispor de maior capacidade resolutiva em vários serviços de Média e Alta Complexidade.

Os participantes da pesquisa foram constituídos por oito gerentes, dez trabalhadores de saúde e seis usuários, sendo um quantitativo de vinte e quatro participantes dos diversos serviços de saúde visitado na 22^a Região de Saúde. Como critério de inclusão, os usuários que participaram do estudo deveriam estar cadastrados e estarem sendo atendidos na rede de saúde do SUS por no mínimo seis meses. Em relação a trabalhadores e gerentes, foram inclusos todos os que tinham pelo menos seis

meses no serviço. Nesse sentido, todos os sujeitos acordaram suas participações mediante apresentação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a coleta das informações utilizou-se as técnicas de entrevista semi-estruturada e análise de documentos. O plano analisador de Mero (1997) serviu de inspiração para visualização da análise do processo de regulação do acesso de um usuário da RAPS. Para isso, utilizou-se um usuário guia, tendo como objetivo identificar as facilidades e desafios para o acesso dos usuários aos serviços de saúde das redes, modelizando seu impacto sobre os fluxos; descrever os modelos de atenção que coexistem nas redes da macrorregional e suas Regiões de Saúde; discutir a qualidade da atenção em saúde e a resolutividade dos serviços da rede pactuados na região de Saúde do estudo sob as óticas da dimensão espacial e subjetividade.

A análise dos documentos (da regulação e na regionalização da região de saúde estudada) foi realizada em duas etapas, sendo a primeira a organização e categorização dos documentos por meio da utilização do *software* N.vivo versão 9.0. Nessa etapa foi utilizado o software *Qualitative Solutions Research Nvivo* (QSR) versão 9.0. O software se baseia no princípio da codificação e armazenamento de textos em categorias específicas. No processamento do N. vivo, as categorias do estudo, nomeadas “nós”, serão codificadas e, em seguida, conceituadas e agrupadas, para enfim terem seus dados analisados, sendo este um facilitador no processo de categorização dos dados (GOMES *et al*, 2012).

No momento seguinte foi realizada a análise crítica dos discursos na perspectiva de Minayo (2010) reorganizados por Assis; Jorge (2010), em que realizou confrontos, apreendeu conflitos, contradições. Complementam-se a cada etapa, a descrição

dos passos seguidos para a formulação e confronto dos núcleos de sentido e significações empíricas adaptado de Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados.

Foram realizados em cada etapa os seguintes passos: na ordenação dos dados foi realizada a leitura e releitura do material; organização dos conteúdos das entrevistas e documentos, no momento seguinte foi realizada classificação dos dados que passou por três momentos - 1º momento: leitura exaustiva e flutuante do no textos contidos nos matérias coletados, destacando as estruturas de relevância; 2º momento: leitura transversal de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade; 3º momento: ocorre a filtragem do material empírico no confronto da síntese das informações para a realização da síntese vertical. E por fim, a análise final dos dados foram agregados os temas convergentes, divergentes, complementares e diferentes. Apresentando aos leitores um quadro complexo de respostas voltadas para esclarecer a lógica interna sobre o tema escolhido.

Antes da realização do trabalho de campo o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP da Universidade Estadual do Ceará – UECE recebendo indicação favorável com parecer nº 229.745.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha do usuário guia

O caso aqui apresentado foi escolhido com a ajuda da equipe de saúde mental, situada na 22ª região de saúde do Ceará. A escolha pautou-se no caminhar de uma usuária na rede designada simbolicamente pelo nome Rosa, com a finalidade de ilustrar o arranjo organizacional da Rede de Atenção Psi-

cossocial, priorizando os aspectos relacionados ao acesso dessa usuária aos dispositivos da rede citada. Dessa forma, a escolha do caso teve como critério a gama de complexidade que o envolve e a possibilidade de ser representativo a tantos outros casos e situações que se apresentem semelhante. A trajetória de cuidado do usuário-caso permitiu analisar questões como acesso, fluxo e qualidade do atendimento que serão discutidas neste estudo.

O caso

Rosa possui 49 anos, está casada com Luiz há 25 anos. Tem três filhos, André (22 anos), Pedro (19 anos) e Rita (13 anos). Rosa está desempregada e dedica seu tempo a cuidar da casa, dos filhos e do marido. Já Luiz trabalha como pedreiro e, por vezes, também fica sem trabalhar pois é autônomo. Rosa é usuária do Centro de Saúde da Família do município onde reside, sendo este pertencente a 22^a Região de Saúde do estado do Ceará e há um ano iniciou tratamento no Centro de Atenção Psicossocial do mesmo município.

Histórico

Rosa relata que em agosto de 2010, acerca de três anos, procurou a unidade de saúde próxima da sua casa a fim de resolver um problema de saúde. Conta ainda que, estava a muitos dias com forte “dores de cabeça”. Além disso, apresentava também dores no corpo e na face. Ao chegar na unidade, enfrentou grande fila, mas foi atendida no mesmo dia, foi avaliada e recebeu receita com os medicamentos prescritos. Contudo, mesmo fazendo uso da medicação, afirma que não sentiu melhora significativa no seu estado de saúde.

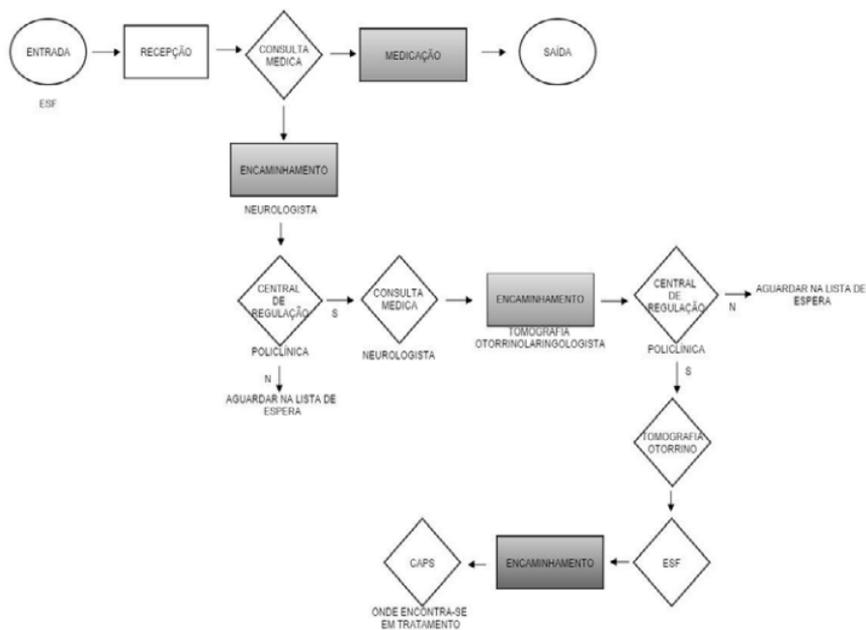
Há um ano o médico da unidade de saúde a encaminhou para atendimento com um neurologista na policlínica do município, na ocasião lhe foi solicitada a realização de uma tomografia computadorizada, além de ter sido receitado um Topiramato 25mg (anticonvulsivante). O médico da unidade de saúde preencheu o papel do encaminhamento e orientou que ela fosse agendar a consulta na policlínica levando este papel, chegando na policlínica, Rosa se dirigiu a recepção e marcou a consulta que, segundo ela, demorou muito para ser atendida pelo neurologista.

Para a realização de seu exame de tomografia ela disse que foi ao setor de marcação de exame na Secretária de Saúde do município e fez a marcação, porém demorou cerca de 6 meses até a realização do procedimento. Sem apresentar alterações no exame de tomografia, Rosa foi encaminhada pelo neurologista ao otorrinolaringologista, na tentativa de solucionar seus fortes “dores de cabeça”, já que seus exames estavam “ok!”. A consulta com otorrinolaringologista, realizada na Policlínica da região, não houve demora, segundo a mesma, e também não foram encontradas alteração. Por fim, Rosa voltou para unidade de saúde e foi novamente encaminhada, agora para o psicólogo do CAPS. Encontra-se, atualmente em acompanhamento psicológico, psiquiátrico e em grupo terapêutico. Segundo Rosa, somente agora está sentindo melhora nos sintomas que a levaram a percorrer todo este trajeto.

Análise e discussão

Diante do exposto, pode-se elaborar um fluxograma analisador, no qual descreve o caminho do usuário dentro dos serviços de saúde do SUS, para melhor visualização do fluxo da usuária na Rede de Atenção Psicossocial.

Figura 1- Fluxograma da paciente no serviço- 22ªRS.



Fonte: Mero, E. (1997) adaptado por Carvalho, M.R.R.; Jorge, M. S. B. Elaborado do fluxograma sobre o fluxo na rede de atenção Psicossocial (RAPS).

O primeiro nível organizacional da rede ao SUS é a atenção primária, com suas funções e característica revela-se a porta de entrada para o usuário do SUS. Onde inicialmente Rosa começou seu tratamento e por onde muitos outros se inserem na rede, com isso, sendo observado também pelos trabalhadores e gerentes de saúde o ponto de partida da rede.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vem para confirmar o que foi observado anteriormente, pois traz consigo a ampliação do escopo da atenção básica reafirmando a Estratégia de Saúde da Família como prioritária. De acordo com os documentos que orientam essa política, a Unidade de

Saúde da Família, inserida no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, pode funcionar como ponto de contato preferencial e porta de entrada, vinculada a uma rede de serviços, os quais devem garantir assistência integral, referenciando aos níveis especializados quando as situações ou problemas identificados requerem resolução fora do âmbito da atenção básica (BRASIL, 2006).

Em 2011, com o decreto 7.508 instituído, a porta de entrada passou a ser não somente a atenção básica, mas também a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e espaços de acesso aberto, assim sendo serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS. Mesmo com essa mudança em seu conceito de porta de entrada, as equipes de saúde em geral acreditam que a atenção básica abre boas possibilidades para o estabelecimento de uma porta de entrada mais resolutiva e eficaz, disponibilizando de vários recursos para aumentar os níveis de acesso, cobertura e ordenamento (SILVA, 2013).

No caso apresentado neste estudo surgem várias barreiras ao acesso nos serviços de saúde. Os primeiros obstáculos aparecem já no Centro de Saúde da Família. Para ter acesso a este serviço, a população deve formar uma fila na porta da unidade ainda no período da madrugada, caso contrário não conseguirá a senha para atendimento. Após superar esta fila e adquirir a senha os usuários devem esperar até que chamem o número da sua senha e por fim sejam atendidos pelo profissional de saúde. Dessa forma, a dinâmica de funcionamento dessa unidade revela restrições ao acesso da mesma.

Durante o período de espera do atendimento surge a expectativa de resolução do problema e as barreiras que foram ultrapassadas são esquecidas, tendo em vista a possibilidade de solucionar os problemas de saúde. Contudo, as expectativas

de Rosa não foram alcançadas, pois ela foi encaminhada para um especialista, um neurologista, assim, mais barreiras surgem como a vontade de desistir frente a não resolução do problema e a fila para a consulta especializada. Além disso, outras barreiras resultantes da consulta com o neurologista surgiram, pois Rose teve que se dirigir a central de regulação para agendar seu exame, ficando em uma fila de espera que demorou aproximadamente seis meses. Com o exame em mão Rosa teve que marcar uma consulta de retornou com o neurologista e isso despendeu mais tempo.

Campos (1999), afirma que, um dos meios mais adequados para a prática clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre pacientes, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhe sirvam de referência, porém o paciente migrando de serviço e o logo período em filas de espera torna esse processo mais difícil. A fila de espera encontra-se tanto como barreira para o acesso aos serviços de saúde como um dispositivo para o agravamento de patologia. Pois durante a pesquisa encontramos pacientes a um ano e 6 meses à espera de um exame. Para Rosa a espera aumentou seu quadro de ansiedade, além da insatisfação

O acesso a essa assistência especializada é viabilizado mediante distribuição de cotas mensais para as unidades de saúde, porém, neste município, a marcação de consultas para os especialistas não é regulado por centrais de marcação de consultas. No caso dos exames, como por exemplo, a tomografia computadorizada de Rosa, estes sim são agendados por meio de uma central de regulação.

Embora a saúde disponibilize ferramentas tecnológicas importantes, como centrais de regulação informatizadas que objetivam favorecer o fluxo dos usuários nos mais diversos ser-

viços, percebe-se que ainda não se conseguiu superar a fragmentação da produção em saúde que ainda permanece presente tanto na micropolítica do trabalho quanto nas relações entre os serviços que compõem os diversos níveis assistenciais do município.

O módulo ambulatorial é utilizado pelas Secretarias Municipal de Saúde, neste modelo, a porta de entrada do paciente na Central de Regulação do SUS (CRESUS) ocorre por meio da Estratégia de Saúde da Família, ao ser atendido na Unidade Básica de Saúde, não tendo o seu problema de saúde atendido neste nível de atenção, o paciente recebe uma ficha de referência e vai até uma unidade de Marcação de Consulta Municipal para agendamento do procedimento. O atendimento é selecionado levando em consideração a agenda de profissionais e localização do estabelecimento de saúde em relação ao domicílio do paciente, sendo gerado um boleto de marcação que é a garantia da referência municipal, devendo ser apresentado na unidade de referência.

Sendo assim uma característica dos sistemas de saúde brasileiro, observada neste estudo e também na descrição de Silva (2013), é que na prática são comuns pacientes obrigados a se deslocar periodicamente a um serviço de saúde para tentar agendar uma consulta, exame ou cirurgia ambulatorial. As fragilidades encontradas na regulação da RS ocorrem devido ao fato de o processo regulador precisar passar da Central Regional, para a Macrorregional e que em algumas vezes não consegue solucionar o problema, passando-o para a Central Estadual. Esse processo só ocorre devido à falta de serviços na região e acaba acarretando com isso as filas de espera enormes.

Rosa, mesmo com toda demora, não necessitou ir a outro município da sua Região de Saúde para conseguir atendimen-

to, contudo, durante a pesquisa outros usuários consideraram as pactuações de serviços de saúde uma barreira ao acesso, pois mesmo o seu município não disponibilizando todos os serviços de saúde o fato de pactuar com outros municípios serviços dos quais não disponibiliza não garante o acesso, tendo em vista que o número de “cotas” para atendimento é bem menor do que a demanda, além disso os usuários enfrentam dificuldades como falta de transporte para levá-los a outro município e despesas com alimentação e hospedagem.

Pode-se perceber que a Atenção Primária, no caso de Rosa, atuou como ordenadora do cuidado, pois essa orientou o fluxo dos atendimentos necessários para o alcance da resolução do problema da paciente. Contudo, a unidade básica poderia ter atuado de forma mais resolutiva, pois ao quadro patológico da paciente caracteriza-se como um transtorno de ansiedade leve, o que poderia ter sido assistido pelos profissionais dessa unidade. Enquanto, o CAPS, nesse contexto, se mostrou bastante resolutivo, pois a paciente refere que agora está se “sentindo muito bem de saúde”. Com isso fica claro que o CAPS realizou o seu papel de co-responsabilização, pois buscou em sua equipe visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde. Com a resolução máxima de problemas no serviço, evita-se o encaminhamento irresponsável dos profissionais, dando continuidade ao cuidado e, fundamentalmente, aumentando o grau de singularização da relação equipe/usuário (DELFINI *et al.*, 2009).

Nesse cenário, foi evidente a importância da regulação do acesso para a satisfação dos usuários e promoção da qualidade dos serviços, pois é possível concluir que o acesso a rede de forma satisfatória proporciona resolutividade, que na maioria das vezes está associada com a satisfação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo retrata a realidade de muitos brasileiros que necessitam recorrer ao sistema de saúde de sua cidade, no entanto por diversas razões e problemáticas não conseguem o atendimento a seu contento, o que poderá em alguns casos agravar a situação de saúde do indivíduo ou mesmo proporcionar traumas em sua saúde.

Pode-se apreender que 22^a RS está caminhando no que diz respeito a construção de RAS, apresentando instrumento de planejamento adequado para a concretização dessa construção e ações para proporcionar o acesso aos serviços de saúde. Porém, vale ressaltar que o processo de construção de RAS é contínuo e dinâmico dependendo das necessidades surgidas por cada região e a disponibilidade de serviços.

A regulação vem atuando com o intuito de garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada, para assim, promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidade imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada e resolutiva.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M.M.A; JORGE, M.S.B. Método de Análise em Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A (Organizadores). **Pesquisa método e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS ed., 2010. p. 139-159.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2007, p.174.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2006.

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

CAMPOS GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Cien Saúde Coletiva**, v.2, n.4, p.393-403, 1999.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Caderno de informação em saúde: Região de Saúde, Cascavel**. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde, 2013.

DELFINI, P. S. S. *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1483-1492, oct. 2009 .

GOMES, A.M. A. *et al.* Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros - 2012**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2012/>> Acesso em: 15 de dezembro de 2013.

LIMA, L. D.; VIANA, A. L. D. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (org.) **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. p. 39-66.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O.F. **Programas sociais - efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

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

OLIVEIRA, R. R. **Os conceitos de regulação em saúde no Brasil**. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PENSHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, n. 19, p. 127-140, 1981.

SILVA, J.M.B. A gestão do fluxo assistencial no Sistema Único de Saúde. In: BRASIL, **Portal da saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24560&janela=2> Acesso em: 22 de outubro 2013.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011.

SIQUEIRA, M. P.; BUSSINGUER, E. C. A. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, n. 8, p. 253-309, 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 531-562.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out/dez. 2012.

POSFÁCIO

Ao término desse livro, todos perceberão que é possível aprender e ensinar para além da materialidade corporal, pois no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC/UECE) estão debatendo saúde-doença-cuidado na interface com as Ciências Sociais, as Ciências Humanas, a Tecnologia, a Arte etc. Os leitores perceberão também que no Brasil esta temática saúde-doença-cuidado é atravessada, no passado e no presente – assim como, certamente, será no futuro – por alegrias, tristezas, sonhos, desejos, faltas, carências, dedicações, desenvolvimentos, ousadias, frustrações etc. Esse fenômeno de reconhecimento dessas questões, comumente, tem sido negado ao longo de toda a história da educação superior em saúde no Brasil, na medida em que se privilegiavam formações tecnicistas. O PPSAC/UECE está ocasionando rupturas nesses modelos, mostrando que é possível formar profissionais que se emocionem no papel de aprendizes e, futuramente, no exercício do papel profissional, mas fundamentalmente, que causem afetos positivos em cada brasileiro, cada comunidade que deles demandarem olhares e intervenções sobre saúde-doença-cuidado.

Andrea Caprara

AUTORES/ORGANIZADORES



Luilma Albuquerque Gurgel

Fisioterapeuta pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutora e Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.



Elaine Neves de Freitas

Fisioterapeuta. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Preceptora no Programa de Extensão de Promoção da Saúde na Universidade Federal do Ceará (UFC).



Kellyane Munick Rodrigues Soares Holanda

Fisioterapeuta em Unidade de Terapia Intensiva no Hospital Infantil Albert Sabin. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

AUTORES/COLABORADORES

Aline Mayra Lopes Silva

Enfermeira. Especialista em Oncologia pela Faculdade Farias Brito. Discente do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista FUNCAP. Integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado a Saúde da Criança e do Adolescente – GEPCCA.

Andrea Caprara

Médico. Doutor em antropologia – Universidade de Montreal. Docente do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Bráulio Nogueira de Oliveira

Educador Físico pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professor substituto da UECE. Especialista em Saúde do Idoso pela UECE. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/UVA. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Camila Marques da Silva Oliveira

Enfermeira. Especialista em saúde da família e comunidade, enfermeira da ESF de Fortaleza, discente do mestrado do programa de pós-graduação em saúde coletiva da UECE. Estuda os eixos temáticos relacionados ao território, aos condicionan-

tes sociais da saúde, à organização das redes de atenção e às relações de trabalho na atenção primária à saúde. Membro técnico do grupo de pesquisa Política, Saberes e Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem.

Débora Sâmara Guimarães Dantas

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Atua na área de Saúde Coletiva, em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde/Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

Erasmus Miessa Ruiz

Psicólogo pela Universidade de São Paulo. Doutor em Educação pela Universidade Federal de São Carlos. Mestre em Educação pela Universidade Federal do Ceará, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

Francisco José Maia Pinto

Estatístico. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Pós-doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo/ Faculdade de Saúde Pública. Docente do Curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

Ilvana Lima Verde Gomes

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) - Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Lívia Lopes Custódio

Psicóloga. Discente do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista da CAPES. Integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado a Saúde da Criança e do Adolescente – GEPCCA.

Lucia Conde de Oliveira

Assistente Social. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Bahia (UFBA). Docente do curso de serviço Social e do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) na Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira. Docente da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE-UFC-UNIFOR. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Saúde da Família. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, AIDS, saúde, adolescente e saúde da família. Professora convidada da RENASF e da UERJ. Membro fundador da Rede Unida. Coordenadora do grupo

de pesquisa Política, Saberes e Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem.

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira. Doutora em Enfermagem – Universidade de São Paulo. Docente/Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) na Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Sarah Vieira Figueiredo

Enfermeira. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Discente do Doutorado em Saúde Coletiva pela UECE. Enfermeira assistencial do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara.

Sônia Samara Fonseca de Moraes

Enfermeira. Discente do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Tatiana Maria Ribeiro Silva

Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva UECE.

Vanda Márcia Silva Ferreira

Psicóloga Clínica e Hospitalar. Mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Formação clínica em Psicoterapia Corporal (Psicoterapia Somática Biossíntese e Análise Bioenergética). Trabalha há 30 anos no consultório com adolescentes e adultos, e em hospital com psiconefrologia (Diálise e Transplante Renal).