



O CUIDADO NO CONTEXTO DA SAÚDE: PERCEPÇÕES, DESAFIOS E INDAGAÇÕES

Organizadoras:

*Marta Fuentes-Rojas
Aérica de Figueiredo Pereira Meneses
Priscilla Perla Tartarotti von Zuben Campos*

**O CUIDADO NO CONTEXTO DA
SAÚDE: PERCEPÇÕES,
DESAFIOS E INDAGAÇÕES**

**LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA, SAÚDE E
COMUNIDADE DA UNICAMP**

MARTA FUENTES-ROJAS

AÉRICA DE FIGUEIREDO PEREIRA MENESES

PRISCILLA PERLA TARTAROTTI VON ZUBEN CAMPOS

**O CUIDADO NO CONTEXTO DA
SAÚDE: PERCEPÇÕES,
DESAFIOS E INDAGAÇÕES**

Biblioteca / Unicamp

Campinas, 2020

Catálogo na Publicação (CIP)

- C896 O cuidado no contexto da saúde: percepções, desafios e indagações [recurso eletrônico] / Marta Fuentes-Rojas, Aérica de Figueiredo Pereira Meneses, Priscilla Perla Tartarotti von Zuben Campos (organizadoras). – Campinas, SP: BCCL/Unicamp, 2020.
Recurso digital (160 p.): il.

Vários autores.

ISBN: 978-65-87175-08-9

Publicação digital (e-book) no formato PDF.

DOI <https://doi.org/10.20396/ISBN9786587175089>

1. Medicina – Pesquisa 2. Assistência à saúde. 3. Pessoal de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Fuentes-Rojas, Marta (org.). II. Meneses, Aérica de Figueiredo Pereira (org.). III Campos, Priscilla Perla Tartarotti von Zuben (org.). IV. Título.

CDD 610.72

Bibliotecário responsável: Renata Eleuterio da Silva – CRB 8/9281



Esta obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição – Não Comercial – Compartilha Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

SOBRE OS AUTORES

Aérica de Figueiredo Pereira Meneses

Psicóloga, especialista em saúde reprodutiva da mulher e psicologia hospitalar e mestra em ciências humanas e sociais aplicadas – Unicamp. Atualmente, discente em saúde coletiva na Fiocruz Brasília.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3213-6848>

Adriana Cristina Gatti

Assistente Social, especialista em Sociopsicodrama e mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas – Unicamp. Atualmente, Assistente Social na Prefeitura Municipal de Campinas-SP e docente do curso de Serviço Social da Universidade Paulista - Campus Campinas/SP e UNIP Interativa.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8502-4578>

Ana Carolina Diniz Rosa

Terapeuta Ocupacional, mestra em saúde coletiva, política e gestão em saúde – Unicamp. Atualmente, professora dos cursos de Terapia Ocupacional e Fisioterapia da Universidade de Sorocaba –Uniso.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2899-2796>

Ana Claudia Viel

Fisioterapeuta, mestra em saúde coletiva, políticas e gestão em Saúde Unicamp e atualmente, desenvolve atividades no Departamento de Auditoria e Regulação do SUS, na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas-SP.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9790-0993>

Clarissa de Barros Lacerda

Assistente Social, mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas - Unicamp. Atualmente, mestranda em Administração Pública - University of Washington e estagiária em Políticas de Saúde na Washington Association for Community Health.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6890-627X>

Luiza Nogueira Losco

Geografa e mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas – Unicamp. Atualmente, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1800-8807>



Marta Fuentes-Rojas

Psicóloga, mestra em Educação – Unicamp, doutora em Saúde Coletiva – Unicamp e Pós-doutora junto ao Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero - NEMGE - USP. Atualmente, docente (MS3.2) da FCA/Unicamp e Coordenadora do Laboratório de Psicologia Saúde e Comunidade – LAPSIC da FCA/Unicamp.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1759-4944>

Nara Fabiana Mariano

Enfermeira Sanitarista, Mestra em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde – Unicamp e Especialista em Planejamento e Gestão de Serviços – Unicamp. Atualmente, Professora Assistente I na Universidade Tiradentes - Aracaju/SE.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3657-4730>

Priscilla Perla Tartarotti von Zuben Campos

Psicóloga, mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas – Unicamp e especialista em Docência Universitária. Atualmente, docente da Universidade de São Francisco - SP.

ID ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1761-1137>

Rayoni Ralfh Silva Pereira Salgado

Assistente Social e mestre em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas - Unicamp. Atualmente, Professor do curso de Serviço Social no Instituto Superior de Ciências Aplicadas – ISCA.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4639-8694>

Roberta Espote

Psicóloga, mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas – Unicamp e especialista em Saúde Reprodutiva da Mulher e Psicologia Hospitalar – Unicamp. Atua na área de Psicologia Clínica na abordagem Psicanalítica e na Secretaria de Promoção Social no equipamento CRAS.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3145-1261>

Sandra Francisca Bezerra Gemma

Enfermeira, com mestrado e doutorado em Engenharia Agrícola na temática da Ergonomia pela Unicamp. Professora adjunta da FCA/Unicamp, atuando na área de engenharia e no ICHSA - Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas. Coordenadora do ERGOLAB (Laboratório de pesquisa em Ergonomia, Saúde e Trabalho) da FCA/Unicamp.

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8567-157X>

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos membros do Laboratório de Psicologia, Saúde e Comunidade (LAPSIC) - discentes de graduação e de pós-graduação - que estiveram em todas as atividades de pesquisa, ensino e extensão e, particularmente, presentes na apresentação e nas discussões dos capítulos desta produção.

Aos profissionais da saúde que participaram dos diversos estudos, doando a sua experiência no trabalho com as diversas populações e contribuindo para a compreensão da sua prática.

Ao Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, da FCM-Unicamp, e o Programa de Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, da FCA-Unicamp, que viabilizaram o desenvolvimento das pesquisas aqui apresentadas, assim como aos membros das distintas bancas que enriqueceram, com suas considerações, os diversos trabalhos.

À Aline Cristina de Souza Lourenço, tomando para si a tarefa árdua de solicitar aos autores a finalização e envio de seus trabalhos. Sua insistência e contato frequente fez com que pudéssemos nos debruçar para a organização e construção do livro que marca uma das produções do Lapsic nestes anos de trabalho.

À Renata Eleuterio da Silva, pelo suporte e disposição em nos orientar quanto ao caminho necessário para tornar a publicação deste livro uma realidade.

Ao Rogger Rocco pelo exímio trabalho na diagramação deste livro. Seu esforço traduziu visualmente o conteúdo desta obra e conferiu legibilidade àquilo que eram apenas palavras.

Por fim, nossa admiração e agradecimento ao Professor Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, por sua leitura cuidadosa e a elaboração do prefácio deste livro.

A todos e todas que participaram deste livro, nossa imensa gratidão!





SUMÁRIO

PREFÁCIO	10
Gastão Wagner de Sousa Campos	
APRESENTAÇÃO	12
PARTE I. As interseções do cuidado e os novos desafios para as políticas públicas	18
Capítulo 1.	
Práticas de Enfermagem no CAPS III: avanços e necessidades de conquista	20
Nara Fabiana Mariano; Marta Fuentes-Rojas	
Capítulo 2.	
Significados de viver com HIV e as especificidades do cuidado nesse contexto: percepções dos profissionais de saúde	32
Aérica de Figueiredo Pereira Meneses; Marta Fuentes-Rojas	
Capítulo 3.	
População em Situação de Rua com Transtornos Mentais: desafios para os profissionais da saúde e da assistência social	48
Rayoni Ralfh Silva Pereira Salgado; Marta Fuentes-Rojas	
Capítulo 4.	
O amparo da política pública de assistência social a idosos com alguma dependência e com rede familiar frágil ou inexistente	62
Adriana Gatti; Marta Fuentes-Rojas	

Capítulo 5.

Os grupos de discussão como instrumento na pesquisa qualitativa em saúde.....76
Ana Carolina Diniz Rosa; Marta Fuentes-Rojas

Capítulo 6.

Pesquisadores como agentes de mudança na saúde.....90
Priscilla Perla Tartarotti von Zuben Campos; Marta Fuentes-Rojas

PARTE II. Percepções e inquietações para a qualificação do cuidado.....102

Capítulo 7.

Diferentes usuários e seus diferentes usos de um CAPS-AD.....104
Clarissa de Barros Lacerda; Marta Fuentes-Rojas

Capítulo 8.

Universalidade no SUS: atenção primária em saúde aos imigrantes bolivianos na UBS do Bom Retiro –SP.....118
Luiza Nogueira Losco; Sandra Francisca Bezerra Gemma; Marta Fuentes-Rojas

Capítulo 9.

Gestação e maternidade: Identidade das mulheres que se denominam Tentantes132
Roberta Espote; Marta Fuentes-Rojas

Capítulo 10.

Percepção das mães acerca dos caminhos percorridos pelos bebês recém-nascidos prematuros extremos, entre a alta hospitalar e o serviço de reabilitação física do município de Campinas.....144
Ana Claudia Viel; Marta Fuentes-Rojas



PREFÁCIO

O livro “O cuidado no contexto da saúde: percepções, desafios e indagações” confirma e expande uma característica positiva na história do SUS, que é a valorização da experimentação, do debate e da pesquisa sobre o cuidado em saúde.

Se examinarmos a produção científica sobre o SUS, encontraremos que uma parcela expressiva dos artigos em revistas e capítulos de livros se referem a avaliação e a produção de novos conhecimentos sobre formas de organizar o trabalho e os modelos de cuidado em saúde.

Há uma inquietação saudável no movimento da reforma sanitária no Brasil voltada para criticar o saber e as práticas tradicionais, em geral, baseadas no paradigma biomédico e ainda em perspectivas burocráticas e autoritárias de gestão.

O Laboratório de Psicologia, Saúde e Comunidade – LAPSIC -, por meio deste livro, conseguiu nos apresentar uma rica e variada reflexão sobre maneiras como que o cuidado vem se passando concretamente no SUS.

Trata-se de uma coletânea de pesquisas realizadas para a pós-graduação, que, no entanto, sempre estão focadas em analisar o modo como vem ocorrendo o cuidado no SUS. Vale ressaltar, que além da riqueza das experiências investigadas, são também bastante inovadores e efetivos os métodos utilizados nas várias pesquisas realizadas. Os casos vistos, em geral, se referiram a experiências de trabalhadores e de usuários, estudam o trabalho em equipe, em rede, bem como a interdisciplinaridade. As metodologias empregadas estimularam a construção de narrativas a partir do registro de interrelações dialógicas dos envolvidos no cuidado, buscando explorar os meandros das estratégias de cuidado, inclusive, sem ocultar o contraditório.

Foram estudadas experiências práticas de cuidado em saúde mental, em pessoas que vivem com HIV, em população em situação de rua, em gestantes e crianças, idosos, imigrantes e usuários da atenção primária. Valorizou-se também a compreensão dos pesquisadores como agentes de mudança.

Recomendo que estudantes de graduação e pós-graduação em saúde, profissionais e gestores da área, bem como docentes e investigadores em Saúde Coletiva, incorporem este livro às suas bibliotecas e que façam bom proveito deste conjunto fantástico de estudos de experiências sobre trabalhar e viver no SUS.

Gastão Wagner de Sousa Campos
Professor titular de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp

APRESENTAÇÃO

Este livro representa a concretização de diálogos interdisciplinares sobre saúde, desenvolvidos no âmbito do Laboratório de Psicologia, Saúde e Comunidade – LAPISC, da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Trata-se de um conjunto de pesquisas que foram apresentadas e defendidas em dois programas de pós-graduação: o Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em saúde, da Faculdade de Ciências Médicas - FCM/Unicamp e o Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, da Faculdade de Ciências Aplicadas FCA/Unicamp.

O LAPSIC integra o complexo de laboratórios da FCA/Unicamp. Seu objetivo é desenvolver ações de ensino, pesquisa e extensão, cujos temas compreendem as interfaces entre a psicologia, a saúde da população e outras demandas sociais e organizacionais da comunidade. Por meio de exercícios reflexivos e de intensos debates, o laboratório traz um questionamento sobre esses temas e sobre o papel dos seus membros diante da construção social do conhecimento. Com isso, assume duplo sentido: busca se constituir como um espaço, por excelência, de produção de conhecimento que responda à realidade social, assim como contribuir para a formação autônoma, competente, crítica e ética de todos os seus integrantes.

Neste prisma, o livro foi idealizado com o intuito de disseminar estudos em torno do cuidado em saúde e das condições que os diferentes profissionais se deparam na organização de suas práticas, assim como de um campo de saber. Seus autores são todos integrantes ativos do LAPSIC, que desenvolvem pesquisas e ações de extensão junto à comunidade, bem como, promovem diálogos em um espaço coletivo de construção do conhecimento.

É mister salientar que, os diálogos aqui propostos têm como base a experiência dos próprios profissionais em relação aos serviços e às demandas, tanto dos usuários, quanto das próprias políticas de atenção à saúde. Igualmente, as investigações acolhem as percepções dos usuários, dos profissionais de saúde e dos diferentes atores sociais, assim como, a forma como estes entendem e avaliam a atenção que lhe é oferecida nesse contexto. Tais debates buscam

identificar aspectos e inquietações para a qualificação dos serviços através dos próprios demandantes.

A contribuição que pesquisas, como as aqui apresentadas, podem trazer para a identificação de saberes e fazeres interdisciplinares, abrem espaço para a discussão, reflexão e diálogo nas diversas áreas de conhecimento que compõem as equipes de saúde e que se refletem na atenção e no cuidado. Além disso, quando escutamos de modo ativo e qualificado os usuários e os profissionais, podemos pensar no desenvolvimento de ações de forma ampla, singular e coletiva.

O cuidado em saúde é um tema complexo, que envolve diferentes aspectos e atores. Diante disso, promover diálogos sobre o cuidado, trata-se, por excelência, de um movimento vivo, abrangente e inclusivo, integrando: a percepção dos usuários, seus familiares e profissionais; a formação de profissionais de saúde, bem como seus conteúdos e didáticas utilizadas; os modos de acessibilidade aos serviços; e, os processos de trabalho e suas interfaces.

A isto se soma a necessidade de manifestar a existência daqueles que não contam com o apoio de profissionais de saúde e não são diferenciados pelas políticas públicas. Conhecer e reconhecer as fragilidades dos usuários em relação a fatores afetivos, sociais e econômicos, pode contribuir para repensar as ações e o acesso aos serviços. Outro aspecto é ter clareza do que é oferecido pelo profissional de saúde e o que é demandado pelo usuário, que se torna relevante para a efetivação do cuidado. Além disso, pensar o agir no âmbito das organizações de saúde, particularmente, nos processos produtivos dos atos de saúde, possibilita identificar o modelo de produção do cuidado e sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos nessa produção.

Embora árduo, este processo de reconhecimento mostra-se profícuo e pertinente ao contexto atual. Exercitá-lo permite identificar as interseções do cuidado. Nas linhas que se seguem, esse foi o intuito dos autores, que buscaram produzir inquietações para a sua qualificação, pensando tanto nos usuários como nos profissionais de saúde, nos serviços, nas ações e nas práticas cotidianas.

Em sua maioria, as investigações aqui apresentadas, fundamentaram-se no paradigma de pesquisa qualitativa. Cabe destacar a técnica de grupo de discussão utilizada em várias pesquisas, que promoveu a crítica, a reflexão e o

diálogo, além de permitir o posicionamento dos profissionais sem receio de suas apreciações em relação ao trabalho. Encontraram nele um lugar de confirmação de suas ideias e experiências, bem como um espaço repleto de ressignificação, para juntos repensar os modelos de atenção, analisar os processos produtivos, possibilitar redes de conexão e divergências, para que, por meio deste espaço, seja viável pensar e construir uma nova lógica do trabalho.

Outro aspecto abordado nos diferentes estudos está relacionado com a valorização do pesquisador como agente de mudança, no levantamento ou identificação de questões que contribuem para a qualificação desse cuidado. Precisamos considerar que suas vivências, ao serem postas em diálogo, podem servir como agentes de transformação da experiência coletiva.

Algo que atravessa todos os estudos aqui apresentados, é o papel das políticas públicas, principalmente do Sistema Único de Saúde (SUS), na qualificação do cuidado. Em que pese às dificuldades vivenciadas pelo maior sistema de saúde público, gratuito e universal do mundo, seus serviços foram o cenário para se pensar novas possibilidades de atuação, novos movimentos e novos significados, revelando a sua vivacidade e sua potência transformadora. Refletir sobre cuidado em saúde é também lutar para fortalecer cada vez mais essa engrenagem que é o SUS.

Por fim, este livro dialoga de forma interdisciplinar com várias áreas de formação e de conhecimento, entre elas a saúde, a educação, a assistência e as ciências sociais, e está dirigido aos profissionais da saúde, as equipes de formação destes profissionais e àqueles que desejam aprofundar o conhecimento e promover debates sobre as questões aqui abordadas.

O livro foi organizado em duas partes. A primeira parte, “As interseções do cuidado e os novos desafios para as políticas públicas”, é composta pelos seis primeiros capítulos e a ênfase é a percepção dos profissionais de saúde e dos serviços sobre o cuidado.

O primeiro capítulo, “Práticas de Enfermagem no CAPS III: avanços e necessidades de conquista”, é dedicado a olhar o trabalho da enfermagem no contexto da saúde mental. O seu objetivo foi identificar as ações e práticas que caracterizam o trabalho desenvolvido por essas profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS). Para isso, as autoras realizaram entrevistas e se

apoiaram no conceito de Clínica Ampliada e Compartilhada, buscando ampliar também o debate acerca da atuação dessa categoria profissional.

O cuidado no contexto do HIV é o tema do segundo capítulo, “Significados de viver com HIV e as especificidades do cuidado nesse contexto: percepções dos profissionais de saúde”. Trata-se de um estudo com os profissionais de saúde que atuam em serviços de referência em atendimento a pessoas vivendo com HIV. Nele, as autoras buscam compreender o significado de viver com HIV para esses profissionais e como eles têm abordado os aspectos sociais e emocionais na atenção a esses sujeitos.

O terceiro capítulo, por sua vez, retoma o debate acerca do cuidado em saúde mental. Intitulado “População em Situação de Rua com Transtornos Mentais: desafios para os profissionais da saúde e da assistência social”, o estudo chama atenção para uma temática sensível, quase sempre negligenciada, que é o cuidado à saúde mental de pessoas em situação de rua. Aqui, o objetivo foi compreender quais são os desafios que as equipes da rede de atenção psicossocial vivenciam no atendimento e acompanhamento a essa população.

Partindo dos conceitos: velhice, envelhecimento e pessoa idosa, tem-se o quarto capítulo, “O amparo da política pública de assistência social a idosos com alguma dependência e com rede familiar frágil ou inexistente”, que busca compreender de que forma a Política de Assistência Social tem garantido o cuidado às pessoas idosas com dependência ou ainda com uma rede familiar frágil ou inexistente.

O grupo de discussão, enquanto técnica de coleta de dados foi utilizado por diferentes estudos neste livro. Um desses estudos é apresentado no quinto capítulo – “Os grupos de discussão como instrumento na pesquisa qualitativa em saúde”. Fundamentado na pesquisa qualitativa, ele teve por objetivo compreender a atuação profissional na atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) para pensar possíveis estratégias para a qualificação das equipes.

Finalizando esta primeira parte do livro, temos o sexto capítulo, “Pesquisadores como agentes de mudança na Saúde”, problematizando a noção de responsabilidade do cientista, visando a promoção de reflexões sobre caminhos para uma identidade social concernente à forma de como compreendemos a saúde e aquele que a estuda, colocando em relevo as relações

humanas, de modo a buscar meios e espaços para que estas proposições sejam alcançadas.

A segunda parte do livro, “Percepções e inquietações para a qualificação do cuidado”, conta em sua estrutura com quatro capítulos que trazem a perspectiva dos usuários para pensar o cuidado em saúde. O primeiro desta seção e sétimo do livro – “Diferentes usuários e seus diferentes usos de um CAPS-AD”, dedica-se ao tema saúde mental. Nele, as autoras partem das narrativas dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) para compreender e discutir os diferentes usos por eles desse espaço, bem como, os aspectos que os estimulam a comparecer e dar sequência ao tratamento.

Saúde do imigrante é tema do oitavo capítulo deste livro, intitulado “Universalidade no SUS: atenção primária em saúde aos imigrantes bolivianos na UBS do Bom Retiro – SP”. Neste estudo, partindo do princípio de universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e das narrativas dessa população e dos profissionais de saúde, as autoras discutem se a garantia de acesso aos bolivianos na Atenção Primária em Saúde tem assegurado a essa população a inclusão e o acolhimento.

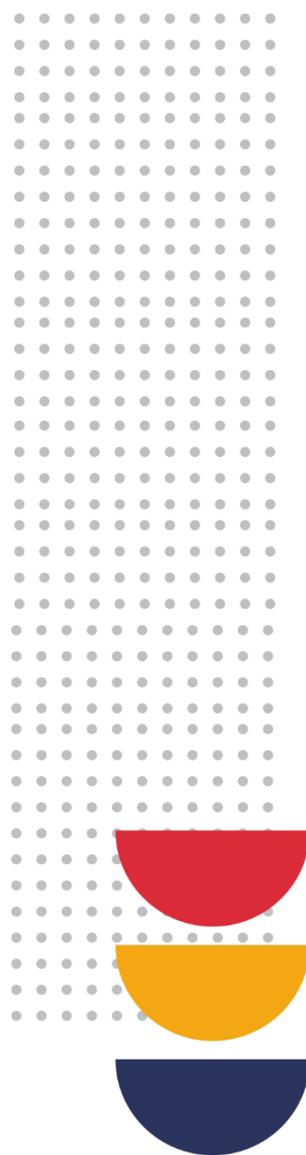
O nono capítulo, “Gestação e maternidade: Identidade das mulheres que se denominam Tentantes”, aborda o tema gestação e maternidade a partir da percepção das Tentantes – mulheres que tentam engravidar e gravam vídeos relatando a experiência desse processo, disponibilizando-os na plataforma *Youtube*. Neste estudo, uma atenção especial é dada a esses vídeos e a essas narrativas, com vistas a compreender como a identidade dessas mulheres é construída.

Com o título, “Percepção das mães acerca dos caminhos percorridos pelos bebês recém-nascidos prematuros extremos, entre a alta hospitalar e o serviço de reabilitação física do município de Campinas”, temos o último capítulo desta seção e do livro. Neste estudo, as autoras se dedicam às narrativas de mães de bebês prematuros para conhecerem como elas vivenciam o atendimento em saúde, entre a alta hospitalar e o serviço de reabilitação física. Aqui, a análise compreende identificar as formas de encaminhamento, os nós críticos desse processo, além de buscar identificar ações que possam melhorar o atendimento a essas mães.

E com o título, “O cuidado no contexto da saúde: percepções, desafios e indagações”, esperamos contemplar as intenções de todos os estudos e de todas as formas de cuidado em saúde aqui apresentadas.

Finalmente, esse é o nosso desejo: esperamos que a leitura deste livro possa contribuir para a qualificação das ações em saúde, sendo útil para os profissionais que estão nos diferentes serviços produzindo conhecimento e agindo em forma de cuidado para promover saúde. Que ele possa também motivar novos diálogos, novas inquietações e novas possibilidades, que resultem em novas contribuições para esse campo tão caro a nós: o cuidado em saúde. Acreditamos que a qualificação do cuidado só será possível por meio da produção de conhecimento, da troca de informações e do diálogo contínuo.

AS ORGANIZADORAS



PARTE I

AS INTERSEÇÕES DO CUIDADO
E OS NOVOS DESAFIOS PARA
AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Práticas de Enfermagem no CAPS III: avanços e necessidades de conquista¹

Nara Fabiana Mariano; Marta Fuentes-Rojas

No CAPS a tarefa primária a ser desenvolvida pelos trabalhadores é a produção de responsabilidades com o usuário do serviço, conforme Campos (2000) é produzir saúde, já que a produção desta é função e finalidade essencial, sem a qual não se está autorizado a falar em trabalho em saúde.

Para Campos (2000), os saberes e a organização em práticas de saúde se dão mediante a conformação de núcleo profissional e campo de saberes. O núcleo profissional se conforma a partir da aglutinação de conhecimentos, ou seja, o conjunto de ações e práticas exercidas pela enfermagem, por exemplo, administrar medicação, auxiliar o banho, realizar procedimentos técnicos de pequena, média a alta complexidade, ofertar a assistência de enfermagem. Este núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional.

Já o Campo de Saberes é um espaço com limites imprecisos, onde cada disciplina e profissão busca em outras, apoio para cumprir suas tarefas, como por exemplo, o campo da reabilitação psicossocial que requer dos profissionais, ações para além dos seus núcleos.

Com base no exposto acima, o objetivo foi identificar as ações e práticas que caracterizam o trabalho desenvolvido pelas Enfermeiras que atuam nos

¹ Este artigo apresenta os resultados da dissertação de mestrado intitulada “Processo de Trabalho de Enfermagem no CAPS III de Campinas à partir da Clínica Ampliada e Compartilhada” (MARIANO, 2016).

Centros de Apoio Psicossocial III (CAPS) do Município de Campinas (SP) a partir do conceito de Clínica Ampliada e Compartilhada.

Para tanto foram entrevistados 12 enfermeiros trabalhadores dos 06 CAPS III do município de Campinas (interior do Estado de São Paulo), pertencentes a 4 distritos de Saúde e com experiência mínimo de 6 meses em alguma das modalidades do CAPS e se encontravam no momento da entrevista trabalhando no CAPSIII. As falas foram identificadas por siglas (E1...E12), para garantir o anonimato.

Dentre os participantes, 91,7% foram mulheres, apresentando idade média de 30 anos e 75% solteiras. O tempo médio de experiência de trabalho no CAPS foi de 04 anos, sendo o tempo máximo 05 anos e meio e o mínimo de 07 meses.

Entre os entrevistados, 50% se formaram na enfermagem entre 2000 a 2010, período de implantação e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e aumento na abertura dos serviços CAPS. Enquanto trabalhadores de CAPS III, 75% dos entrevistados trabalham no turno diurno, compreendido das 07 as 13h ou 13h as 19h. Apenas 20% dos entrevistados possuem pós-graduação em saúde mental

Ações e Práticas no Núcleo Profissional: algumas identificações

As ações e práticas da enfermagem no CAPS foi uma temática persistente nas falas das enfermeiras. Diante da pergunta: Qual o papel da Enfermeira no CAPS? Apontaram de antemão a divisão de suas ações e práticas em dois momentos, as que designam serem características da enfermeira no CAPS, nomeadas enquanto Núcleo da Enfermagem, e as do campo da saúde mental, ou seja, ações não exclusivas da enfermagem, ou seja, ações multiprofissionais e interdisciplinares.

A definição de Núcleo tange a aglutinação de conhecimentos de uma determinada profissão, ou seja, os conhecimentos específicos da área da enfermagem que determinam suas ações e função nas instituições de saúde. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional (CAMPOS, 2000; CAMPOS, 1997).

Já a conformação do Campo constitui-se de ações e práticas em um espaço de limites imprecisos entre uma disciplina/profissão e outras, onde cada disciplina e profissão buscariam em outros o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. No caso da saúde mental, as profissões estariam conectadas entre si na medida em que pactuam do mesmo objeto de trabalho, o indivíduo em sofrimento psíquico, ou seja, os olhares para o mesmo objeto conformam ações e práticas a serem desenvolvidas no campo da saúde mental, ações que podem e devem ser compartilhadas entre os diversos núcleos de saberes dos profissionais do CAPS.

As Ações e Práticas do Núcleo Profissional das Enfermeiras, refere-se as práticas assistenciais deste profissional no contexto do CAPS III. Nas falas possibilitaram identificar que o profissional compreende e executa as seguintes ações enquanto núcleo profissional: gestão da equipe de enfermagem, elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), consultas de enfermagem, controle de estoque de insumos e medicamentos, administração de medicação, oferta de cuidados como higiene, alimentação e sono, transporte dos usuários de casa para o CAPS e vice-versa, coleta de exames laboratoriais, gestão da equipe de higiene, vistoria de caixa de medicamentos psicotrópicos, vistoria do Carrinho de Parada Cardiorrespiratória.

Sou responsável pela equipe de enfermagem da tarde e eu compartilho com outra enfermeira essa função de organizar a equipe, sou responsável pela reposição de insumos de enfermagem (E.1); no CAPS a gente se insere em todos os processos, desde avaliação, acolhimento, referência dos casos, todo o processo de enfermagem, rotinas diárias do CAPS, atenção à crise, até questões mais específicas como controle da medicação, controle da temperatura da geladeira (E.9).

Diante da fala dos Enfermeiros, percebemos que os mesmos dividem suas ações nucleares em dois momentos, um momento assistencial, ou seja, o olhar da enfermeira volta-se para os usuários e a assistência direta, e o momento administrativo, em que esse profissional desenvolve sua ação de fazer a gestão da equipe de enfermagem.

A divisão entre a função assistencial e administrativa aponta uma cisão das ações da enfermeira no CAPS. Quando os participantes apontam que estão realizando uma ação de assistência, estão inseridos em etapas interdisciplinares

do processo de trabalho no CAPS, tal como triagem, acolhimento de caso novo, atendimento individual, participação em grupos. Vislumbramos poucas falas em que as enfermeiras dizem que realizam uma ação assistencial específica da enfermagem no CAPS, como por exemplo a coleta de sangue para exames laboratoriais, talvez porque essa ação seja delegada aos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Na função administrativa, a enfermeira pratica ações de cunho organizacional, tal como a confecção de escala de trabalho para os componentes da enfermagem, preenchimento dos instrumentos específicos da enfermagem (SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem), dentre outros.

Já o cuidado indireto destina-se ao planejamento das ações e práticas de saúde mental (MELO, 1986; SILVA, 1997; LIMA, 1998). O cuidado indireto no CAPS, ou seja, o planejamento das ações é de responsabilidade de toda a equipe, sendo realizado em diversos cenários do processo de trabalho do CAPS, como reunião de equipe, passagens de plantão, reunião de mini equipe, supervisão de caso, supervisão clínico institucional. O planejamento e gerenciamento do cuidado é multiprofissional e interdisciplinar, além de ser contratado com o usuário.

Sobre essas questões as participantes apontam também:

Não é privativo da enfermagem ofertar um banho, oferecer uma medicação via oral, acompanhar a alimentação, não é, também é da responsabilidade da TO, do psicólogo, a equipe fala pra gente como essas ações podem enriquecer e aproximar esses profissionais do dia a dia dos usuários (E.11); aqui nós enfermeiros, a gente se divide, um dia um está mais na enfermagem, faz as tarefas burocráticas como checar anotação de enfermagem, fazer a SAE, checar medicação, enquanto outra enfermeira está na assistência mesmo, acolhendo os usuários, oferecendo escuta, acompanhando um banho mais complexo, manejando uma situação de crise (E.7).

Apontaram incômodo com o delineamento das práticas como acompanhar um banho, dar um banho de pouca complexidade, oferecer alimentação oral, acompanhar os usuários durante o almoço, acompanhar o sono e o descanso como práticas do núcleo de enfermagem.

Tais práticas configuram-se como cuidado direto ao usuário que não exigem fundamentos científicos e construções teóricas para sua elaboração e

execução, todavia são de importante realização para a oferta de cuidado integral ao sujeito que sofre.

No CAPS tais ações que podem ser compartilhadas com os demais profissionais do serviço. Acompanhar o usuário em sofrimento durante suas rotinas diárias fortalecem o olhar multiprofissional sobre seu adoecimento, além de propiciar o estreitamento do vínculo entre o profissional e o usuário.

Acompanhar o usuário durante o banho e a alimentação proporciona aos profissionais do CAPS o momento de avaliar o estado psíquico do usuário, seu grau de organização e autonomia, afetividade, capacidade de desenvolvimento das rotinas diárias, aspectos fundamentais no cuidado em saúde mental.

Compreendemos então que as ações exclusivas do núcleo de enfermagem relacionadas ao cuidado direto, diz respeito a ações que requerem saberes técnicos que informam e fundamentam imediatamente a ação realizada (PEDUZZI; ANSELMI, 2002).

Significa que sustentar um usuário diabético e insulino dependente em hospitalidade integral no CAPS III, requer do corpo da enfermagem conhecimento técnicos para manter a taxa de glicemia em níveis adequados, ou mesmo receber em hospitalidade dia um usuário hipertenso grave requer da equipe de enfermagem conhecimentos técnico-científico para cuidar.

Ainda dentre as práticas nucleares levantadas, percebemos que os profissionais referem que as ações assistências e administrativas apresentam cunho burocrático.

Segundo Peduzzi e Anselmi (2002), as ações burocráticas são ações centradas no planejamento realizados pelas enfermeiras para criar condições adequadas para que sejam executadas pela enfermagem. Para as autoras, as enfermeiras relatam que executam um “trabalho burocrático” quando estão participando eventualmente do cuidado (o cuidado direto), ocupando-se de um elenco muito diversificado de ações centradas no planejamento da assistência.

Nos relatos, quando se referem à burocracia, os profissionais querem dizer que as tarefas que executam dependem de diversos aspectos administrativos com perda dos aspectos da assistência direta. São unânimes em reconhecer que o gerenciamento do cuidado relacionado à anotação e registros em prontuário, gerenciar os cuidados de enfermagem são ações de cunho burocrático.

Segundo Peduzzi e Anselmi (2002) a associação de gestão com ações burocráticas expressam um estereótipo concebido exclusivamente como controle dos processos de trabalho, as autoras apontam que essa associação quando analisada profundamente referencia um modelo de assistência em enfermagem centrado unicamente no monitoramento e manutenção de condições adequadas e preconizadas por gerentes de serviços de saúde afastados ou que não realizam atividades de cuidado direto, centrando as ações gerenciais no controle e na qualidade, afastando-se da demanda dos sujeitos em cuidado.

Percebemos que as enfermeiras associam o gerenciamento do cuidado de enfermagem e da equipe de enfermagem muito semelhante ao ambiente hospitalar, onde é perceptível a dissociação entre cuidado e gestão.

Os relatos nos permitem analisar uma cisão entre conceber/planejar a ação de enfermagem e executá-la. Apesar de apostarem no trabalho interdisciplinar, multiprofissional e compartilhado, as enfermeiras apontam que ao planejar as ações de enfermagem, realizam sem a participação/contribuição dos demais membros da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares).

Conforme Cunha (2004), entendemos que a gestão e clínica são indissociáveis e precisam estar interligadas, ou seja, quando falamos de integralidade das ações em saúde e em saúde mental, é impossível fazer clínica sem pensar na gestão e vice-versa. Significa que quando estamos fazendo clínica também estamos fazendo a gestão do cuidado, apontando para o que conhecemos como de saber-fazer.

Para Mishima (1995), a enfermeira ao enfatizar que suas ações estão centradas no gerenciamento, denota-se que o mesmo está cada vez mais distante do cuidado direto ao usuário. O compartilhamento das ações de gestão e cuidado contribuem para que a enfermeira se aproxime cada vez mais do cuidado direto e integral.

Estando a enfermeira mais próxima do cuidado direto do usuário, as ações exclusivas de enfermagem podem ser cada vez mais aprimoradas e personalizadas, além de proporcionar que a enfermeira esteja sempre perto da equipe de enfermagem, compartilhando o saber-fazer com os demais membros da equipe de enfermagem. O compartilhamento das ações de gestão e cuidado podem contribuir para que a enfermeira se aproxime cada vez mais do cuidado direto e integral.

Mishima (1995), Peduzzi e Anselmi (2002) nos alertam do caráter articulador e integrativo que a gestão apresenta no cotidiano de trabalho das enfermeiras, sobretudo nas mediações que o fazer gestão permite fazer. No CAPS as enfermeiras compreendem que a tarefa de articular ações, pessoas, intervenções a partir da perspectiva da clínica ampliada e compartilhada, estão fazendo clínica no sentido do cuidado direto. Essa análise nos permite entender que as participantes não atribuem sentido tecnológico e de cuidado ao trabalho de gestão.

A SAE no CAPS: avanços e a necessidade de conquista

A SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) foi teorizada no Brasil por volta da década de 60, por Wanda Aguiar Horta, tem a finalidade de viabilizar e organizar a assistência de enfermagem direcionando-a e inter-relacionando-a de maneira ética, humanizada e focando na resolução de problemas dirigidos às necessidades de cuidado de enfermagem e saúde ao usuário (ALCÂNTARA *et al*, 2011).

O Processo de Enfermagem conta com 06 etapas que sistematizam metodologicamente as ações assistenciais e administrativas dos cuidados de enfermagem (COFEN, 2009).

Os relatos das enfermeiras apontam a SAE como ação nuclear da enfermeira no CAPS a seguir:

É complicado falar de SAE no CAPS porque a gente acaba fazendo uma sistematização dos cuidados de enfermagem separada da equipe, parece muito esquizofrênico, acho que por isso que fica tão burocrático [...]quando a gente prescreve o cuidado, é uma decisão minha feita de maneira solitária, eu não compartilho essa etapa nem com a equipe de enfermagem (E.7); se você for pensar o caráter burocrático do trabalho da enfermagem você tem a SAE né, você tem a questão de exames, você tem a questão clínica, de acompanhamento clínico, as questões de diabetes e hipertensão eu acabo cuidando e acompanhando. Já a SAE, ela é burocrática pelo fato de que é uma coisa sistematizada, é um papel, é um protocolo que a gente tem que seguir (E.1); às vezes é difícil fazer a SAE porque o enfermeiro acaba prescrevendo coisas que não é específica da enfermagem, e aí o técnico acha que tem que fazer aquela coisa que é da responsabilidade da equipe de referência ou da referência, eu acho que a gente faz uma grande confusão (E.12).

Durante a construção da SAE, a enfermeira se depara com questões que requerem cuidados específicos de enfermagem e com questões de ordem psicossocial. Revelam que ao desenvolver o Processo de Enfermagem (PE), acabam se esbarrando em questões de âmbito multiprofissional, pela confusão que relatam, acabam delegando essa ação para a equipe de enfermagem, não sendo de exclusividade dessa equipe a execução dessa tarefa.

O sentido burocrático evidenciado pelas enfermeiras aparece com o discurso de obrigatoriedade em realizar o PE já que existe a resolução do COFEN/COREN que determina que todas as instituições de saúde ao implantarem o PE, sob a pena de pagamento de multa por parte dos gestores centrais e autuação das enfermeiras do CAPS que respondem tecnicamente pela enfermagem diante do COREN.

Outro sentido burocrático do PE relatado tange a necessidade de se realizar todas as etapas propostas por Horta, conferindo ao PE caráter protocolar. Seguir um protocolo para as participantes significa ter maior compromisso com o método do que o cuidado personalizado.

Taylor (2007) revela que o PE é a principal forma para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e fortalecimento da enfermagem como profissão. Nascimento *et al* (2008) relembra que é com muita frequência que a implementação de um modelo e/ou fórmula predeterminada de assistência tendem a responder a expectativas dos gestores do serviço de saúde e não da assistência direta.

O PE precisa extrapolar o sentido de autonomia profissional de sua prática baseada na prescrição médica e centrado na doença, como mencionado anteriormente. A abertura para o desenvolvimento do PE para novos métodos/metodologias de se produzir cuidado permitirá substituir o olhar reducionista e protocolar.

Ações e Práticas no Campo da Saúde Mental

As ações e práticas no Campo da Saúde Mental, conforme abordado anteriormente, trata-se do entrelaçamento destas nas diversas profissões, proporcionando a ampliação do objeto de intervenção e conformando um campo

de ações compartilhadas e de corresponsabilidades de todos os profissionais do CAPS.

Percebemos que as enfermeiras descrevem algumas atividades exercidas no campo da saúde mental tais como: participação em reuniões, condução de grupos e oficinas terapêuticas, participação de espaços de gestão (Conselho Local, Colegiado Gestor), grupos de referência, realizando a função de referência de caso, dentre outros. É possível notar também nas falas uma boa inserção nas atividades do campo da saúde mental no CAPS.

Eu sou a enfermeira da tarde, faço grupos terapêuticos, tenho 30 usuários como minha referência, faço visita domiciliar, matriciamento no CS, componho o grupo gestor (E.9); eu faço um grupo corporal em parceria com uma psicóloga, faço o grupo de referência junto com toda a miniequipe e o grupo de notícias junto com outra psicóloga, eu faço triagem, faço atendimentos individuais as vezes semanais, as vezes quinzenais, as vezes mensal (E.12); eu conduzo o grupo de referência, participo das visitas domiciliares, da reunião de miniequipe para discutir os projetos terapêuticos, eu faço também um grupo de dança (E.6); eu faço um grupo de matriciamento no Centro de Saúde que é um grupo de transição de usuários que estão de alta do CAPS e vão acompanhar na Atenção Básica e vice versa, são casos compartilhados[...]eu preciso fazer rede de cuidados com outros equipamentos de saúde, da assistência social, educação e outras coisas (E.8).

As falas acima nos permitem pensar que as enfermeiras do CAPS apontam um compromisso com os espaços configurados enquanto campo. Praticamente todos os entrevistados apresentaram falas positivas em relação ao habitar o campo de ações de saúde mental, talvez porque no campo encontramos a real possibilidade de ressocialização e reabilitação psicossocial.

Considerações finais

A partir da análise construída, podemos concluir que os enfermeiros demonstram compromisso com o desenvolvimento de suas ações de saúde a partir do trabalho interdisciplinar.

O aporte da interdisciplinaridade possibilita a efetiva implantação e sustentação dos CAPS enquanto serviços substitutivos aos manicômios. A

enfermagem aponta que no CAPS é indispensável extrapolar as ações e os saberes muito além do campo de saberes da enfermagem, interligando suas ações a outros campos de saberes e profissões, compondo um “mix” de ações para a assistência em saúde mental, ampliando as ofertas terapêuticas realizadas nos CAPS, permitindo com que esse equipamento efetive de maneira complexa as tarefas que lhe foi incumbida.

Compreendemos que a interdisciplinaridade tem função de alcançar o desenvolvimento de um pensamento complexo nas questões relativas à saúde mental, e possibilita aos enfermeiros desenvolverem suas ações de maneira ampla, complexa, singular e também, coletiva.

As enfermeiras descrevem suas ações e práticas a partir dos conceitos de núcleo profissional e campo de saberes, conforme propõe Gastão Wagner Campos. As ações denominadas como campo de saberes demonstram a participação da enfermeira em diversos cenários que compõe o CAPS. É a partir da ideia de campo de saberes que as enfermeiras conseguem inter-relacionar e dar praticidade ao conceito de interdisciplinaridade.

O campo permite que a enfermeira se coloque na assistência, na articulação dos casos, em contato com o território, em contato com outros setores sociais, na gestão da clínica quando desenvolve a função de referência dos casos, quando constrói e consolida os projetos terapêuticos. Pelo campo, a enfermagem se insere em grupos, oficinas, as visitas domiciliares, ao conselho local e ao colegiado de gestão.

Mas é sobre as ações nucleares que se observamos a ambivalência da demanda do campo e da demanda do núcleo.

Sobre a organização das ações específicas/nucleares da enfermagem nos CAPS, as ações e as práticas de enfermagem estão divididas entre as práticas de assistência direta, estando intimamente ligada à ideia de interdisciplinaridade, e ampliação do objeto de intervenção, e a concepção ampliada do processo saúde doença.

Entretanto, sobre as práticas de assistência indireta, ou seja, práticas denominadas como gerenciais e administrativas, aproximando-se ao modelo gerencial autoritário e concentrador de poder, gerando certo sofrimento e algumas dificuldades para a categoria, que as mantêm num duplo conflito entre a rotina do CAPS e a fiscalização do COREN.

A partir do discurso das enfermeiras, percebemos que há a manutenção de práticas tradicionais da razão instrumental, tal como a escala, o controle dos materiais, controle da equipe de enfermagem.

Enxergamos então que, se as práticas de enfermagem nucleares denominadas como assistência direta ao sujeito e as ações desempenhadas no campo estão dispostas na mesma sintonia da Reforma psiquiátrica, significa que tais ações estão permeadas e alicerçadas pela Clínica Ampliada e Compartilhada. Há um esforço real instituinte a partir dispositivos de gestão, técnicas e tecnologias (reuniões de equipe, reunião de miniequipe, supervisão clínico-institucional, passagem de plantão, entre outros) para que se amplie e amplifiquem as práticas psicossociais. A interdisciplinaridade e a ética nesta concepção funcionam então como taboa de esteio.

A ambivalência gerada entre a demanda do núcleo e a demanda do campo não deve ser negada pelos atores da enfermagem, pois para Bauman (1999), a luta contra a ambivalência é destrutiva (por causar incertezas e angústias), mas também é autopropulsora, pois prossegue com força incessante criando novos problemas enquanto os resolve.

Referências

ALCÂNTARA, MR. et al. Teorias de Enfermagem: A Importância para a implementação da assistência de enfermagem. **Revista Científica Faculdade Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, 2011. n. 2, v.2, p. 115-132.

BAUMAN, Z. **Modernidade e Ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COREN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

CAMPOS, F.C.B. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo. Campinas e Santos**. 2000, 162 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, 2000. Disponível em: <<https://bit.ly/3e6jFsj>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

CAMPOS, G.W.S. **A Clínica do Sujeito: Por uma Clínica Reformulada e Ampliada.** Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica.** Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Campinas, 2004.

LIMA, A. M.V. Supervisão de trabalhadores de enfermagem em unidade básica de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, 2014.

LIMA, R.C.D. **A enfermeira:** uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. 1998, 244 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Campinas, 1998. Disponível em: <<https://bit.ly/2Z4ORDX>>. Acesso em: 04 jul. 2020.

MARIANO, N.F. **O Processo de Trabalho da Enfermagem no CAPS III de Campinas a partir da clínica ampliada e compartilhada.** 2016, 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Campinas, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2ABoUCp>>. Acesso em 25 de jun. 2020.

MELO, C.M.M. **Divisão do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto.** 1995, 355 f. Tese (Doutorado em enfermagem e saúde pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto, 1995.

NASCIMENTO, K.C. Sistematização da Assistência de Enfermagem vislumbrando um cuidado interativo complementar multiprofissional. **Revista Escola da Enfermagem USP**, São Paulo, 2008. v.42, n.5, p.02-08.

PEDUZZI M. ANSELMINI, M.L. O processo de trabalho da enfermagem: a cisão entre o planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2002 v.55, n.4, p. 392-298.

TAYLOR, C. SPARKS, SR. **Manual de diagnóstico de enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

Significados de viver com HIV e as especificidades do cuidado nesse contexto: percepções dos profissionais de saúde¹

Aérica de Figueiredo Pereira Meneses; Marta Fuentes-Rojas

Mais do que o câncer, e de modo semelhante à sífilis, a AIDS parece ter o poder de alimentar fantasias sinistras [...]. O vírus invade o organismo; a doença (ou o medo da doença) invade toda a sociedade (Susan Sontag, 1989, p.78).

A *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (aids) é uma daquelas epidemias que marcaram a história da humanidade. Por seu contágio estar relacionado a sexualidade- e ao uso de drogas injetáveis, desde o início, ela aterrorizou a sociedade e despertou vários fantasmas (SANCHES, 1997). Assim, quando comparada às outras doenças epidêmicas, suas repercussões assumiram proporções que vão muito além da infecção pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV): o impacto que causou (e que continua causando) foi devastador. Ela confrontou a sociedade, questionou práticas e saberes, além de evidenciar assuntos censurados do espaço público.

Na vida das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), os impactos foram diversos. Segundo Ceccon e Meneghel (2012), a experiência de viver com HIV acarretou incertezas, solidão, medo, violências (de diferentes formas), discriminação, preconceito, entre outros aspectos emocionais e sociais.

Por sua vez, na saúde pública, a epidemia em questão adveio com uma diversidade de desafios. Tinha-se ali um problema complexo, de várias faces,

¹ Este artigo apresenta os resultados da dissertação de mestrado intitulada “Do conhecimento individual à construção coletiva: diálogos e reflexões sobre o cuidado às pessoas com HIV na perspectiva dos profissionais de saúde” (MENESES, 2017).

para além da infecção, e que exigia respostas efetivas que contemplassem o tratamento da doença em si e os diferentes aspectos sociais e emocionais, bem como toda a multidimensionalidade que abrange o viver com HIV. Nesse ínterim, para o enfrentamento da AIDS, os serviços de saúde iniciaram o desenvolvimento de novas práticas que superassem uma compreensão fragmentada e pautada meramente nos cuidados biomédicos, abordando a completude do viver com HIV. E ainda, foram desenvolvidas estratégias de prevenção e controle da epidemia que garantissem direitos e, sobretudo, uma resposta social, considerando a realidade epidemiológica, compreendendo-a a partir do viés de vulnerabilidade (SEFFNER, 1998).

De modo articulado, o Brasil sempre trabalhou a prevenção e o tratamento do HIV/AIDS – ação diferencial em relação a outros países (BERKMAN et. al., 2005). Destarte, a assistência às PVHIV sempre foi um dos eixos do programa nacional de enfrentamento à epidemia que, a partir da década de 1990, se materializou em uma rede de serviços estruturada para diagnóstico, aconselhamento e tratamento às PVHIV, pautada no acolhimento e na garantia de direitos à população acometida. Ocorreu também uma evolução do tratamento às PVHIV via aprimoramento da Terapia Antirretroviral (TARV) e dos exames de monitoramento da carga viral no organismo. O Brasil, inclusive, foi um dos primeiros países a adotar a distribuição gratuita de Antirretrovirais (ARVs) pelo Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso igualitário ao tratamento a todas as PVHIV (GUIMARÃES et. al., 2010). Tais aspectos asseguraram maior sobrevida e melhora significativa nas condições de vida das PVHIV, além de reduzir os índices de mortalidade, cuja causa primária era a AIDS.

São inegáveis os ganhos advindos dos avanços no tratamento às PVHIV. Contudo, a partir daí outras práticas de cuidado foram adotadas. O estudo desenvolvido por Silva *et al.* (2002), por exemplo, identificou que, em alguns casos, fatores transversais acabavam sendo desconsiderados durante as consultas, reduzindo o cuidado às PVHIV aquilo que dificultava ou facilitava a adesão ao TARV. Tal aspecto também foi identificado por Guzmán e Iriart (2009),

onde, por vezes, nas consultas periódicas, a relação terapêutica resumia-se à adesão ao TARV e aos resultados dos exames CD4 e de CVP².

Em fins de 2013, o Brasil adotou a estratégia combinada do Tratamento como Prevenção (TcP)³. Nesta, dentro das ações de saúde, se tem a ampliação do acesso ao teste de HIV e o início imediato do ARV – estratégia conhecida como *testar e tratar* (BRASIL, 2015). No cuidado às PVHIV, muitos especialistas reforçam que tal medida pode resultar em um menor investimento em estratégias de cuidado contínuo, em detrimento do investimento em novas tecnologias para a contenção da epidemia – o que era para representar uma evolução do tratamento pode resultar em um reducionismo, restringindo o tratamento ao controle do vírus, em uma lógica biomédica (PARKER, 2015; TERTO Jr. et. al., 2016).

Considerando a importância dos aspectos transversais de viver com HIV no cuidado às PVHIV, o presente estudo teve por objetivo compreender como têm sido abordados tais aspectos nos serviços de saúde. Em geral, nas linhas que se seguem, buscam-se respostas para duas questões, quais sejam: 1) Como os profissionais de saúde compreendem o viver com HIV nos dias atuais?; e, 2) Como os aspectos transversais do viver com HIV têm sido abordados pelos diferentes profissionais de saúde?

No intuito de responder às questões supramencionadas fez-se uma pesquisa empírica, qualitativa, fundamentada na abordagem da pesquisa social, que utilizou como estratégia a triangulação de métodos, via diferentes técnicas de coleta de dados, a fim de ampliar a compreensão sobre o tema aqui analisado, a saber: questionários, entrevistas semiestruturadas e grupos de discussão.

O campo de estudo se deu em três Serviços de Assistência Especializada (SAEs) – referência no âmbito do SUS em atendimento às PVHIV – com a participação de 41 profissionais de saúde de diferentes categorias.

Sobre os dados coletados, a análise seguiu o modelo proposto por Gomes *et al.* (2005), cuja realização se deu em duas etapas. A primeira contemplou as análises descritiva (VENDRAMINI, 2007) e de conteúdo (BARDIN, 1977), ao passo que a segunda compreendeu a integração, a discussão e os diálogos entre

² Referem-se a dois tipos diferentes de exames utilizado para monitoramento da contagem de linfócitos - CD4 - e da Carga Viral Plasmática – CVP - no organismo da PVHIV.

³ Em inglês, *Treatment as Prevention* (TasP).

os diferentes achados, buscando responder às questões norteadoras da investigação.

Por fim, de modo estrutural, além da presente introdução, o capítulo tem sua composição em mais três seções. A segunda seção aborda o significado de viver com HIV na perspectiva dos profissionais de saúde – buscando compreender qual o impacto na estruturação da atenção àqueles sujeitos. A terceira seção, discorre sobre as especificidades dos cuidados às PVHIV – destacando como têm sido abordados, pelos serviços de saúde, os aspectos transversais pelos profissionais de saúde. E, por fim, tecem-se algumas considerações finais sobre os principais achados deste estudo.

O Significado de viver com HIV para os profissionais de saúde

O viver com HIV pode ser compreendido de diferentes formas e incluindo ou não diferentes aspectos. Nesse ínterim, o presente estudo observou que os profissionais de saúde vêm atribuindo significados abrangentes a essa querela, compartilhando, muitas vezes, aspectos em comum sobre o que significa viver com HIV.

Apesar dos avanços do tratamento, os participantes destacaram que o peso do diagnóstico ainda é maior nesse caso do que de outras doenças. Conforme evidencia o relato de uma enfermeira, por exemplo: “Tem paciente que tem um diagnóstico de hepatite e cirrose e fala assim: ‘ainda bem que eu não tenho HIV! Em termos clínicos falando, o HIV seria melhor, mas a pessoa fala, ainda bem que eu não tenho HIV’” (P2G2)⁴.

E essa diferença, de acordo com os profissionais de saúde, é sustentada pelas ações de preconceito e discriminação direcionadas às PVHIV. Sobre a questão, uma assistente social então destacou: “Assim, eu acho que teve um grande avanço né! Agora, esse preconceito, eu acho que ainda existe, entendeu?” (P1G1). E corroborando, um psicólogo pontuou que, ainda hoje, há muito medo de “[...] como os outros vão encarar a minha doença” (P4, G1).

⁴ As siglas adotadas neste estudo têm referência ao número de entrevistas ou de narrativas dos grupos de discussões, visando o anonimato dos participantes.

Em geral, há consenso entre os profissionais em afirmar que descobrir-se soropositivo é uma condição diretamente relacionada ao julgamento moral, à culpa e a alguns grupos marginalizados pela sociedade. Como mostram as narrativas de uma médica e de uma enfermeira, por exemplo:

Ah! Vão achar que eu usei drogas, que eu sou promíscuo, vão achar que eu sou gay (P3G1).

Como é uma doença muito fortemente ligada à sexualidade, eu acho que trabalha muito a culpa [...]. O HIV, ele entra como um castigo divino por alguma coisa que a pessoa fez ou alguma fantasia que ela colocou em prática e aí veio o castigo divino. Eu escuto todo dia isso no consultório. Daí o que eu acho que acontece: o paciente com HIV ele é mais tímido. Como ele se sente culpado por estar com a doença (P2G1).

Somado à discriminação e ao julgamento moral, os profissionais de saúde também destacaram o quanto o viver com HIV está associado à morte. Sobre a questão, ainda que a sobrevivência das PVHIV tenha aumentado, o diagnóstico segue soando como uma sentença de morte para muitos pacientes. Para uma médica, por exemplo, “[...] a gente tem uma data de validade, e você vai morrer. Mas a gente não deixa de viver, pensando nisso. Mas eles deixam de viver, pensando nisso” (P3G1) – relato reforçado por outro de uma técnica de Enfermagem, conforme se segue:

[...] hoje mesmo teve um na coleta e ele falava assim. Aí nós perguntamos do parceiro, e o parceiro dele morreu. ‘Ah, eu estou bem né, por enquanto, sabe?’ Então, e ele está bem. O exame tá mostrando que ele tá bem, e ele tá falando ‘por enquanto’ entendeu? [...]. Quer dizer: tá marcado uma data pra ele ficar ruim (P4, G1).

E é daí, segundo os participantes do presente estudo, que se têm as constantes interdições na vida das PVHIV, seja nos relacionamentos afetivos, seja no acesso aos direitos sociais (a busca pelo emprego), seja na possibilidade de ter filhos. Conforme revelam os relatos de uma médica e de uma assistente social, frases assim são comuns: “Ah! Ninguém mais vai me querer. Eu nunca vou arrumar um parceiro, uma parceira. [...] Eu não vou poder ter filhos. Eu vou ficar

com cara de AIDS. As pessoas vão olhar pra mim e já vão desconfiar” (P3G1); “Nossa! Eu nunca mais vou arrumar trabalho registrado” (P2G1).

Outro aspecto apontado pelos profissionais de saúde tem relação com a idade cronológica das PVHIV. Em geral, aquelas com mais de 30 anos de idade carregam consigo o histórico da aids, seus estigmas e seus preconceitos. Por sua vez, os serviços de saúde vêm recebendo uma nova geração: os adolescentes vivendo com HIV – que se apresentam como um desafio para os profissionais de saúde. Sobre a questão, conforme o relato de um médico, essa nova geração não carrega igualmente o peso do estigma: “Os jovens [...], a gente vê muito: ‘ah! Eu tenho HIV? Ah! Os meus amigos também têm. Ah! Todo mundo tem’. Aí vem consultar e eu quero falar do CD4. ‘Ah não!? Passa o remédio’. Ahn?!? E eu querendo lá explicar” (P3G1). Para muitos profissionais, esse novo significado de viver com HIV tem representado um desafio e colocado em cheque suas práticas de cuidado, exigindo que repensem suas ações para o atendimento dessas demandas.

Destarte, o que as narrativas supramencionadas apontam é que os profissionais de saúde constroem e compartilham um conceito de viver com HIV – conceito que não é estático, definitivo ou absoluto, mas que trata, sobretudo, da criação de valores que são compartilhados na instituição e que servem de bússola para a organização do processo de trabalho dentro dos serviços de referência.

Segundo Fuentes-Rojas (2013, p. 312), “[...] quando se fala de um conceito refere-se a uma apreciação, a um julgamento e a uma avaliação sobre algo que pretendemos definir, nomear ou explicar através das palavras”. De tal modo, como propõe Vigotsky (2000), o conceito nomeia algo, mas, além disso, atribui um significado que lhe é particular e está relacionado à pessoa. Com isso, a sua construção não ocorre isolada ou imutavelmente, estando relacionada ao ambiente (às informações recebidas) e à intensa atividade mental.

Emprestando dois conceitos da Socioanálise – o instituinte e o instituído –, Fuentes-Rojas (2013) aponta que o conceito se move de um lado para o outro, passando da negação de um dos polos para a aceitação e formalização do outro. Na construção do conceito, o instituído é aquilo que se aceita, é um conhecimento já consolidado com reconhecimento universal. Já o instituinte é o processo de construção a partir daquilo que é vivenciado.

Considerando que a formação de conceitos faz parte de um processo, no caso do viver com HIV, foi possível identificar três momentos diferentes, quais sejam: 1) O que sabem; 2) O que escutam; e, 3) Como percebem. O primeiro momento se refere àquilo que os profissionais de saúde sabem sobre a epidemia de HIV/AIDS, incluindo os avanços científicos do tratamento, sendo o conceito construído a partir de um conhecimento formal. Por outro lado, em um segundo momento, tal conceito é construído no cotidiano dos serviços, a partir daquilo que os profissionais escutam diariamente dos usuários do serviço. Nesse processo se dá o terceiro momento: como os profissionais percebem o viver com HIV/AIDS hoje – uma junção entre o que sabem e o que escutam.

A formação de um conceito de viver com HIV pode influenciar no atendimento ofertado. Estudo realizado por Paschoal et al. (2014), alertou-se para o fato de que os sentidos atribuídos a um determinado fenômeno pode orientar as condutas em relação a ele. Na saúde, tal ação pode acarretar benefícios e/ou riscos. Para Amato et al. (2008), os benefícios compreendem um atendimento mais contextualizado e que aborde as necessidades dos sujeitos. No caso das PVHIV, o significado atribuído pela equipe facilitaria a abordagem dos aspectos sociais, por exemplo. Por sua vez, segundo aqueles autores, os riscos se referem ao cuidado daqueles que não se enquadram nesse conceito, como, por exemplo, os jovens, cuja algumas atitudes acabam sendo mal interpretadas pelos profissionais como um descaso com a saúde e com o tratamento.

Por isso, faz-se necessário considerar os conceitos em um processo de construção e desconstrução contínuo, pensando na potencialidade do instituinte para a produção de novos sentidos. Quando se pensa a partir desse viés, os adolescentes aparecem, no presente estudo, como sujeitos potenciais na superação de muitos estigmas vivenciados pelas PVHIV, que acabam sendo perpetuados pelos profissionais de saúde. Além disso, tais mudanças de demandas fazem com que os profissionais de saúde repensem seus conceitos e suas práticas de cuidado em saúde.

Os aspectos transversais no cuidado às PVHIV

A compreensão dos profissionais de saúde sobre o significado de viver com HIV orienta a organização do cuidado nesse contexto. No presente estudo,

ao compreenderem o HIV para além da infecção pelo vírus, entre os partícipes, identificou-se certo consenso que o tratamento à PVHIV não se resume na dispensação de ARV e no controle da carga viral. Para os profissionais entrevistados, o atendimento àquela população deve compreender os aspectos transversais que envolvem o viver com HIV, pautado na integralidade da atenção ofertada. Como mostra o relato de uma farmacêutica,

Essa forma de voltar a olhar o paciente como um ser humano integral e que tem um contexto é que se adquiriu lá atrás por que era a única coisa que tinha, por que a gente sabia que salvar a vida daquela pessoa a gente não ia. O que a gente podia era fazer por ela o que ela não teve em lugar nenhum. Então, isso ficou. E manter isso acredito que é o grande desafio de todos esses anos (E9).

Corroborando, uma médica assim destacou o quanto o serviço tem buscado ir além do controle em si da infecção pelo HIV:

Então, se você focar seu atendimento no vírus, [...] você pode não chegar aonde você quer. Você está olhando pro vírus e na verdade este vírus está dentro de uma pessoa. Esta pessoa está sentindo alguma coisa e daí eu acho que é este sentimento que tem que ser focado pelo profissional. O que ele está sentindo naquele momento. [...] olhar para ele como ser humano (E7).

Tem-se, portanto, uma compreensão e um esforço pelos profissionais de saúde para o atendimento integral dos usuários, acolhendo as diferentes demandas, criando as condições necessárias para que eles possam trazê-las via acolhimento e escuta. Para uma farmacêutica, por exemplo, “[...] o acolhimento já é metade do caminho” (E9).

Ainda segundo os participantes do presente estudo, no acolhimento se estabelecem o vínculo terapêutico e a relação empática em relação aos usuários – o que deve ocorrer desde o primeiro contato. De acordo com os entrevistados, com o avanço do tratamento, aumentou o tempo que o paciente permanece em acompanhamento e a frequência que vai até a instituição. Como mostra uma dentista: “[...] se for feito um acolhimento bom, [...], se o profissional que está ali lidando com aquele paciente for sensível ao ponto de se colocar no lugar dele e dar a notícia de uma maneira certa, adequada, correta, dando suporte, começa ali

a boa adesão” (E12). E para a concretização do vínculo, é preciso saber ouvir. Tal aspecto reforçado no relato de uma médica:

Então eu acho que pra trabalhar aqui a gente precisa saber ouvir. Se a gente não conseguir ouvir, a gente não consegue fazer vínculo, não consegue ajudar a pessoa naquilo que ela precisa mesmo [...]. E, às vezes, ouvir aquilo que não tem nada a ver com a profissão da gente, que é a questão social [...], porque eles falam de tudo né, eles falam. Como ficam muito tempo tratando no mesmo lugar, então eles falam de tudo, falam de vida, de morte, de família, de sentimento, de problema sexual, fala tudo, então a gente tem que ouvir né, tem que saber ouvir (E7).

Apesar dessa compreensão acerca do cuidado às PVHIV e dos profissionais destacarem a importância da abordagem dos aspectos transversais, do vínculo, do acolhimento e da escuta, com foco na atenção integral, no presente estudo foi possível constatar que nem sempre a multidimensionalidade do viver com HIV/AIDS é acolhida por todos os profissionais de saúde.

Conforme é possível observar na Figura 1, a seguir, os aspectos emocionais, como, por exemplo, a ansiedade ou tristeza, têm sido abordados durante o atendimento por apenas 46% dos participantes. A sexualidade também tem sido outro aspecto nem sempre abordado, em que pese sua forte relação do HIV – apenas 34% afirmaram que sempre abordam a questão com os usuários, enquanto 39% abordam às vezes e, 27%, raramente ou nunca. O mesmo ocorre com a distribuição e orientação de preservativo, que embora 54% assegurem que sempre distribuem para os usuários, tem-se um índice baixo, considerando que o HIV é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e que a prevenção de novas infecções é uma ação de cuidado nesse contexto.

Outro dado a destacar é a abordagem de aspectos sociais, com a inclusão de temas, como, por exemplo, o desemprego, o preconceito e a dificuldade financeira. Aqui, grande parte dos participantes – 43% – afirmou que a temática é abordada apenas às vezes, raramente ou nunca; outros 20% afirmaram que raramente ou nunca abordam; e, apenas 37% expressaram que sempre abordam.

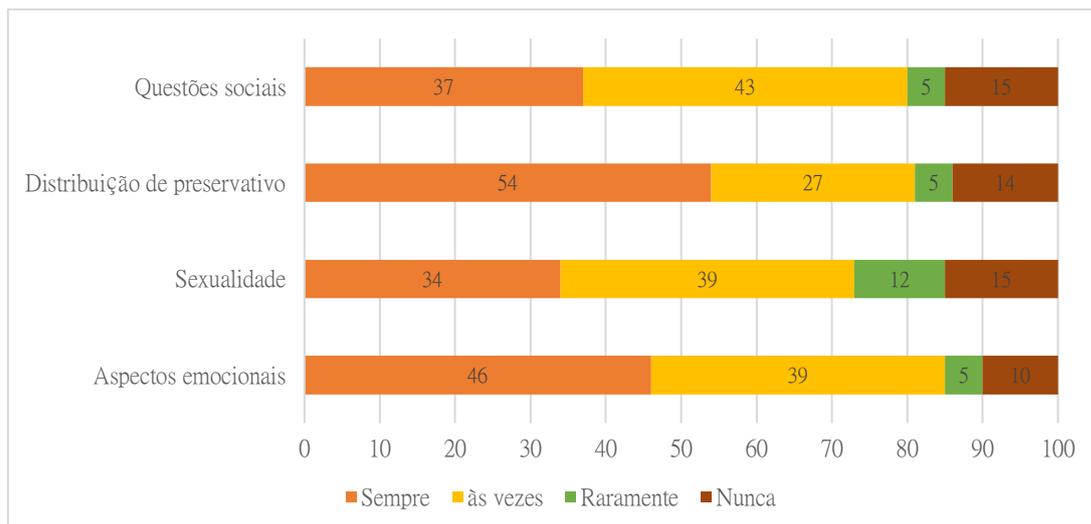


Figura 1. Abordagem dos aspectos transversais pelos profissionais de saúde. Elaboração das autoras. Fonte: Meneses (2017).

Para produzir cuidado, o profissional de saúde faz uso de algumas ferramentas, nomeadas por Merhy e Feuerwecker (2009), como tecnologias, distribuídas em três caixas diferentes, a saber: 1) Tecnologias duras (instrumentos utilizados, recursos materiais); 2) Tecnologias leve-duras (o saber técnico e estruturado, e as teorias); e, 3) Tecnologias leves (as relações). As tecnologias leves seriam, por exemplo, o vínculo e o acolhimento. Como observado no presente estudo, transitar por essas diferentes tecnologias, incorporando nas práticas cotidianas a atenção integral e o acolhimento dos aspectos multidimensionais que envolve viver com HIV, tem se apresentado como um desafio no cuidado às PVHIV. Nesse caso, como adverte Silva *et al.* (2002), um atendimento com base puramente nas tecnologias duras e leves-duras, correria o risco desses temas serem abordados periféricamente, voltando-se o atendimento para um modelo biomédico e pouco abrangente.

Outro aspecto aqui observado diz respeito ao processo de trabalho e como os serviços se organizam para o atendimento dessas diferentes demandas. Foi possível observar que o trabalho nas instituições partícipes da pesquisa é marcado, muitas vezes, por aspectos que dificultam a oferta de atendimento integral para os usuários, seja pela falta de recursos humanos frente à grande demanda de atendimentos, seja pela organização do trabalho em equipe – por vezes, fragmentada.

De acordo com os entrevistados, a falta de profissionais vem acarretando sobrecarga de trabalho, além do acúmulo de tarefas. Para uma assistente social, por exemplo: “[...] A quantidade de trabalho é maior para cada um”, ao passo que o profissional que labora na assistência à PVHIV também necessita desenvolver projetos de prevenção. Com a alta demanda de usuários para atender, a prevenção acaba ficando em segundo plano.

Segundo o relato de uma médica, tem-se aí um conflito, pois, se de um lado uma escuta qualificada do usuário demanda tempo, do outro lado, fora do consultório, outros usuários aguardam atendimento: “Porque demanda um tempo para você ter esse tipo de atendimento né, e as vezes você vê que a fila está grande lá fora. Então, para mim, pelo menos, não é fácil” (P2G1).

Os recursos humanos em saúde são percebidos, muitas vezes, como insumos, desconsiderando as especificidades de cada profissional e das demandas atendidas dentro da instituição, culminando em uma visão distorcida do processo de trabalho (BOURGUIGNON et al., 2003). Além disso, a sobrecarga de trabalho pode dar início a algum desgaste profissional (LAUTERT, 1999).

Somado a esse aspecto, tem-se a organização do trabalho em equipe. Em que pese o reconhecimento dos avanços pelos profissionais de saúde, ele ainda acaba sendo, muitas vezes, fragmentado. É o que mostra, por exemplo, o relato de uma farmacêutica. Para ela, o trabalho em equipe ainda não funciona: “Para mim dizer sim tem que ser funcionando. Então, não. Claro, consegue transitar o paciente dentro da equipe, consegue discutir quando necessário, mas não tem o hábito de sentar e discutir caso, trabalhar com um plano do paciente juntos” (E9). Uma enfermeira também assim relatou: “[...] nós temos muito ainda para aprender o que realmente é uma equipe. [...] Falta ainda comunicação” (E11). Por sua vez, um dentista destacou que embora considere a equipe muito coesa, o trabalho ainda “[...] é meio que fragmentado. Em cada dia ou em cada momento, um membro da equipe vai fazer o seu trabalho” (E12).

Em geral, o trabalho em equipe tem representado um desafio nos serviços de saúde. Sobre a questão, achados semelhantes ao do presente estudo foram encontrados por Silva *et al.* (2002) e Borges, Sampaio e Gurgel (2012). Segundo aqueles autores, o trabalho em equipe nos SAEs, muitas vezes, é caracterizado por ações justapostas em um modelo de atenção fragmentado.

Tal fragmentação pode resultar em um “[...] modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos” (MISHIMA; ALMEIDA, 2001, p. 151). Com isso, o fortalecimento do trabalho em equipe faz-se necessário no contexto do HIV, pois, o modo como as equipes funcionam têm relação com o modelo de atenção ofertado. Para tanto, faz-se importante compreender que o cuidado não envolve apenas a relação usuário-profissional de saúde, estando inserido em um contexto mais amplo que abrange, inclusive, a criação das condições favoráveis para sua ocorrência.

Considerações finais

Grangeiro (2016), ao dissertar sobre as novas tecnologias para o tratamento de PVHIV, advertiu que a sua introdução não é, *per si*, suficiente para garantir um tratamento efetivo e de qualidade nesse contexto, tendo em vista que, com o tempo, elas se esgotam e são necessárias outras ações. Nesse ínterim, as linhas que se seguiram apresentaram o fato de que as narrativas dos profissionais de saúde corroboram com tal afirmação, ao passo que possibilitam algumas outras constatações.

A primeira se refere ao viver com HIV. Embora a compreensão sobre a multidimensionalidade de viver com HIV pelos profissionais de saúde não seja algo determinante para a oferta de uma atenção integral àquela população, tem-se aí um aspecto essencial que guiará as ações de cuidado, quando da percepção de que apenas o controle do vírus e a dispensação de ARV não dá conta da completude que é viver com HIV.

Com isso, o presente estudo apontou que os profissionais de saúde criam e compartilham um conceito sobre o viver com HIV a partir daquilo que eles sabem sobre a epidemia, daquilo que escutam dos usuários no serviço de saúde e de como eles percebem. Tal conceito é abrangente, inclui os diferentes impactos na vida das PVHIV e, a partir daí, os profissionais pensam o cuidado. Além disso, não se trata de algo estático e suas mudanças se dão conforme as novas demandas da instituição, em um processo contínuo de desconstrução e reconstrução.

Outra constatação aqui percebida é a necessidade, em saúde pública, de um cuidado abrangente às PVHIV. Tem-se aí uma verdadeira preocupação dos profissionais, que reforçaram a necessidade do acolhimento e da escuta como ferramentas imprescindíveis nesse contexto. Foi possível, então, verificar que as novas tecnologias somente são úteis em um contexto mais amplo, que considere os aspectos transversais do viver com HIV nas suas ações. Inclusive, sua utilização não aparece em oposição à proposta do cuidado em saúde, mas apenas evidencia as diferentes tecnologias que o profissional precisa lançar mão no cuidado em saúde. Como bem destacam Merhy e Feuerwecker (2009), cuidar é transitar entre as tecnologias disponíveis em um encontro de alteridades, em um encontro com o diferente, em um encontro com o outro.

Em que pese a compreensão acerca do cuidado às PVHIV, na presente pesquisa foi possível constatar que a abordagem dos aspectos transversais de viver com HIV ainda se apresenta como um desafio para os serviços de saúde, ao passo que muitos profissionais não tem abordado tais temáticas no atendimento, seja pelo *modus operandi* como os processos de saúde são instituídos nos diferentes serviços, seja pela falta de recursos humanos que acarretam em sobrecarga de trabalho, seja pela fragmentação do trabalho desenvolvido pelas diferentes categorias profissionais.

Apesar das adversidades supramencionadas, vale destacar o esforço dos profissionais de saúde para ofertar um atendimento integral aos usuários do serviço. Além disso, o cuidado em saúde vai muito além da relação estabelecida entre quem cuida e quem é cuidado, sendo necessário percebê-lo de forma contextualizada, compreendendo os aspectos transversais às suas ações.

Por fim, é preciso perceber o legado do programa brasileiro de HIV/AIDS, cujos pilares foram alicerçados no acolhimento, no combate ao estigma e na importância do atendimento integral à PVHIV. A construção dessa política, segundo Paiva (2002, p. 26), ficou marcada pela presença ativa de profissionais de saúde e ativistas que “[...] compartilhavam as mesmas referências em defesa dos direitos humanos, da saúde pública gratuita e universal, e do compromisso com a emancipação e a construção da cidadania”. Manter essa memória viva pode sustentar um olhar multidimensional ao viver com HIV, bem como a forma como o cuidado deve se configurar no contexto em questão.

Referências

AMATO, T.C. et al. Crenças e Comportamentos sobre Práticas de Prevenção ao Uso de Álcool Entre Pacientes da Atenção Primária à Saúde. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.744-758, jul. / dez. 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4a ed., Lisboa: Edições 70, 1977.

BERKMAN, A. et al. A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. **American Journal of Public Health**, v.95, n.7, jul. 2005.

BORGES, M.J.L.; SAMPAIO, A.S.; GURGEL, I.G.D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-56, 2012.

BOURGUIGNON, D.R.; TAVARES, G.R.P.; SANTANA, L.G.; SILVA, M.Z.; LIMA, R.C.D.; RASCH, S.S. Recursos humanos em saúde: reflexões sobre o cotidiano do SUS que temos e as possibilidades do SUS que queremos. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.310-5, set. / dez. 2003.

CECCON, R.F.; MENEGHEL, S.N. HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p.1813-14, set. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2YBF7km>>. Acesso em: 12 set. 2019.

FUENTES-ROJAS, M. Construção do conceito de Deficiência Intelectual pelos membros do grupo familiar. In: GUILHOTO, L.M.F.F. (Org.). **Envelhecimento e Deficiência Intelectual: uma emergência silenciosa**. 2ed.São Paulo: Instituto APAE de São Paulo, 2013, p.309-335.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005.

GRANGEIRO A. Da estabilização à emergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV e AIDS no Brasil. In: ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: Abia, 2016, p.16-21.

GUIMARÃES, M.D.C. et. al. Projeto ATAR: metodologia dos componentes quantitativo e qualitativo. In: BRASIL. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GUZMÁN, J.L.D.; IRIART, J.A.B. Revelando o vírus, ocultando pessoas: exames de monitoramento (CD4 e CVP) e relação médico-paciente no contexto da AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.1132-40, maio 2009.

LAUTERT, L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. **Rev. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.2, p.50-64, jul. 1999.

MENESES, A.F.P. **Do conhecimento individual à construção coletiva: diálogos e reflexões sobre o cuidado às pessoas com HIV/AIDS na perspectiva dos profissionais de saúde.** 2017, 218f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas) – Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Limeira, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/3gosrDd>>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MERHY, E.E.; FEUERWECKER L.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leitura de novas tecnologias e saúde.** 1ed.São Cristóvão; Salvador: Edufba; Edufs, 2009, v. 1, p. 29-56.

MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M.C.P. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.5, n.9, p.150-153, 2001.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface**, Botucatu, v.6, n.11, ago. 2002.

PARKER, R. O fim da aids? Rio de Janeiro: ABIA, 2015.

PASCHOAL, E.P. et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.32-40, 2014.

SANCHES, R.M. A relação médico-paciente sob o signo da Aids. Revista USP, São Paulo, n. 33, mar./maio 1997. Disponível em: <<https://bit.ly/3iyazbc>>. Acesso em: 04 jun. 2020.

SEFFNER, F. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório. **Aletheia**, Canoas, v. 7, p. 53-58, 1998.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção e a resposta brasileira à AIDS. In. ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016.** Rio de Janeiro: Abia, 2016, p.22-30.

SILVA, N.E.K. et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, supl.0, ago. 2002.

SONTAG, S. **AIDS e suas metáforas**. Trad. Paulo Henriques Britto. São Paulo: companhia das letras, 1989.

TERTO JR., V. et al. A luta continua: avanços e retrocessos no acesso aos antirretrovirais no Brasil. In. ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Mito vs Realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: Abia, 2016, p.39-51.

VENDRAMINI, C.M.M. Estatística e delineamentos de pesquisa. In. BAPTISTA, M.N.; CAMPOS, D.C. **Metodologia de pesquisa em ciências**: análise quantitativa e qualitativa. Rio de Janeiro: LTC, 2007.

VIGOTSKY, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

População em Situação de Rua com Transtornos Mentais: desafios para os profissionais da saúde e da assistência social¹

Rayoni Ralfh Silva Pereira Salgado; Marta Fuentes-Rojas

Loucura, enlouquecer, doença, perigo, internação [...] expressões comumente utilizadas para camuflar nosso medo e nossa ignorância sobre um assunto tão antigo quanto à própria humanidade.

População em Situação de Rua – PSR com Transtornos Mentais, um fenômeno ainda pouco explorado na pesquisa científica, mas que tem se tornado objeto de estudo de várias áreas do saber. Atualmente um dos campos mais interdisciplinares e complexos, que exprimem a necessária ruptura com as fronteiras do conhecimento, despertando nos pesquisadores a construção de narrativas que contemplem a diversidade de áreas que se ocupam em estudar tal fenômeno (PAGOT, 2012).

O trabalho com PSR é, por si só, um grande desafio e, quando estes indivíduos apresentam transtornos mentais e/ou uso problemático em psicoativos, a internação ainda parece ser o recurso mais adequado, considerando a compulsividade em momentos de surto e a imediatividade do tratamento. Tais perspectivas andam na contramão da Reforma Psiquiátrica Brasileira e tornam-se uma questão fundamental para o debate, tanto no âmbito social, quanto político.

Para muitos servidores públicos, seja na área social ou na saúde, os “doentes” em situação de rua não aceitam, na maioria dos casos, as intervenções

¹ Este artigo apresenta os resultados da dissertação de mestrado intitulada “População em Situação de Rua: desafios dos profissionais nos serviços de Saúde Mental” (SALGADO, 2018).

profissionais e, por não “aderirem” ao plano de atendimento/terapêutico idealizado, acabam recebendo ações paliativas em suas necessidades básicas de alimentação, higienização e acolhimento, geralmente ofertados pelos serviços de Assistência Social e Organizações da Sociedade Civil – OSC’s. A doença acaba ficando em segundo plano sem os cuidados que enseja.

Entre políticas públicas distintas (Saúde e Assistência Social), a intersetorialidade emerge como uma condição necessária para ações “bem-sucedidas” com esses indivíduos em situação de risco e desproteção social. Ocorre que, a ausência de equipamentos e de recursos humanos insuficientes em ambas as políticas evidencia um tensionamento na resolutividade dos casos, sem o estabelecimento de fluxos de atendimento que contemplem as reais necessidades daqueles que dependem do cuidado integral.

Conforme evidencia Pagot (2012), as pessoas em situação de rua que apresentam transtornos mentais são as que mais padecem, pois, a intensidade do sofrimento psíquico as fazem recuar ou limitarem-se ao contato com os demais, dificultando o estabelecimento de vínculos entre equipe e paciente.

As dimensões sociais da PSR se apresentam quantitativa e qualitativamente novas à realidade urbana e às políticas públicas. Em períodos de recessão econômica, esse número tende a acentuar-se e, ao ganhar visibilidade no cenário atual, demanda atenção de diferentes setores no campo social (CARNEIRO JÚNIOR, *et. al.* 1998, p.48).

Embora essa população esteja concentrada nas grandes cidades e várias políticas e serviços foram idealizados e constituídos para o atendimento de suas especificidades, muitos municípios brasileiros ainda não dispõem de unidades mínimas para responderem às demandas específicas desse grupo social. Em outros, alguns serviços são recentes, como é o caso de Limeira-SP e ainda se defrontam com os desafios da organização, da intersetorialidade e da compreensão da dinâmica de vida da PSR em seus distintos territórios e modo de vida.

No Brasil, a PSR situa-se em uma lacuna entre os serviços públicos e um grande desafio coloca-se quando esses indivíduos apresentam transtornos mentais (BORYSOW; FURTADO, 2013). Em geral, raramente procuram as unidades de saúde, buscando com maior frequência o atendimento nos equipamentos da assistência social (VARANDA; ADORNO, 2004).

A PSR resiste, muitas vezes, a sintomas aparentes e, quando busca por atendimento na rede pública de saúde, está com várias comorbidades, não resistindo sozinha ao sofrimento provocado pelas enfermidades (BORYSOW; FURTADO, 2013). De outro modo, chega aos serviços de saúde quando é conduzida por programas específicos ou pelas instituições socioassistenciais e "essas instituições, por estarem mais próximas da população de rua, acabam sendo a porta de entrada para a rede pública" (2013, p.40-41).

Os trabalhadores da assistência social, embora não diagnostiquem os transtornos mentais dos usuários, são os primeiros a perceberem os sintomas e tentarem intermediar o acesso destes à rede de atenção psicossocial (SILVA, 2005). Frequentemente, estes profissionais se deparam com a recusa do atendimento por parte dos serviços de saúde, sob alegação de que estes indivíduos não possuem referências ou um responsável para, por exemplo, controlar sua medicação (VARANDA; ADORNO, 2004). Quando é necessária a internação, familiares ou outras referências pessoais são exigidas para que se possa realizar esse procedimento.

As limitações da população em acessar diretamente os equipamentos de saúde, fazem com que as equipes de assistência social hipertrofiem seu papel junto aos usuários, além de privá-los do atendimento e da reabilitação psicossocial que necessitam (BORYSOW; FURTADO, 2013).

Nesse sentido, frente a esse cenário e problemáticas apontadas, o objetivo do presente estudo foi compreender os desafios que as equipes da Rede de Atenção Psicossocial de Limeira-SP vivenciam no atendimento e acompanhamento à PSR que apresenta transtornos mentais.

Realizaram-se Grupos de Discussão com a participação de dez servidores públicos municipais que declararam possuir experiência de trabalho com PSR. Buscou-se elaborar um discurso social através da interação entre os profissionais, conforme Meinersz (2011), "busca-se, através desse discurso, numa microsituação artificial, reproduzir elementos de uma macrorrealidade social real" (p.494), além de entender o significado individual e coletivo do trabalho na vida das pessoas e não apenas estudá-lo em si, separadamente daqueles que o vivenciam (TURATO, 2005).

Santos (2009) considera que, por utilizar a fala como recurso, dentro de um discurso social, o grupo de discussão permite chegar "a um tipo de

informação diferente daquela a que se chegaria com o recurso de outras técnicas" (p.93).

Os desafios para os profissionais da saúde e da assistência social

Em meio aos discursos constatados, foram definidas as seguintes categorias para análise²: o desafio da referência e da intersetorialidade; o desafio do acompanhamento; o desafio do Plano Terapêutico Idealizado; o desafio da internação e do acolhimento institucional e o desafio do reconhecimento de uma política de saúde mental para a População em Situação de Rua.

Dentre os desafios apresentados nas falas dos participantes, o que mais se evidenciou foi o da *referência*. Para estes, referência é sinônimo de moradia, família e/ou algum responsável. “[...] Um lugar, uma família. Alguém que seja responsável por [...]” (Fala dos profissionais).

Conforme afirma Pitta (2001), para a construção da autonomia do indivíduo no exercício de suas funções sociais, a assistência em saúde mental deve propor a descentralização da atenção. Para a autora, a intersetorialidade e interdisciplinaridade emergem como possibilidade de produção de cidadania e vida. O que ocorre é a fragmentação da demanda reduzindo-a a práticas setoriais, desconsiderando sua inter-relação com a totalidade social em que está imersa.

O atendimento em saúde mental se mostra vinculado à necessidade de uma referência para além do demandatário, entretanto, atender pessoas com problemas de foro psiquiátrico é uma tarefa complexa e que não deve ser pensada isoladamente, logo as respostas devem ser conjuntas (BRASIL, 2003).

As ações intersetoriais ainda são mínimas e os atendimentos acabam sendo pontuais a determinadas situações e a intervenção mediatizada para a resolutividade de casos, com pouca construção de estratégias que repensem a organização e oferta do serviço a essa população vulnerável.

Nesse sentido, o desafio da referência se mostra relacionado à precária referência da intersetorialidade, fortalecendo a setorialização das ações, fadando-as a respostas imediatas exigidas aos serviços. Os participantes evidenciaram

² Análise de conteúdo proposta por Bardin (1977).

esse frágil vínculo com outros setores, o que os tencionam a responderem às demandas populacionais sem elaborarem estratégias conjuntas que correspondam às reais necessidades de quem necessita do atendimento. Nessa direção, o que se observa, é que tais condutas negligenciam os indivíduos demandantes.

Para Junqueira (2004, p. 26), “a complexidade dos problemas sociais exige vários olhares, diversas maneiras de abordá-los, aglutinando saberes e práticas para o entendimento e a construção integrada de soluções que garantam à população uma vida com qualidade”.

Os participantes destacaram a importância do diálogo entre os setores, não em sentido vertical, onde um ensina e o outro aprende o “como fazer”, mas em reconhecimento a uma demanda que transita entre os serviços, buscando por alternativas e soluções. As falas alinham-se à perspectiva abordada por Serafino; Luz (2015) que entendem a intersetorialidade como modo de realizar serviços articulando saberes e fazeres.

O desafio da referência aponta para o necessário deslocamento dos serviços à realidade vivida pela população-alvo das ações governamentais. Talvez, seja esse movimento a resposta que os agentes públicos buscam para o problema da referência, extrapolando a setorialidade e adaptando-se às transformações que requerem novas concepções de cuidado e atenção em saúde.

Cavalcanti, *et al.* (2001, *apud* PAGOT, 2012) “ênfatizam que os profissionais não devem se restringir à doença, mas à reabilitação [...]” (p.88). Para tanto, as autoras ressaltam a necessidade de haver uma equipe de profissionais de diversas áreas o que não exige necessariamente que estejam alocados em um único equipamento, mas que colaborem para o desenvolvimento de ações conjuntas que os casos requerem, somente assim, é possível materializar a referida intersetorialidade.

Portanto, o desafio da referência aparece como o desafio que as equipes enfrentam na organização dos serviços e o desenvolvimento de práticas intersetoriais. O desafio do *acompanhamento*, também abordado, toca em questões muito próximas à necessidade de uma referência institucional.

[...] eles (PSR) tem dificuldade em dar continuidade no tratamento, porque eles vêm pra cá, às vezes encaminhados por alguém, por alguma instituição e a gente

faz o acolhimento [...] só que depois ele vai embora, então fica difícil de a gente acompanhar [...] o interesse deles é a medicação (Fala dos profissionais).

Em termos sociohistóricos, romper com as velhas práticas em saúde mental, ainda é um desafio para os profissionais. Conforme aponta Carneiro Júnior *et al.* (1998), a PSR assume dimensões quanti e qualitativamente novas à realidade urbana, sendo que a rua, para esses sujeitos, passa a ser lugar de referência e espaço de relações. Assimilar essa realidade às condições dos serviços que, historicamente foram constituídos para atender àqueles que se dispusessem ao tratamento, é uma tarefa complexa e que perpassa os limites de atuação dos servidores e se transfere a uma compreensão ainda maior, seja por parte dos legisladores e gestores das políticas públicas e até da sociedade em geral.

Esse grupo populacional apresenta especificidades que fogem às características apresentadas pelo setor de saúde, gerando demandas de diversas ordens na procura por atendimento (BORYSOW; FURTADO, 2013).

O que se revela é que ainda há uma clara relação do atendimento à “loucura” com a instituição psiquiátrica como um poder dominante. Os pacientes, embora não reconheçam seus transtornos mentais, recorrem à psiquiatria em momentos de surtos para a estabilização do quadro clínico.

O acompanhamento em saúde mental à PSR se apresenta através da prática setorial e/ou manicomial e apenas reduz impactos em um determinado lapso temporal, minimizando as crises dos pacientes. Há um evidente incômodo dos participantes em relatar essa “frustrante” experiência, demonstrando que há um movimento no interior da política municipal de saúde que busca refletir sobre as necessárias transformações que deverão ocorrer na oferta do serviço àqueles que padecem de sofrimento psíquico e estando em situação de rua.

Portanto, o desafio do acompanhamento aqui analisado, coloca-se mais como um problema organizacional do Sistema Único de Saúde – SUS (busca ativa) do que do acesso dos usuários/pacientes aos serviços. Tal desafio desloca-se para a adaptação ou estabelecimento de uma nova cultura dos serviços da rede intersetorial – saúde, assistência social e outras – à compreensão da rua como um espaço de construção sociocultural da PSR e espaço de acompanhamento profissional a esses indivíduos.

Pensar o trabalho com PSR é deslocar-se para um campo repleto de tensões e interesses. Tensões no sentido de buscar uma “adesão voluntária” de indivíduos que, por seus poucos vínculos sociais se demonstram, em maior parcela, resistentes em aceitar o tratamento proposto (PAGOT, 2012). Por outro lado, no pano de fundo, os interesses de uma sociedade que exige dos governantes a resolução desse “problema, por meio de ações de limpeza urbana, higienização social, mascarada em ações de cunho assistencialista (SILVA, 2005; SERAFINO; LUZ, 2015).

Nesse sentido, os trabalhadores discorrem sobre suas expectativas em um plano *terapêutico idealizado*, onde os pacientes ao aderirem ao acompanhamento institucional, devem atender a determinados critérios acordados junto aos profissionais, buscando melhora em seu quadro de saúde/reabilitação.

Tais práticas, conforme apresentadas, tendem a setorializar as ações e criar uma dependência (tutela) dos assistidos a um plano de tratamento que, por vezes, não contempla seus reais interesses e necessidades. Tal situação exige um constante exercício de (re)aprendizado por quem a opera.

A grande preocupação dos servidores é atender à missão (objetivos do programa) da instituição de saúde aos quais prestam seus serviços. Entretanto, as demandas multifacetadas e o público usuário distinto apresentam-se como um desafio na condução das ações.

Para Borysow; Furtado (2013), a atuação dos trabalhadores de saúde é influenciada pelos diferentes olhares que se têm sobre esse público, podendo “facilitar ou dificultar o acesso aos serviços” (p.39). Embora os participantes demonstrem clareza no senso de missão da instituição de saúde e defendam um projeto terapêutico idealizado, atualmente conta com pouca adesão e continuidade pela PSR, tornando-se um entrave no trabalho das equipes de saúde.

O olhar social sustentado a essa população ainda é o do ajustamento (poder), diferente do proposto nas legislações (autonomia e emancipação). Paradoxalmente, o plano terapêutico idealizado é aquele que, busca retirar essas pessoas de sua condição de rua, institucionalizando-as em serviços públicos de acolhimento, família e/ou redes sociais de apoio, desconsiderando seus graus de autonomia frente às decisões institucionais, culpabilizando-as pela não

participação ao tratamento proposto e mantendo-as sem protagonismo. Busca-se enquadrá-las em um tipo ideal de ser humano, ser social!

Os discursos dos participantes alinham-se às relações de poder, muito bem abordadas por Foucault (1997). As práticas de poder funcionam na estrutura social como forma de ajustar os indivíduos a uma dada “normalidade” socialmente aceita e compartilhada. As relações estabelecidas nesse contexto, demonstrarão o verdadeiro exercício daqueles que exercem o poder sobre os demais.

O plano terapêutico idealizado como mecanismo de controle e poder não tem surtido efeitos concretos com a PSR, conforme observado. Enquanto as ações para essa população forem pensadas de forma fragmentada, setorializada e sob a perspectiva do profissional que se ocupa delas, a potência do trabalho ficará submetida à constante frustração e enfado, criando uma dependência dos assistidos e dos profissionais às práticas e discursos institucionais, sem resolutividade e concretude.

Institucionalizar essa população dentro dos muros dos serviços, como proposta de tratamento, é mantê-la distante de um projeto terapêutico singular de superação de sua condição vulnerável.

As equipes de saúde mental são chamadas, como primeiro recurso na perspectiva de restabelecer a *velha ordem*. O campo da Reforma Psiquiátrica configura-se como arena de constante embate e disputa, pois, enquanto há pressão política e social para o internamento dos indivíduos, há uma resistência dos agentes em ceder ao retrocesso e à ameaça do passado. Porém, nem sempre é possível sustentar tal posição devido à correlação de forças institucionais, políticas e sociais.

Mesmo em face do movimento de desinstitucionalização após a década de 1970, não houve, de maneira relevante, uma política social de saúde que pensasse sobre o sofrimento/transtorno psíquico e o acolhimento da PSR, a qual foi crescendo de maneira expressiva nas grandes cidades do país nas últimas décadas, sendo também estigmatizada pela sua condição (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

O baixo investimento público em serviços substitutivos, força às equipes de saúde a recorrerem às velhas práticas como respostas às demandas que se lhes apresentam. Atualmente, há “mais portadores de transtornos mentais com

problemas mais complexos e menos serviços, verbas e vagas na rede de saúde pública para atender aos demandantes” (BISNETO, 2007, p.184).

Os participantes, mesmo contrários às *internações*, não mencionaram o *acolhimento institucional* na Política de Saúde. Tal dado é relevante, visto que as equipes, aparentemente, têm um olhar voltado à doença – situação clínica do paciente – modelo biomédico. Os espaços de moradia, abrigo e residência aparecem como responsabilidade da Política de Assistência Social e/ou da família do assistido.

A luta pela desinstitucionalização é um dos pilares da Reforma Psiquiátrica no Brasil (FURTADO; CAMPOS, 2005). Institucionalizar essa população em abrigos, albergues ou qualquer outra instituição que restrinja sua liberdade e autonomia, é estabelecer novas formas de “manicomização” dos corpos e das subjetividades.

Qualquer instituição que segregue, aliene e não inclua os indivíduos, estará contribuindo para a dependência e atrofia social destes. Nesse sentido, conforme aponta Neto; Amarante (2013), a “abolição dos tratamentos de cunho manicomial estão longe de serem alcançados em sua plenitude” (p.968).

O reconhecimento desse grupo social deve extrapolar as formas constituídas e estabelecidas pelas “instituições totais³”. É necessário repensar os novos conceitos e as novas formas de institucionalização, seja nos CAPS, no Hospital, na Clínica, no Acolhimento, na família, etc.

A implantação do SUS no país é um processo incompleto, dado seu advento em um contexto marcado pela expansão do neoliberalismo na agenda pública (CAMPOS, 2007). O pouco investimento de recursos financeiros no campo da Saúde Mental reafirma a ineficiência do Estado em não reconhecer a importância da constituição de uma Rede de Atenção Psicossocial que se fortaleça à luz da Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2001).

Entretanto, é notório que há profissionais engajados na transformação da cultura manicomial e, mesmo com seus poucos recursos, resistem e tencionam as estruturas institucionais e sociais, rumo à mudança dos paradigmas. A política de saúde mental é muito cara (com valores inestimáveis) e mesmo havendo

³ Goffman (2008).

forças que buscam retomar a antiga ordem, há forças resistindo, ancoradas nos ideais da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial em comunidade.

Portanto, esses servidores, com sua força e potencial de transformação e visão ampliada, que, unidos a outros agentes engajados na mesma luta, compondo espaços de discussão e construção coletiva, poderão promover o *reconhecimento e materialização de uma política de saúde mental* para a PSR na localidade e no país. A ação desses agentes é, portanto, “uma variável relevante para o sucesso das políticas” (OLIVEIRA, 2012, p. 1551).

Considerações finais

Os fenômenos “loucura” e PSR estão presentes nas várias civilizações, desde as mais antigas, às contemporâneas, e estabelecem uma relação histórica muito próxima entre si. No desenvolvimento das sociedades ocidentais, os indivíduos que manifestavam tais fenômenos, ora foram compreendidos e aceitos, ora incompreendidos e excluídos do convívio social.

Dada a multidimensionalidade da PSR, ainda reflete socialmente a cultura da exclusão e da segregação, presentes na história das sociedades modernas, conforme analisado por Foucault (1995).

Os problemas de saúde mental da PSR aparentemente são tratados distantes de uma condição singular do indivíduo. Cria-se um estereótipo desse grupo social, estabelecendo-se entraves gerais no cuidado e atenção em saúde, tais como: a falta de moradia, de referência familiar, de documentação, de escolha e/ou consequência de infortúnios da vida e até como uma realidade aceitável e tratável apenas com a institucionalização.

O entendimento que se tem sobre PSR ainda é incipiente no campo das políticas públicas e em especial a de saúde. “Secretarizar” e setorializar o atendimento, reafirma um campo de marginalidade desse grupo populacional nas ações governamentais, restringindo-se à prática intersetorial.

Há carências de serviços e recursos humanos em todas a esfera pública, todavia, tal limitação não deve atrofiar a demanda, reprimindo-a e escondendo-a embaixo dos pontilhões e viadutos.

Ressalta-se que, no trabalho com PSR no município de Limeira-SP, observou-se pouca interação e integração entre as diferentes políticas públicas, no sentido de estabelecer fluxogramas e intersetorialidade nas ações. Tal situação chama à atenção, pois a articulação em rede é um componente fundamental para o desenvolvimento da atenção e do cuidado a essa população usuária.

Portanto, os desafios vivenciados pelas equipes da Rede de Atenção Psicossocial no atendimento e acompanhamento à PSR que apresenta transtornos mentais, estão intrinsecamente relacionados à dificuldade em se organizarem e responderem intersetorialmente às demandas dessa parcela da população.

Sendo assim, tal situação também pode corresponder à realidade de muitos outros municípios do país, sendo uma questão prioritária na agenda política e no debate contemporâneo sobre a política de saúde mental.

Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/3i5FBqp>>. Acesso em 25 jun. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, Brasília, 2003.

CAMPOS, G. W. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar/abr. 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2YCjAYT>>. Acesso em 25 jun. 2020.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, dez. 1998. Disponível em: <<https://bit.ly/2YzgxR4>>. Acesso em 25 jun. 2020.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

_____. **Microfísica do Poder**. 11ed., Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VIII, n. 1, p. 109-122, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2YzgzZc>>. Acesso em 25 jun. 2020.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.1, p.25-36, jan. / abr. 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/3eEgFV4>>. Acesso em 25 jun. 2020.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface**, Botucatu, v.18, n.49, p. 251-260, jun. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2Zi2kac>>. Acesso em 25 jun. 2020.

MEINERZ, C. B. Grupos de Discussão: uma opção metodológica na pesquisa em educação. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 485-504, maio / ago. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/3hZNF5I>>. Acesso em 25 jun. 2020.

NETO, M. de L. A.; AMARANTE, P. D. de C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.33, n. 4, p. 964-975, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/3g5WfES>>. Acesso em 25 jun. 2020.

OLIVEIRA, A. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores de políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.46, n.6, p. 1551-73, nov. / dez. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/3eFoNo9>>. Acesso em 25 jun. 2020.

PAGOT, M. Â. **O louco, a rua, a comunidade**: as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In A. M. F. Pitta (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p.19-26. Disponível em: <<https://bit.ly/2BebigN>>. Acesso em 25 jun. 2020.

SALGADO, R. S. P. **População em Situação de Rua**: desafios dos profissionais nos serviços de Saúde Mental. 2018, 126 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas) - Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Limeira, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/389k382>>. Acesso em 25 jun. 2020.

SANTOS, M. C. P. dos. O estudo do universo escolar através da voz dos jovens: o grupo de discussão. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v.22, n.1, p. 89-103, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/3igMRjA>>. Acesso em 25 jun. 2020.

SERAFINO, I.; LUZ, L. C. X. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v.18, n.1, p.74-85, jan./jun. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/389FcPd>>. Acesso em 25 jun. 2020.

SILVA, M. B. O. “Louco de Rua” e a Seguridade Social em Porto Alegre: da (in)visibilidade social à cidadania? 2005, 148 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2VmOG4B>>. Acesso em 25 jun. 2020.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2Z9iQt8>>. Acesso em 25 jun. 2020.

VARANDA, W.; ADORNO, R. de C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.13, n.1, p.56-69, abr. 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/3g0SWi4>>. Acesso em 25 jun. 2020.

O amparo da política pública de assistência social a idosos com alguma dependência e com rede familiar frágil ou inexistente¹

Adriana Cristina Gatti; Marta Fuentes-Rojas

A literatura mostra que há uma tendência de esforços, científico-político, para ressignificações e ampliações de conceitos que envolvem a tríade envelhecimento-velhice-pessoa idosa, especialmente no que se refere à linguagem utilizada pelos atores envolvidos. Essa ressignificação tem objetivo de criar uma atmosfera menos fatalista e impactar positivamente no imaginário popular para a construção de uma cultura de solidariedade entre as diferentes gerações, tendo em vista que o aumento da longevidade humana permite que gerações diferentes vivam mais tempo, ao mesmo tempo e, portanto, compartilhem a vida na mesma sociedade.

Por tanto, considerar conceitos como velhice, envelhecimento e pessoa idosa para fundamentar as discussões, torna-se importante para compreender de que forma os cuidados às pessoas idosas com alguma dependência e com uma rede familiar frágil ou inexistente, são garantidos e ofertados pela Política de Assistência Social, na modalidade de acolhimento institucional, nas Instituições de Longa Permanência da Assistência Social (ILPI-AS) presentes nos 20 municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas.

A velhice pode ser abordada de várias maneiras, conforme é apontado por Beauvoir (1990); esta autora escreveu em 1970, aos 61 anos, um ensaio que intitulou *La Vieillesse*. Na introdução da obra apresentou o motivo que a levou a

¹ Este artigo apresenta os resultados da dissertação de mestrado, intitulada “Desafios das políticas públicas no cuidado a idosos com algum grau de dependência cuja rede familiar é insuficiente” (GATTI, 2019)

escrever sobre o tema: romper com o *conluio* de silêncio que o envolvia. Ela enfatizou que a sociedade de consumo tentava ocultar através do apelo da abundância e da ilusão da prosperidade a existência das pessoas idosas. Segundo a autora é preciso deixar audível a voz humana que a *cultura burguesa* insiste em silenciar. “Até o século XIX, nunca se fez menção aos ‘velhos pobres’; estes eram poucos numerosos e a longevidade só era possível nas classes privilegiadas; os idosos pobres não representavam rigorosamente nada” (p. 111). Nesse sentido, se a atenção à velhice já é algo frágil, a quem interessaria o cuidado de uma pessoa velha e pobre? “Não basta, portanto, descrever de maneira analítica os diversos aspectos da velhice: cada um deles reage sobre os outros e é afetado por eles; é no movimento infinito dessa circularidade que é preciso apreendê-la” (BEAUVOIR, 1990, p.16).

Para Cunha (2006), o termo envelhecimento é comumente utilizado para se referir às alterações das formas e das funções biológicas que ocorrem ao longo da vida e que acarretam algumas degenerações. Também pode ser reconhecido como um processo em que o tempo é um fator determinante para o declínio da vida. Entretanto, a ação deletéria que o tempo pode causar não ocorre em todos os organismos, no mesmo período e da mesma forma (CUNHA, 2006). Ou seja, nem todo organismo responderá da mesma maneira, mesmo que estiver sob as mesmas condições ambientais.

Há uma dualidade no entendimento do uso do termo velho ou velha para se referir às pessoas com mais de 60 anos, pois, se por um lado é comum observar que o uso desses termos pode caracterizar uma conotação negativa, pejorativa, preconceituosa e que corrobora com a manutenção de estereótipos dessa fase da vida, por outro lado há que se permitir repensar seu significado. Leite e Araújo (2017) defendem que a utilização desses termos por pessoas ligadas a esse segmento populacional, sejam elas empenhadas com pesquisa, estudo ou na execução de um serviço, pode criar uma cultura afirmativa com engajamento político para ressignificação da identidade coletiva e individual dos velhos e velhas. As autoras argumentam que a substituição desses termos por outros como idoso, idosa, terceira idade, “por si só não mudaria os critérios acionados para classificar a velhice, tampouco diminuiria os preconceitos e os estereótipos” (p.195). Segundo elas, os resultados da pesquisa sobre as representações do envelhecimento, inferiram que a utilização de outros termos

para designar a pessoa velha não passaria de eufemismo, ou recursos linguísticos para a negação da própria condição humana.

Papaléo-Netto (2016) define o envelhecimento como processo, a velhice como fase da vida e a pessoa que vivencia esse processo e essa fase como um resultado final. Nessa tríade pessoa-processo-fase cabem as mais diversas concepções teóricas, entretanto, há que considerar a natureza heterogênea, complexa e dinâmica e suas expressões na contemporaneidade.

Contextualizada a tríade que envolve o tema, fez-se necessário incorporar ao estudo alguns dados demográficos que serviram de indicadores para apresentar o cenário contemporâneo e o quão necessário se faz o planejamento de políticas públicas integradas para garantia de direitos à população idosa que aumenta com o passar dos anos. O fato da transição demográfica brasileira estar ocorrendo na metade do tempo, se comparada com o que ocorreu nos países desenvolvidos, evidencia não só a necessidade de que o planejamento público e execução das ações sejam urgentes, mas também a premência de garantia de orçamento para a cumprimento de tais ações.

Além do aumento da população idosa há o aumento dos longevos, ou seja, mais pessoas idosas vivendo um tempo maior. “Em 2015, a estimativa da expectativa de vida ao nascer para as mulheres foi de 79,1 anos e para os homens de 71,9 anos” (IBGE, 2016, p.22). Já na publicação da Tábua de mortalidade para o Brasil – 2017 (IBGE, 2018), que considera as projeções oficiais da população brasileira no período de 2016 a 2060, a expectativa de vida ao nascer, no ano de 1940, era de 45,5 anos, enquanto que em 2017 essa expectativa chegou a 76 anos. Ou seja, em 77 anos (1940 – 2017) a expectativa de vida da população brasileira teve um aumento de 30,5 anos.

Mostra também a expectativa de vida em cada idade exata. Por exemplo, uma pessoa de 60 anos, em 1940, tinha uma expectativa de vida de mais 13,2 anos; e em 2017, a expectativa de vida para a mesma idade foi de 22,4 anos, ou seja, um aumento de 9,2 anos. Se a pessoa tivesse 80 anos, a expectativa era de mais 4,3 anos; em 2017, foi de mais 9,6 anos. Além de dar visibilidade que a população brasileira está vivendo mais tempo, esses indicadores também fundamentam os estudos sobre o fator previdenciário, que é o responsável pelo cálculo do valor da aposentadoria das pessoas que contribuem no Regime Geral da Previdência Social (IBGE, 2018).

Essas projeções evidenciam que mais pessoas estão vivendo por mais tempo. Essa nova configuração da demografia vem revelando que o tempo para o final da vida se estendeu. Para Both (2006) o termo longevidade deve ser entendido como “um tempo de vida de cada espécie, pode ensejar a compreensão de que ele está em transformação, e isso vem exigir novos referenciais para o desenvolvimento” (p.1449). O autor ainda destaca que “enquanto não sabemos ainda o que fazer da velhice sadia, já se desenha perturbável à realidade daqueles que avançam em idade, perdendo vínculos e acrescentando fragilidades nas funções que os tornavam até pouco independentes” (p.1449).

A transição demográfica brasileira teve sua primeira fase deflagrada pela redução das taxas de mortalidade infantil, especialmente pelo grupo com crianças menores de 5 anos. Essa redução foi conquistada pelo enfrentamento às doenças infecciosas, respiratórias e parasitárias, através de políticas públicas e progressos da medicina, especialmente os antibióticos. Nesse sentido, além da transição demográfica, o Brasil presenciou também a transição epidemiológica das doenças responsáveis pela mortalidade da população, ou seja, o deslocamento da atenção das doenças responsáveis pela mortalidade infantil, em detrimento das doenças responsáveis pela mortalidade das pessoas idosas, considerando a degeneração típica do envelhecimento, como doenças cardiovasculares e neoplasias (IBGE, 2018).

A velhice, como uma categoria da vida, não é sinônimo de doença, mas, sem dúvida, o declínio da funcionalidade é progressivo e age limitando as capacidades físicas e cognitivas do ser humano, estendendo o tempo que necessitará de algum tipo de cuidado. A necessidade desses cuidados irá se mostrar, especialmente, quando a pessoa idosa não se demonstrar independente e autônoma para as Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária (ABVDs e AIVDs) como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, fazer compras, medicar-se, por exemplo.

Há uma questão delicada sobre o desenvolvimento ideológico de proteção aos idosos, pois historicamente, concomitantemente ao desenvolvimento industrial, o empenho protetivo foi destinado à infância e a juventude, considerando que, pelo viés natural, crianças saudáveis são patrimônios de força de trabalho e manutenção do sistema econômico (PAPALÉO-NETTO, 2016). Ao contrário, na lógica produtivista, o que se pode esperar de uma pessoa idosa?

A construção da política pública de proteção à velhice

Kingdon (2007) defende que há momentos em que existe a convergência de interesses sobre determinados temas, o que ele denomina de “janelas de oportunidade”, possibilitando a formação de políticas públicas ou mudanças nas políticas existentes. Baptista e Rezende (2015) acrescentam que “uma janela de oportunidade apresenta um conjunto de condições favoráveis a alterações na agenda governamental e de decisão e a entrada de novos temas nestas agendas” (p. 234).

Para Kingdon (2007) o termo “janela aberta” expressa o momento que um determinado assunto (problema e/ou solução) encontra a visibilidade política necessária para ser incluído como prioridade na agenda de decisões. As janelas podem ser abertas pelo surgimento de um problema, que exige solução (janela de problema) ou pelo favorecimento da dinâmica política (janela política). Segundo o autor, essas janelas são breves e escassas, e por isso funcionam como um “ímã”, exercendo o poder de atração que conecta os três elementos que compõem a dinâmica da Política Pública: o problema, a proposta e a política.

O aumento da quantidade de pessoas idosas, no início do século XX, exerceu uma “pressão passiva” que evidenciou “o problema” mundialmente. Entretanto, apenas na segunda metade daquele século, através da convocação da Organização das Nações Unidas - ONU para a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982, as convergências de interesse se tornaram mais consistentes politicamente.

Concomitantemente ao processo de redemocratização do Brasil, a organização da sociedade através de coletivos de luta (compostos pela participação popular e de instituições como a Ordem dos Advogados do Brasil, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Sindicatos, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, Movimentos Populares, entre outras) foram essenciais para pressionar o Estado para o reconhecimento dos direitos. Esses direitos reivindicados, posteriormente, foram garantidos com a promulgação da Constituição Federal de 1988, possibilitando a abertura de caminhos para que outras políticas sociais entrassem na agenda governamental através de outras

Leis e Normativas. Essas convergências podem ser constatadas pela concentração de políticas públicas destinadas à população idosa nas décadas de 1990 e 2000.

Entretanto, ao contrário do que ocorreu nessas décadas, em que o cenário político e econômico brasileiro convergiam com o aumento da proteção social, atualmente há um retrocesso com a opção por um modelo político e econômico neoliberal. Em 2016, foi aprovada pelo Congresso Nacional Brasileiro o Projeto de Lei, convertida em Emenda Constitucional nº 95, que limitou (ou congelou) os gastos públicos por 20 anos (BRASIL, 2016). Essa Emenda impactou negativamente as políticas sociais, pois, conforme corroborado por esta pesquisa, a garantia de cuidados envolve diferentes elementos, de natureza material e imaterial.

Outra alteração da legislação ocorreu no final de 2019, com a aprovação da reforma da previdência social, com a Emenda Constitucional nº 203, de 13 de novembro de 2019, que alterou o Regime Social da Previdência Social, com aumento da idade mínima para a aposentadoria e redução do valor da pensão por morte, por exemplo (BRASIL, 2019). Com isso, a vulnerabilidade social tende a intensificar, especialmente nos casos dos mais frágeis.

Nesse sentido, observa-se dois elementos iniciais presentes na construção das políticas públicas para proteção à velhice: i) a resignificação de paradigmas sobre o tema; ii) o aumento de programas, benefícios e serviços e, concomitantemente a necessidade de aumento de orçamento para garantia de sua efetivação. Contudo, embora haja o investimento do Estado para a criação dos serviços, percebe-se um terceiro elemento presente para a operacionalização dos serviços, ii) a parceria público-privada com vistas a dirimir o investimento governamental. Na pesquisa realizada com as ILPIs-AS, foi identificado que apenas uma ILPI-AS era exclusivamente pública e as demais constituídas pela parceria Estado-Organizações da Sociedade Civil.

Para contextualizar a pesquisa, considerou-se a existência de ILPIs de natureza privada, filantrópica, pública e as que mesclam naturezas diferentes, porém a pesquisa deteve-se no critério político geográfico ao escolher as ILPIs que executam serviços da política de Assistência Social, presentes nos municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas. Para melhor detalhamento, considera-se ILPIs de natureza privada aquelas que exigem do usuário ou do responsável o pagamento para o oferecimento da moradia e prestação do serviço

com objetivo de lucro financeiro; as filantrópicas são aquelas onde o pagamento não é condição fundamental para o acolhimento do usuário e as públicas são as que se mantêm através de financiamento governamental. Porém, cabe destacar que, para garantir a execução dos serviços oferecidos pela Política de Assistência Social, muitas vezes, o Estado faz parcerias com Organizações da Sociedade Civil e repassa a elas o dinheiro público para o funcionamento. Recentemente, o termo Organização da Sociedade Civil - OSC está substituindo o que outrora designava-se Organização Não Governamental - ONG.

Foi identificado nas ILPIs-AS, participantes da pesquisa, a existência de um fluxo complexo, composto por insuficiências (humanas e materiais) e estratégias de enfrentamento e gestão que se complementam para garantir a oferta e manutenção dos cuidados necessários aos idosos.

Pela lógica do Estado de Direitos, o cidadão que não prover seu sustento, deverá ser provido pelo Estado. Nesse sentido, a tendência do idoso que já apresenta necessidade de apoio para as Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária e não é capaz de manter seu autocuidado, buscará o apoio necessário naqueles que estão (ou deveriam estar) mais próximos, ou seja, a família (quando existir). Por sua vez, a família poderá apresentar situações que a caracterizem como insuficientes para prestar tais cuidados. Essas características se materializam: i) nos novos arranjos familiares, compostos por uma redução do número de filhos e pela inserção da mulher no mercado de trabalho, revelando a falta de pessoas disponíveis para prestar os cuidados; ii) pela inexistência de vínculos familiares afetivos ou de vínculos familiares prejudicados, que não conseguem sustentar a relação fraterna entre os familiares. A insuficiência familiar é agravada pela fragilização ou rompimentos dos laços afetivos e, conseqüentemente, pelo afrouxamento das responsabilidades.

Sem a responsabilização familiar e sem recursos financeiros para a contratação de um serviço de cuidados, a pessoa idosa recorre à proteção do Estado que através das políticas públicas se compromete a garantir direitos fundamentais. Entretanto, diante de tais exigências, o Estado também explicita seu orçamento insuficiente para a garantia protetiva e como estratégia de gestão faz parceria com Organizações da Sociedade Civil para prestar tais serviços, ou seja, cria uma rede indireta de cuidados. Quando ocorre essas parcerias, o financiamento público não é suficiente para a manutenção integral dessas instituições, e elas precisam de uma gestão disposta e capacitada para buscar

estratégias para complemento do orçamento com outras parcerias (públicas e/ou privadas).

Além das questões que envolvem o financiamento (materialidade) das ILPIs-AS, ao fazer o levantamento para identificação delas, para a realização da pesquisa, foi possível constatar a existência de subjetividades nessa política pública. O primeiro tópico a receber o destaque é o termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) que se propõe como substituição do vocábulo Asilo. O termo ILPI é uma tentativa de romper com os significados de depósitos, atribuídos aos Asilos, para se aproximar do termo *Long-Term Care Institution* utilizado pela Organização Mundial da Saúde e para ampliar o entendimento de que, ao propor atendimento integral às pessoas idosas, incluir-se-á a observância dos cuidados com a saúde (CAMARANO; BARBOSA, 2016). Esses elementos corroboram com a ideia de que as ILPIs-AS são instituições híbridas, ou seja, mesclam necessidades de ofertas de diferentes cuidados, como habitação, assistência social, saúde; ora são consideradas instituições, ora denominadas de lares ou residências.

As ILPIs-AS podem ser consideradas uma nova geração dos espaços que foram chamado de Asilos. São classificadas como serviço público e se desenvolve como alternativa de cuidados que outrora era perpetrado pela família ou pelas obras de caridade. Esse caráter alternativo ao cuidado familiar também pode ser entendido como substitutivo e pode ser percebido com a tendência de nomear as ILPIs-AS como Lares, Casas, Residências com intuito de dirimir associações ao abandono. Conforme Camarano e Barbosa (2016) “Muitas instituições tentam oferecer aos residentes um espaço que reproduza a vida em família. Algumas, por exemplo, se autodenominam lares. É o caso de aproximadamente 30% das instituições brasileiras” (p.483). Ao se comparar com um lar, a ILPI-AS se coloca enquanto espaço coletivo com objetivos comuns de convivência e oferta de proteção.

Além de serem associadas nominalmente a lares, a pesquisa apontou que há uma propensão entre as coordenadoras desses espaços em valorizar as relações interpessoais, especialmente entre os profissionais e os residentes, como pressuposto para garantir boa qualidade no serviço e, conseqüentemente, a proteção integral que lhe é exigida. Uma das entrevistadas, ao falar sobre o perfil dos profissionais, relatou que “[...] além de ter capacidade para desenvolver a

função, [...] tem que ter muito amor, muita paciência; essa parte humana, um olhar humano. [...].”

Na fase de contato com cada Instituição, observou-se algumas dificuldades de compreensão dos termos utilizados nas legislações vigentes. Por exemplo, recorrer ao termo *asilo* e, mesmo assim, percebeu-se certa insegurança do profissional ao informar se era ou não executora de política da Assistência Social. Esse fato pode caracterizar duas situações: a primeira com viés histórico-cultural-linguístico, pois a existência de lugares para o funcionamento de *asilos* é secular, portanto, a nomenclatura, construída e utilizada por tanto tempo, ainda cumpre a função de comunicar que é um lugar onde *vivem os idosos desamparados*.

E outro aspecto é o político, no que tange a compreensão de que, para além das obras de caridade, há a oferta de serviços enquanto direito social. Segundo Sposati (2009) “ter um modelo brasileiro de proteção social não significa que ele já exista ou esteja pronto, mas que é uma construção que exige muito esforço de mudanças” (p.17). A autora ainda afirma que a territorialidade influencia fortemente a concretização das políticas e é a partir dos sujeitos que ela se opera. Ou seja, são os sujeitos (forças vivas) que diante de seus próprios conhecimentos se aproximam ou são aproximados das diretrizes políticas e ressignificam (uns mais e outros menos) o que já lhes são familiares (SPOSATI, 2009).

Ao relatarem sobre a importância das boas relações interpessoais, ou das *tecnologias leves* (MERHY; FRANCO, 2003) para efetivação de um serviço de qualidade e, conseqüentemente um convívio harmonioso, as profissionais apresentaram elementos para uma reflexão crítica sobre a insuficiência familiar. Se esta é caracterizada especialmente pela fragilização ou inexistência de vínculos, constituídos pelo tempo, entre essas pessoas e seu grupo familiar, viver em uma ILPI-AS pode permitir a possibilidade de ressignificação das relações, senão com a família consanguínea, com outras pessoas que lhes prestarão os cuidados do dia a dia.

Sobre o isolamento atribuído à institucionalização, a pesquisa demonstrou que é o grau de dependência dessas pessoas que indicará maior ou menor contato com a comunidade. Quanto mais necessitar de apoio para as Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária, mais necessitará permanecer

na ILPI-AS, por outro lado, quanto mais autonomia tiver, maiores as possibilidades de circular pelo território, com ou sem acompanhante.

Segundo Goffman (1974) “toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo” (p. 16). No caso das ILPIs-AS pesquisadas observou-se que os limites entre elas e o *mundo* é mais pelas condições e capacidades de interação de seus residentes que pelo impedimento interno ou externo.

Por ser uma prestadora de serviço público, além das exigências da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Sanitária – RDC/ANVISA Nº 283/2005, a ILPI-AS também está submetida às Normas Operacionais Básicas e Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social- NOB-RH SUAS, que estabelece um quadro mínimo de funcionários para a execução do serviço. Segundo os dados obtidos pela pesquisa do IPEA quanto ao gasto total das ILPIs brasileiras, cerca de 52,9% é destinado ao pagamento dos salários dos profissionais; 27,5% com gastos de aluguel do imóvel, transporte e manutenção desses itens, além de água, telefone, energia elétrica, gás, materiais de escritório e combustível; alimentação aproximadamente 14% e medicamento, cerca de 5% (CAMARANO; BARBOSA, 2016, p.504).

Com base nos dados coletados na pesquisas das ILPIs-AS foi possível perceber que, de todos os funcionários envolvidos no funcionamento delas, 59% deles estão destinados aos cuidados diretos com os residentes; 26% com os cuidados indiretos e as funções administrativas somam 15%.

Segundo a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, há um *ranking* de serviços destinados aos idosos e a ILPI-AS está como última alternativa, considerando o que preconiza o Inciso V do Artigo 3º do Estatuto do Idoso: “priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência” (BRASIL, 2003).

Há pouco tempo, a necessidade do cuidado ganhou a esfera de prestação de serviço, contudo, a possibilidade de contratação de um serviço de cuidado não está disponível para todas as classes sociais, pois nem todas possuem os recursos financeiros para tal. Na ideologia capitalista, a mercadoria (e os serviços de cuidados se tornaram mercadorias) tem valores reais e simbólicos e essa variação de valores interfere diretamente na liberdade de escolha do indivíduo,

impactando na sensação da dignidade humana diretamente ligada à sensação de liberdade; sendo que a “liberdade envolve fazer escolhas dentre várias opções e nossa cultura societal não somente provê essas opções, mas também as dota de significado para nós” (Kymlicka, 1995, p. 83, apud CAMPOS, 2016, p.273). Essa (in)dignidade pode ser observada na falta de recursos da pessoa idosa para escolher sua cuidadora, por isso a oferta de serviços garantidos enquanto direito através de políticas públicas promove a efetivação da dignidade humana.

Considerações finais

Além de trazer elementos linguísticos sobre o tema que propõe a releitura de um espaço secular, o estudo apontou que a existência das ILPIs-AS garante a proteção integral a uma parcela da população que não tem acúmulo material e/ou afetivo para assegurar os cuidados necessários na última fase da vida. Mesmo com a garantia do direito à aposentadoria ou da Pensão, através da Previdência Social, ou pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), pela Assistência Social, a longevidade brasileira desafia o planejamento de políticas públicas mais integradas, considerando o baixo índice de desenvolvimento econômico agravado pela perversa desigualdade social.

No entanto, mesmo que haja uma padronização de conceitos científico-político, a subjetividade e a territorialidade ainda são elementos que podem reproduzir ou mitigar certos mitos e preconceitos sobre o tema e isso depende do grau de envolvimento da sociedade sobre os novos paradigmas impostos pela transição demográfica.

Referências

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Disponível em: <<https://bit.ly/31qvLK0>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

BAPTISTA, T.W.F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. **Caminhos para análises das políticas públicas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOTH, A. Longevidade e educação: fundamentos e práticas. In: FREITAS, E.V. (co-autoria). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006, p.1446-1455.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3gbdVid>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

_____. **Emenda Constitucional nº 103, de 13 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nov. 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3g2ihIu>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2003. <<https://bit.ly/2BKWiXD>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014**: Ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS. Diário Oficial da União, Brasília, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/3gemlVV>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

CAMARANO, A.A.; BARBOSA, P. Instituição de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está se falando? In: ALCÂNTARA, A.O.; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/31o6pMS>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

CAMPOS, L.A. Multiculturalismo: essencialismo e antiessencialismo em Kymlicka, Young e Pareck. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 18, n.42, p.266-293, maio/ago. 2016.

CUNHA, G.L. Mecanismos biológicos do envelhecimento. In: FREITAS, E.V.de (Co-autoria). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.76-101.

GATTI, A.C. **Desafios das políticas públicas no cuidado a idosos com algum grau de dependência cuja rede familiar é insuficiente**. 2019, 124 f. Dissertação (mestrado em ciências humanas e sociais aplicadas) - Faculdade de Ciências Aplicadas - Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Limeira, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3igMuVU>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Editora Perspectiva: São Paulo, 1974.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira** 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/31uKuDQ>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2017: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/3gmmCqf>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

KINGDON, J. Como chega a hora de uma ideia? In: SARAIVA, H.; FERRAREZI, E. **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006, v. 1, p 219-245.

LEITE, Â.R.L.; ARAÚJO, M.S.S.de. Significados da velhice para quem envelhece(u). **Revista Temporalis**, Brasília, ano 17, n. 33, p.193-210, jan. / jun. 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2BcI3er>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano XXVII, v.27, n. 65, set. / dez. 2003.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. de (Co-autoria). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p.3-12.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2009, p. 13-55.

Os grupos de discussão como instrumento na pesquisa qualitativa em saúde¹

Ana Carolina Diniz Rosa; Marta Fuentes-Rojas

O objetivo deste capítulo é apresentar a técnica dos grupos de discussão e sua potencialidade para produção de dados contextualizados a uma situação real, procurando compreender os fenômenos a partir das perspectivas dos sujeitos envolvidos, estando o pesquisador num processo interativo pelo contato direto com a situação estudada.

Os grupos de discussão no trabalho de campo, enquanto ferramenta de investigação possibilita coletar informações dos participantes a respeito de um determinado tema, permitindo ao pesquisador a análise daquilo que foi dito, mas também do discurso oculto. Consiste em uma entrevista realizada a todo um grupo de pessoas com o intuito de copilar informações relevantes sobre o problema de investigação. Caracteriza-se pela não diretividade, a importância de se analisar tanto o que foi dito quanto o que não foi dito, permitindo descobrir mecanismos sociais ocultos ou latentes e tem como elemento fundamental a espontaneidade (MEINERZ, 2011; CASTRO et al., 2010).

Este tipo de grupo tem um papel relevante não só para os participantes, mas também para o investigador, que tem como função a interpretação, a compreensão ou a transformação, a partir das percepções, crenças e significados, proporcionados pelos protagonistas. Weller (2006) avalia que o grupo de discussão é um método de pesquisa que privilegia as interações e uma maior

¹ Este artigo apresenta os resultados da dissertação de mestrado, intitulada “Organização da Atenção Básica de Saúde em Campinas/SP: perspectivas, desafios e dificuldades na visão do trabalhador” (ROSA, 2014).

inserção do pesquisador no universo dos sujeitos, reduzindo, assim, os riscos de interpretações equivocadas sobre o meio pesquisado.

O papel dos grupos de discussão é trazer elementos do processo de socialização através da produção de discursos, mediados pelo investigador. No processo de análise, o investigador deverá produzir um discurso global que integre os vários discursos analisados.

O objetivo principal do grupo de discussão é elaborar, na interação de seus componentes, um discurso social. Busca-se, através desse discurso, numa microssituação artificial, reproduzir elementos de uma macrorrealidade social real. Os indivíduos falam para construir o grupo, fazendo com que o mesmo não seja uma finalidade, mas uma via para compreender algo (MEINERZ, 2011, p. 494).

Castro et al. (2010) apontam que uma das vantagens na utilização dos grupos de discussão é o fato de se produzir dados que dificilmente poderiam ser obtidos por outros meios, visto que os participantes são colocados em situações reais e naturais que permitem a espontaneidade e, graças ao clima permissivo, emergem opiniões, sentimentos, desejos, os quais em situações rigidamente estruturadas não seriam manifestados. As discussões grupais possuem uma alta validade subjetiva e o formato não estruturado das discussões permite ao moderador explorar assuntos não ditos. Além disso, a produção de resultado é ágil, pois vai enriquecendo-se e reorientando-se conforme avança o processo de investigação.

Apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde - SUS, principalmente com relação ao princípio da universalidade, muitos autores têm apontado desafios e dilemas a serem enfrentados, dentre os quais destaca-se o desafio da gestão de pessoas.

Através dos grupos de discussão objetivou-se compreender os problemas e insatisfações enfrentados no cotidiano de trabalho da Atenção Básica de Saúde-ABS, a partir da visão das equipes profissionais que atuam em dois serviços da rede básica de saúde do município de Campinas/SP.

Na medida em que se tomou como ponto de partida o discurso do trabalhador, levando em consideração as reflexões sobre a sua produção no trabalho diante das políticas públicas de saúde. Esse discurso possibilitou

identificar os problemas e insatisfações enfrentados pelo trabalhador no cotidiano de trabalho, procurando compreender de que maneira a atuação do profissional contribui para uma qualificação da atenção prestada na Atenção Básica em Saúde - ABS e para a legitimação do SUS.

Dessa forma, pela importância de colocar em pauta o papel dos trabalhadores da rede pública de saúde, especialmente os da ABS, identificando como o profissional avalia sua atuação e delimita as dificuldades encontradas na produção do seu trabalho, além das expectativas e da realização pessoal e profissional. Assim, com base na realidade vivenciada na rede básica de saúde, conhecer as perspectivas que o trabalhador SUS tem a respeito da sua produção no campo da prática e as condições de trabalho que lhes são impostas. Também, aprofundar as problemáticas citadas por diversos autores a respeito da gestão de pessoal, citadas como: deficiência de recursos humanos, condições precárias de estrutura física, vínculo empregatício precarizado, falta de investimento e desresponsabilização por parte da gestão pública. Objetivou-se compreender a atuação profissional e pensar em possíveis estratégias para a qualificação destes profissionais, podendo contribuir com a melhoria do sistema.

Nesse sentido, a técnica de grupos de discussão foi fundamental para identificar e compreender a realidade vivenciada pelas equipes, uma vez que possibilitou momentos de construção e reflexão sobre a prática entre os trabalhadores, mas também produziu um discurso dialético do coletivo.

Assim, a ilustração desta experiência pode fomentar a utilização dos grupos de discussão por outros pesquisadores que objetivem acessar um discurso construído por um coletivo e, por isso, refletido e debatido, a respeito de um tema da realidade prática.

As questões teóricas que fundamentam o processo e a escolha do grupo de discussão estão relacionadas à pesquisa qualitativa, pois visam compreender a realidade humana vivida socialmente, incorporando a isso a subjetividade, a intencionalidade e o significado do objeto pesquisado e considerando a impossibilidade de neutralidade por parte do pesquisador. De acordo com Godoy (1995) parte-se de questões de interesse amplo, que vão se definindo no processo, envolve dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos. O pesquisador procura compreender os fenômenos a partir da perspectiva dos sujeitos.

O campo de pesquisa foi a rede de ABS da cidade de Campinas/SP, devido à organização da atenção básica no município. Campinas foi pioneira na abertura dos primeiros Centros de Saúde, no final da década de 70, na ampliação da cobertura, na participação da população na formulação das políticas e na inovação de arranjos democráticos de gestão. Organizou a rede básica de saúde no Modelo Paidéia no ano de 2000, com a incorporação do Agente Comunitário de Saúde-ACS à equipe de saúde, com a proposta do matriciamento da equipe ampliada (incluindo equipe de saúde mental) e acolhimento. Este panorama confere ao município um dos melhores quadros técnicos do Brasil, garantindo um destaque no território nacional e conferindo certo avanço com relação a alguns municípios e programas propostos (TRAPPÉ, 2012).

Uma consideração importante é com relação à organização da rede de saúde do município de Campinas/SP, que apresenta uma rede descentralizada, de forma que a responsabilidade pela administração dos serviços de saúde fica a cargo dos Distritos de Saúde, que são cinco: Norte, Sul, Sudoeste, Noroeste e Leste.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais que atuavam em Centros de Saúde do município, com formação de nível médio, técnico e superior, e que realizavam assistência direta ao usuário. Os critérios previamente estabelecidos para participação nos grupos de discussão foram os seguintes: Os profissionais fazerem parte da mesma equipe de referência; estarem trabalhando em conjunto há pelo menos seis meses; a reunião de equipe de referência acontecer de forma semanal ou até quinzenalmente; a equipe deveria contar, minimamente, com os profissionais Médico (Generalista ou Clínico Geral), Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Além disso, foram consideradas as equipes nas quais todos os profissionais expressassem interesse e desejo em participar do estudo.

Tendo em vista essa descentralização administrativa da rede de saúde, no projeto de pesquisa optamos por realizar um grupo de discussão com uma equipe de referência de um Centro de Saúde de dois Distritos de Saúde, totalizando dois grupos de discussão.

Durante o processo pretendeu-se facilitar que as experiências profissionais fossem explicitadas, assim como as opiniões e ideias sobre a gestão do trabalho coletivo, na tentativa de acolher todas as vozes emergentes em cada

grupo. Dessa forma, pensando em favorecer a participação da equipe, a realização do grupo de discussão aconteceu na própria unidade de saúde na qual a equipe estava vinculada e no mesmo horário da reunião de equipe de referência, para que os trabalhadores não precisassem deslocar-se e pudessem participar do grupo durante seu período de trabalho, tentando não causar prejuízo na sua rotina.

De acordo com a literatura, os encontros devem ter a duração de 1h30 a 2h00 e as considerações sobre o número de participantes nos grupos de discussão não convergem para um número exato, mas os autores consideram que o grupo deve ser suficientemente pequeno para que todos os participantes possam opinar e suficientemente grande para que haja diversidade de opiniões. Nesse sentido, considerando o critério de participação estabelecido quanto ao número mínimo de profissionais da equipe, visualizamos contar com seis participantes (nas equipes mínimas) chegando a um número de quinze nas equipes ampliadas que contém outras especialidades (Pediatra, Ginecologista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional) e com um número variável de Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem.

O grupo contou com um mediador e um observador para anotar questões relevantes, posturas dos participantes ou outros acontecimentos e percepções captadas durante o processo de grupo. Todos os grupos foram gravados e transcritos na íntegra, preservando-se a identidade dos autores nas falas, com a autorização dos mesmos.

A metodologia para análise de dados foi embasada por meio da construção de narrativas, tal como proposta por Ricoeur (*apud* Figueiredo, 2006) para ele as narrativas são construções de histórias sobre o agir humano, ou seja, a construção do enredo que dá sentido e coerência aos acontecimentos.

Nos grupos de discussão a análise está presente em todo o processo de investigação, desde a seleção dos componentes até a forma como se desenrola a discussão. O produto a ser obtido será um discurso refletido por tudo o que foi notado pelo moderador e observador. A partir daí, passa-se a realizar a análise levando a uma verdadeira interpretação do discurso. Esta análise deverá estar centrada naquilo que chama a atenção do pesquisador dada a sua relevância para o tema do estudo. Por último, os resultados da análise serão apresentados em um

informe narrativo, ou seja, a informação elaborada e organizada conceitualmente, conforme sua própria interpretação dos discursos.

De fato, a narrativa é uma estratégia de diálogo entre distintas áreas do conhecimento, com a proposição de quantificar dimensões objetivas articuladas com as dimensões subjetivas de interpretação da realidade e de superar a falsa dicotomia entre sujeito e objeto da pesquisa. Este método, pressupõe que o pesquisador parte de um conhecimento prévio sobre a realidade e, ao experimentá-la viabiliza o entrelaçamento entre teoria e prática, atribuindo sentido a partir do contato efetivo com essa realidade (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Nesta teoria há uma composição entre as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, na perspectiva da interdisciplinaridade, enquanto estratégia para abordagem de objetos complexos. Ou seja, possibilita agregar diversos pontos de vista dos grupos sociais que formam a pesquisa, garantindo a representatividade, a diversidade de posições narradas, a visão de mundo e da realidade dos sujeitos, bem como, a multiplicidade de formulações teóricas utilizadas pelo pesquisador.

Participaram dos grupos de discussão no total 16 profissionais das equipes de saúde, sendo que no primeiro grupo participaram nove profissionais e no segundo sete profissionais. Durante a observação no campo foram consideradas as diferenças entre os grupos relacionadas com a postura crítica e reflexiva diante das discussões que surgiram nos encontros.

O primeiro grupo foi realizado uma equipe de referência de um Centro de Saúde localizado no Distrito Norte do município, responsável por uma média de 6.000 pessoas, das quais, cerca de 99% tem o sistema público de saúde como único recurso para tratamento (segundo informações dos profissionais). Trata-se de uma região periférica e com poucos recursos sócio-sanitários. A área de abrangência corresponde a nove bairros e o Centro de Saúde conta com um total de 32 funcionários, divididos em duas equipes de referência. O grupo de discussão aconteceu durante a reunião da segunda equipe e estavam presentes nove profissionais, sendo: um Enfermeiro, dois ACS, um Residente de Medicina em Saúde Coletiva, um Auxiliar de Enfermagem, dois Médicos Generalistas, um Médico Pediatra e um Médico Gineco-Obstetra. Os profissionais deste grupo

mostraram-se bastantes críticos e reflexivos sobre as políticas de saúde no Brasil, inclusive da ABS.

O segundo grupo foi realizado com a equipe de referência de um Centro de Saúde do Distrito Leste. Esta unidade de saúde é responsável por uma média de 23.000 pessoas (segundo informações dos profissionais) que apresentam cerca de 70% de SUS-dependência. Trata-se de uma região das margens do centro expandido da cidade, que apresenta grandes contrastes socioeconômicos e algumas áreas de risco socioambiental e sanitário. A área de abrangência corresponde a quinze bairros e o Centro de Saúde conta com um total de cerca de 100 funcionários, divididos em quatro equipes de referência. Cada equipe conta com 14 profissionais de diferentes categorias. Também fazem parte da equipe o profissional de psicologia e de fisioterapia que realizam apoio Matricial da equipe de Saúde Mental, no entanto estas dão apoio somente a duas equipes.

Participaram deste grupo de discussão sete (7) profissionais da equipe de Saúde da Família, sendo: uma Enfermeira, uma Médica Pediatra, uma Dentista, uma Auxiliar de Enfermagem, um Educador Social, uma Médica Clínica Geral e um Técnico em Saúde Bucal. Neste segundo grupo, os profissionais demonstraram bastante sofrimento e abandono, com dificuldade para encontrar alternativas frente aos problemas e queixas, bem como para encaminhar as propostas elencadas pela equipe, pois não se assumiu o papel de líder no grupo.

O que foi identificado nos grupos de discussão

Há que se destacar uma notável diferença entre os dois grupos de discussão, pois o primeiro apresentou um funcionamento de equipe, com responsabilidade ética, organizativa e das relações de poder. Já o segundo grupo, mostrou dificuldade de reconhecer, potencializar e configurar o trabalho em equipe, funcionando com ações e decisões isoladas.

Todavia, algumas discussões foram semelhantes para as duas equipes. Os problemas e as insatisfações identificadas pelos dois grupos e que geram sofrimento no trabalho estão relacionados à escassez de recursos (humanos e materiais), excesso da demanda atendida, falta de apoio à equipe, dificuldade em reconhecer o limite da AB (do próprio serviço e do profissional) e ao contexto

político que atravessa o cotidiano do serviço, provocando instabilidade para garantir as ações conquistadas ou pretendidas.

Considerando a escassez de recursos humanos e materiais, Rosa (2014) afirma que há um descuido dos três níveis de gestão em relação à produção estética do trabalho, reforçando a ideia da saúde seletiva e confirmando a lógica do sucateamento de recursos destinados a uma população sem privilégios. Acrescenta que há uma queixa entre trabalhadores da ABS sobre uma demanda espontânea excessiva para atendimento. Uma consideração pode estar relacionada ao dimensionamento da população para a capacidade de atendimento da equipe. Ou seja, é comum observar um inchaço nas Unidades Básicas de Saúde, responsáveis pelo atendimento de um número bastante superior de pessoas adscritas em seu território.

Além disso, outro fator agravante, conforme sugere Massuda (2008), está relacionado ao descompasso entre as demandas sociais e as práticas ofertadas visto que as transformações sociais que marcam a atualidade têm produzido novas demandas em saúde e diferentes formas de relação com os processos de saúde e doença. Nesse contexto, problemas como desemprego, relacionamento familiar, condições de habitação nos grandes conglomerados urbanos, dentre outros fenômenos sociais, relacionam-se de maneira complexa com as doenças agudas e crônicas, as epidemias, a dependência química, os problemas de saúde mental, entre outros.

O que os usuários esperam dos trabalhadores em saúde modificou-se substantivamente nos últimos anos. “Se em períodos anteriores a sociedade esperava dos trabalhadores da saúde apenas que tratassem de suas doenças estabelecidas, hoje este quadro já é outro” (PINTO; COELHO, 2008, p. 324).

De fato, os usuários procuram os serviços de saúde com outras queixas e por problemas diversos, que muitas vezes dizem respeito ao contexto social, mas os profissionais ainda têm muita dificuldade em lidar, acolher e atender essas queixas. As necessidades de saúde contemporâneas são um desafio para a produção de práticas em saúde.

Com relação à falta de apoio da gestão denunciadas pelas equipes de trabalhadores da ABS, Cunha (2010) aponta que é comum a existência de um modelo gerencial baseado no controle das tarefas, programas e protocolos, com tendência a ser padronizante e quantitativo, tal qual o modelo taylorista. No

entanto, afirma que esse funcionamento submisso e acrítico é perigoso tanto para os usuários quanto para os trabalhadores que, frente a um “trabalho alienado” podem vir a desresponsabilizar-se pelas decisões das quais não participam.

O trabalho em saúde e, principalmente, segundo este autor, na Atenção Básica, exige uma autonomia relativa dos profissionais, visto que o compromisso em ser resolutivo para a maior parte dos problemas de saúde implica em abordagem específica para cada população. Nesse sentido, é importante incorporar técnicas gerenciais mais participativas e singulares. Uma das possibilidades é o gestor desempenhar a função de apoiador, que significa dar suporte à grupalidade das equipes, promover espaços de formação no manejo de conflitos, estabelecer regras claras em relação ao funcionamento dos espaços coletivos de decisão, possibilitar a reflexão sobre a própria prática, além de ser mediador das solicitações do externo (CUNHA, 2010).

A PNAB 2011 (Brasil 2011) recomenda que a UBS deva acolher e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, na tentativa de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou melhorar danos e sofrimentos, ou ainda, responsabilizar-se pela resposta mesmo que sejam ofertadas em outros pontos de atenção da rede.

O desejo de solucionar todas as demandas foi apontado pelos trabalhadores enquanto uma característica do trabalho na ABS, visto que a proximidade com o usuário e com o território produz uma vinculação e uma responsabilidade pelo cuidado da população adscrita. Isso traz uma dificuldade em reconhecer o limite do serviço (e do próprio profissional) e em anunciá-lo à comunidade. Dessa forma, a equipe assume o que é da ABS, mas também, procedimentos de outros níveis de atenção e reconhece que, nesse sentido, o atendimento prestado é de maior qualidade, por conta do vínculo e do cuidado longitudinal. Porém, a ABS tem um limite de suas possibilidades, inclusive pela tecnologia disponível.

Outra questão abordada refere-se ao contexto político e às ameaças de desmonte do sistema de saúde que causam instabilidade no trabalho, dificuldade para bancar ações conquistadas e para defender o que está garantido inclusive legalmente, causando sofrimento ao trabalhador. A equipe tem que travar uma luta diária para convencer profissionais, gestão e população sobre a importância do SUS.

Giovanella; Mendonça (2008) consideram que a diversidade de implantação de modelos de ABS e de SUS no Brasil, graças à autonomia que o município tem sobre a gestão de sua rede de saúde, trazem prejuízos no sentido de não desenvolver uma rede única de saúde, porém, flexível para comportar as singularidades territoriais. Esse fator dificulta a visualização e compreensão da rede e dos serviços de saúde, um desconhecimento de seus princípios e ideologias e, em consequência a não defesa desse sistema por parte da população. Conill (2008), ainda reconhece uma demanda excessiva de informações por parte do MS, fragilidades na gestão e na organização da rede, gerando uma rede desintegrada.

Assim, a defesa do SUS fica por conta, quase que exclusivamente, dos profissionais que, muitas vezes, lutam contra seus próprios gestores para cobrar recursos, solicitar melhorias e contestar a privatização. Essa situação acaba gerando sofrimento ao trabalhador que não consegue dar respostas efetivas para a população e acaba sendo pressionado, e ao usuário que vivencia um serviço pouco resolutivo e com baixa qualidade.

Apesar desse contexto, para os profissionais há um enfrentamento dos trabalhadores e da população, que se caracterizam como militantes e defensores do SUS, e colocam-se na contramão da política atual, procurando resistir e garantir os avanços conquistados. Não há dúvidas sobre a importância da participação, do controle social e do comprometimento na construção cotidiana de parcerias (entre gestor, trabalhador, território e rede), contudo, uma gestão centralizadora e desarticulada acarreta enorme sofrimento, principalmente, aos profissionais e deixa claro o quanto o contexto político ameaça e é capaz de desmontar, até mesmo, os projetos que vinham dando certo.

Alguns discursos enfatizaram o interesse em participar do grupo de discussão tanto pela possibilidade de poder falar do ambiente de trabalho, quanto pela provocação que o tema (permanência e defesa do SUS) despertou de forma subjetiva. Outros expressaram a valorização do profissional quando a pesquisa propõe colocar em pauta o discurso do trabalhador, reconhecendo que na prática cotidiana é ele o responsável por construir o trabalho vivo (Merhy, 2005), ou seja, construir assistência, o serviço e o SUS.

Surgiram depoimentos sobre a importância de terem participado da pesquisa, uma vez que a valorização do profissional também se dá no sentido de

que seu discurso tornar-se-á público possibilitando que outros trabalhadores se identifiquem com o que foi discutido. Relataram ainda, que apesar da equipe discutir as dificuldades e a organização do processo de trabalho com certa frequência, a técnica do grupo de discussão permitiu que os profissionais se colocassem diante dos problemas e insatisfações. Nesse sentido, os grupos concluíram que o contexto político influenciou suas práticas cotidianas, adentrando e invadindo as unidades e as equipes, atrapalhando, portanto, o processo de trabalho e influenciando na diminuição da qualidade do serviço prestado.

Considerações finais

A técnica utilizada confirma a possibilidade de esmiuçar os fenômenos, as informações e implicações dos sujeitos na dimensão do trabalho em saúde. Pensar o agir no âmbito das organizações de saúde, particularmente, nos processos produtivos dos atos de saúde, é poder identificar o modelo de produção do cuidado e sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos nessa produção.

Os participantes dos grupos de discussão conseguiram posicionar-se e descrever sem receio suas apreciações em relação ao trabalho, permitindo identificar várias questões durante a construção do discurso. Ou seja, construindo o enredo a partir das suas próprias experiências contidas nas práticas profissionais entrelaçadas entre ideias, relações e afetos.

Nos grupos de discussão, várias situações organizacionais foram explicitadas, provocando um repensar nos modelos de atenção até então estabelecidos no serviço pela própria equipe. Este é um movimento de aprofundamento de novos conceitos para analisar os processos produtivos, possibilitando redes de conexão e divergências para posteriormente construir uma nova lógica do trabalho.

Foi possível promover a crítica e a reflexão dos trabalhadores da Atenção Básica de Saúde, compreendendo que este nível de atenção pode favorecer os processos produtivos do cuidado, tendo como lugar central o profissional da saúde.

É importante destacar que essa técnica, ainda, possibilitou a flexibilidade do pesquisador para considerar a heterogeneidade dos participantes, bem como dos grupos, que, podem apresentar discursos diferenciados. E, portanto, na análise das narrativas, essa situação também foi considerada.

Cabe ressaltar que a técnica dos grupos de discussão permite o surgimento de dados que talvez não fossem possíveis com outras técnicas de pesquisa.

Visando o compromisso citado anteriormente com a qualificação da assistência e da Atenção Básica de Saúde, pode-se concluir que o grupo de discussão foi uma ferramenta que significou para cada participante encontrar um lugar de confirmação de suas ideias e experiências, bem como, de apoio para a produção da atenção em saúde.

Referências

BRASIL. **Portaria Nº 2.488/2011**. Diário Oficial da União, de 24/10/11b, p.48, seção 1, nº 204. 2011.

CASTRO, Y.P, et al. Grupos de Discusión. **Métodos de investigación en educación especial**. 2010. p.1-9.

CUNHA, G.T. Atenção Básica e o Desafio do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. 2010; 2: 29-45.

CONILL, E.M. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde**: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. 2008; 24. p. 7-27.

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde Mental na Atenção Básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP). 2006, 134 f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva). Campinas: Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas-Unicamp, Campinas, 2006.

GIOVANELLA, L, MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 575-625.

GODOY, A.S. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas / EAESP / FGV**, São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, mar. / abr. 1995.

MASSUDA, A. Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 179-205.

MEINERZ, C.B. Grupos de Discussão: uma opção metodológica na pesquisa em educação. **Revista Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.36, n.2, p. 485-504, maio/ago 2011.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora HUcited. 2005.

PINTO CA, COELHO IB. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 323-345.

ROSA, A.C.D. **A Organização da Atenção Básica de Saúde em Campinas/SP: perspectivas, desafios e dificuldades na visão do trabalhador**. 2014, 223f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas–Unicamp, Campinas, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/38gcah8>>. Acesso em: 29 jun. 2020.

TRAPPÉ, T.L. **Aposte no Postinho**. Jornal Correio Popular. Campinas, 07/07/2012.

WELLER W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.32, n.2, p.241-260, ago. 2006.

Pesquisadores como agentes de mudança na saúde¹

Priscilla Perla Tartarotti von Zuben Campos; Marta Fuentes-Rojas

Consideramos que os pesquisadores são agentes de mudanças e como protagonistas, precisam ser pensados na dimensão do cuidado: cuidar de quem pesquisa, produz conhecimento e o reproduz nos diferentes espaços e contextos. Frente ao nosso esforço reflexivo quanto aos pesquisadores, nos deparamos com a necessidade de considerar seus caminhos e descaminhos em seus estudos - desde o momento em que um determinado tema emerge em suas vidas até o momento em que o encerram ou o expandem.

À priori, isto se deu mais especificamente em um estudo envolvendo pesquisadores e estudiosos da temática da felicidade, porém, compreendemos que permeiam todos os trabalhos aqui envolvidos, assim como abrange todas as áreas, incluindo a saúde. É nesta área que nos centraremos aqui.

Ao voltarmos para a trajetória de cada pesquisador e estudioso em seus trabalhos, assim como as variáveis inerentes ao processo, recorreremos à Sociologia e nos deparamos com Bourdieu (1996) e Schütze (2010). Bourdieu (1996) define trajetória “como a serie das posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente ou por um mesmo grupo de agentes em espaços sucessivos” (p. 292). Ainda sob a concepção de Bourdieu (1996b) ressaltamos que:

[...] cada produtor, escritor, artista, sábio constrói seu próprio projeto criador em função de sua percepção de possibilidades disponíveis, oferecidas pelas categorias de percepção e de apreciação, inscritas em seu *habitus* por uma certa trajetória e

¹ Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “Um estudo sobre pesquisadores brasileiros que investigam a temática da felicidade” Campos (2018).

também em função da propensão a acolher ou recusar tal ou qual desses possíveis, que os interesses associados a sua posição no jogo lhe inspiram (Bourdieu, 1996b, p.64).

A partir da concepção de Bourdieu (1996), os agentes, no caso, os pesquisadores além de serem compreendidos como pessoas que pensam, sentem e agem, precisam ser abrangidos nas relações que estabelecem com o “outro”, em suas estruturas sociais e nas possibilidades que se mostraram disponíveis para iniciar e finalizar seus estudos e, em alguns casos, prosseguirem neles. Deste modo, a trajetória vai além de uma referência, de movimentos que transcorrem de um ponto ao outro e possíveis obstáculos, envolve também aspectos singulares e coletivos, alguns, inerentes ao processo.

Para tratarmos sobre os fatores inerentes ao processo, apontamos Schütze (2010). Para ele, “as trajetórias correspondem ao princípio de condicionamento por meio das condições socioestruturais e externamente determinantes da existência” (p.216). Condicionados, pois são eventos que aparecem, mesmo que não haja intenção. Acrescenta ainda que, na medida em que a trajetória é posta em movimento, em cada etapa que o mecanismo da trajetória põe termo é necessário que o portador da biografia (o agente de Bourdieu) saiba agir eficazmente.

Na concepção de Schütze (2010), tudo depende da forma como a pessoa (portador da biografia/protagonista/agente/pesquisador), processa teoricamente o evento experienciado. Segundo seus estudos, as trajetórias podem ser positivas ou negativas. E explica que quando as trajetórias são vividas de modo positivo, estabelecem novas posições sociais, novos espaços, em contrapartida, quando são vividas de modo negativo, reduzem de modo progressivo as possibilidades de ação e desenvolvimento.

Salientamos que é custoso ao patrimônio brasileiro ignorar o valor dos produtores do conhecimento que temos em saúde e acrescentamos que, ao apreciarmos as vivências do “outro”, ao conhecermos suas trajetórias, buscamos espaços para que o valor das experiências seja resgatado. Schütze (2010), reconhece a estrutura complexa no decorrer da trajetória e coloca que cada transformação da trajetória “traz consigo custos sociais especiais para o indivíduo em questão e para os agentes do processo de transformação”. (p. 216)

Quanto tratamos de produtores do conhecimento em saúde, precisamos considerar que suas vivências, ao serem postas em diálogo, podem servir como agentes de transformação para a experiência coletiva (Benjamin, 1987), afinal, a compreensão do outro - quando profunda e autêntica - “constitui um elemento que contribui para criar um clima próprio para a autoaprendizagem fundada sobre a experiência” (ZIMRING, 2010, p.18). Daí a sua importância: não podem se perder, tal como nos enfatizou Benjamin (1987).

Destarte, Benjamin (1987) em um texto escrito em 1985 alerta “que as ações da experiência estão em baixa” (p.114), segundo ele “estamos pobres”. Esclarece que não é que novas experiências sejam aspiradas, o que está em baixa, são pessoas que saibam contar as histórias como elas devem ser contadas, “muitas vezes como narrativas de países longínquos, diante da lareira contada de pais a netos” (p.114). Trata-se de uma pobreza de experiência que “não é mais privada, mas de toda a humanidade” (p.115).

Em consonância com esta afirmação nos deparamos McLuhan (2002) quanto à redução do discurso oral e suas críticas quanto a mecanização da escrita. Para ele:

A mecanização da escrita pela composição de tipos móveis ampliou rapidamente o âmbito da leitura disponível e do mesmo modo reduziu velozmente o hábito do discurso oral como método de aprendizado. [...] as modificações na cultura material ocasionam variações nos padrões da cultura inteira (MCLUHAN, 2002, p.156-157).

McLuhan (2002) enfatiza ainda que:

Antes da imprensa, um leitor era alguém que discernia e sondava enigmas. Após a imprensa, passou a significar alguém que corria os olhos, que se escapulia ao longo das superfícies macadamizadas do texto impresso. Hoje em dia, no final de tal processo, chegamos a aliar a habilidade de ler velozmente com a distração, em vez de com a sabedoria (p.159).

Tanto a oralidade quanto a escrita são importantes, cada uma com sua peculiaridade. Na contemporaneidade, a escrita não é sem o diálogo, assim como o diálogo não é sem a escrita. A combinação de ambos resulta em uma maior

qualidade para a aprendizagem, para o conhecimento e para as relações, quando utilizados com sabedoria. Voltamos à necessidade do diálogo – escrito e oral - no resgate daqueles que cuidam de quem precisa de cuidado. Iniciando por aqueles que produzem o conhecimento, estendendo a todos aqueles que entram em ação na vida cotidiana em diferentes contextos e espaços ou ambos.

Diálogos, o que nos dizem? Ditos e não-ditos nos expressam. Cada um do seu jeito, do seu gosto, do seu modo. Cada qual se manifesta em seu igual, na sua indiferença mostra sua ausência ou pode ser também outra sentença. Promovem alegrias, ansiedades, incertezas. Em meio aos ruídos e incompreensões percebemos sua beleza. No direito à tristeza, motivam a interação e na vivência da felicidade, mantém a ação que se faz presente.

Diálogos mediados, diálogos inesperados, diálogos conectados. Se fazem e desfazem, interagem. Promovem o encontro de almas desencontradas e semeiam a solidariedade tão necessária. Na desesperança mantém a confiança de que tudo vai dar certo. Ousados, em certa medida, acanhados em outra. Resignificam, modificam, transformam, dão sentido.

Promover meios para retomarmos o diálogo, em um exercício constante de uma escuta ativa e qualificada, vislumbrando agregar pessoas e ideias perante reflexões necessárias a despeito do que compreendemos por saúde e como esta compreensão regula nossas crenças, comportamentos e ações, é nosso esforço, nossa responsabilidade.

A despeito disso, devemos, de acordo com Morin (2005), ter clareza quanto à noção de responsabilidade do cientista, ainda que isto revele as dificuldades e complexidades que a prática científica possa levar, dentre elas, a irresponsabilidade e inconsciência. Neste caso, o que salva, segundo Morin (2005) é que não somos apenas cientistas, somos também pessoas em particular, cidadãos, seres com convicção metafísica ou religiosa, o que nos leva a imperativos morais.

Nisto, Morin (2015) nos lembra que a ciência é feita por cientistas e que estes são seres humanos, com todos os defeitos e, acrescentamos, virtudes dos seres humanos. Pessoas que, em muitas circunstâncias, dedicam-se de modo incansável em suas pesquisas e estudos, abdicando-se de outras esferas de suas vidas, na busca por novas descobertas, propostas, outras formas de se pensar e observar as coisas, a vida, o mundo. E mesmo que suas ideias sejam revistas e até

mesmo refutadas, de algum modo contribuem para o avanço da ciência, ainda que este avanço seja questionado.

Concebemos com isso, a necessidade de pensarmos cientificamente sobre possíveis responsabilidades enquanto “cientistas da saúde”, afinal, não é possível separar a ciência da vida do cientista. Em nossa concepção, o papel de cada cientista envolvido em uma pesquisa é relevante. Latour e Woolgar (1997), ao analisarem as atividades quotidianas de laboratórios de pesquisa, fazem apontamentos sobre o papel do pesquisador, para o valor da inclusão do seu comportamento nas análises das atividades desenvolvidas e nos alertam que os gestos mais insignificantes contribuem para a construção social dos fatos, visto que as pessoas que compõem estes espaços, possuem suas próprias motivações sobre o que produzem.

Para discorrermos sobre os diálogos em investigações interdisciplinares, fazemos menção à Fazenda et al (2012) as quais descrevem sobre suas práticas em um grupo de estudos e pesquisas interdisciplinares e destacam que os diálogos funcionam “como suporte para compormos e compreendermos mensagens presentes na interlocução” (p.86). Tal suporte, do mesmo modo, se tornou relevante, em um esforço mútuo, em cada trabalho envolvido nesta obra.

Ao voltarmos para o profissional da área da saúde e sua especial missão de cuidar do outro, parafraseamos as palavras de Merhy (2004), e sua menção quanto as vivências nos serviços de saúde, afirmando que as finalidades dos atos de saúde, sendo otimista, nem sempre são bem realizadas. Dentre seus apontamentos, destaca as tensões dos processos atuais de produção da saúde e possíveis efeitos disto, dentre elas, oportunamente evidenciamos o saber:

(...) a noção de que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico vem comprometendo seriamente a eficácia dessa intervenção, e, parodiando-os, podemos dizer que a “morte” da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos (Merhy, 2004, p.111-112).

A produção do conhecimento, não se faz sozinha, afinal, não é possível separar a ciência da vida do cientista. Os cientistas não são seres de neutralidade - não podemos considerar que a ciência seja neutra. Interesses pessoais e outras questões interferem neste universo, não podemos negar. Sob a perspectiva de que

não somos neutros, precisamos considerar que o pesquisador interessado no estudo da saúde, se constrói e afeta o mundo social. Como produtores deste conhecimento, estes pesquisadores são importantes e não apenas o objeto de seus estudos. Isto requer considerar as dimensões teóricas práticas e todo o campo de tensões que delas se desdobram.

Conhecer os pesquisadores - suas narrativas - é reconhecer o que perpassa seus estudos, delinea suas buscas e os transformam, na medida em que transformam o “outro”. Cada um com sua peculiaridade, cada qual em seu percurso. Neste compasso, inferimos que o saber produzido é provisório, inconclusivo, pois envolve pessoas, as quais estão em constante mudança. Ao apreciarmos trajetórias, motivações, mudanças e influências, passamos a reconhecer ainda mais, que o valor das experiências precisa ser resgatado, na percepção de que essas importam.

Antes de serem produtores de um determinado conhecimento, são pessoas. Mais do que discutir sobre sua produção intelectual, nos importa conhecer quem são estes pesquisadores, quais as suas motivações, nos direcionando para aspectos que envolvem o cuidado - assim como cuidar de quem cuida - cuidar de quem pesquisa, de quem produz e dissemina o conhecimento que temos na área da saúde. Cuidar do seu desenvolvimento e florescimento.

Considerando que a sociedade moderna se funda no conhecimento científico (MORICHKA; SHIBAYAMA, 2016) nos remetemos à Boaventura de Souza Santos (2004), ao arguir em sua obra “Conhecimento prudente para uma vida decente”:

O conhecimento científico é hoje a forma oficialmente privilegiada de conhecimento e a sua importância para a vida das sociedades contemporâneas não oferece contestação. Na medida das suas possibilidades, todos os países se dedicam à promoção da ciência, esperando benefícios do investimento nela. Pode dizer-se que, desde sempre, as formas privilegiadas de conhecimento, quaisquer que elas tenham sido, num dado momento histórico e numa dada sociedade, foram objeto de debate sobre a sua natureza, as suas potencialidades, os seus limites e o seu contributo para o bem-estar da sociedade. (SANTOS, 2004, p.17)

Santos (2004) reconhece a capacidade da ciência em oferecer conhecimento social, conferindo sentido e direção ao futuro, de outro modo, admite que sua capacidade não consiste em apenas compreender o mundo ou o explicá-lo, mas também em transformá-lo, contudo, alerta que quando isto se faz, pretende-se “imune às transformações do mundo” (p.18), um privilégio que tem levado ao infortúnio, uma vez que tem afastado a ciência e seus pesquisadores das diferentes realidades.

Ao atentarmos na figura do pesquisador avaliamos que, enquanto agentes de mudança, as relações que estes estabelecem não devem ser negligenciadas. Trazemos à tona a necessidade de boas experiências no espaço educacional, envoltas em boas práticas e a vitalidade das relações harmoniosas nestes espaços.

Vemos em Thompson (1988) sua preocupação com as experiências de todos os agentes envolvidos no espaço educacional, dentre eles, citamos: estudantes, professores, administradores e outros integrantes do corpo funcional, sendo necessário que estes se direcionem à uma relação de parceria, onde sejam companheiros de trabalho, de modo que conhecimento não seja restrito ao conhecimento, isto é, que a busca do “conhecimento pelo conhecimento” (p.20), não seja o fim último. “Ao resolver - ou pelo menos interromper - o conflito entre pesquisa e ensino, isso possibilita que o professor seja um profissional melhor” (p31).

Em sua proposta o autor estimula projetos em grupo, dentre eles enfatiza a história oral, como um meio de derrubar possíveis barreiras entre professor e aluno, aliás, entre gerações, instituições educacionais e até mesmo o mundo exterior, devolvendo “às pessoas que fizeram e vivenciaram a história um lugar fundamental, mediante suas próprias palavras” (p.22).

O que pretendemos trazer à tona é que, embora o uso de diferentes técnicas e estratégias para a aquisição do conhecimento seja notável, o processo como este é adquirido encontra-se em relevo na constituição dos saberes. Para que a apropriação do conhecimento ocorra de fato e seja aprimorado, tenha sentido e significado, faz-se necessário reconhecer que os afetos, vínculos construídos e as vivências que permeiam a tomada deste conhecimento, de fato, importam. Nos referimos a capacidade de promover um movimento que leve os indivíduos não apenas a relacionarem-se, mas a aprenderem a confiarem uns nos

outros, assim como solidarizarem-se, ressignificando aquilo que é vivido, por todos e por cada um ao mesmo tempo, perante um esforço coletivo de reciprocidade e sensibilidade.

Neste âmbito, a atitude de acolhimento e de disponibilidade nos espaços acadêmicos - ambientes em que a produção do conhecimento científico comumente se configura - conforme observa Polydoro (2000, p.147) “deveria estar presente no contexto global da universidade, refletindo-se em todas as ações da instituição e de cada membro de sua comunidade”, constatando que se isto realmente acontecer, serão produzidas neste espaço, mais do que teorias. Em um processo de transformação, as pessoas serão estimuladas a serem “comprometidas com sua formação integral e responsabilidade social” (Polydoro, 2000, p.147).

Afinal, embora a ciência acadêmica tenha conquistado um papel cada vez maior, na visão de Morichika; Shibayama (2016), os pesquisadores, como produto desta ciência, têm sido relativamente negligenciados se comparados ao conhecimento científico como produto principal. Compreendendo que somos distintos, mas não estamos separados, nos deparamos com uma ciência que precisa voltar-se e preocupar-se com seu cientista, um ser humano que se dedica a este trabalho e se constrói neste mundo em que o saber e o cuidar (de si, do outro, da natureza) tornam-se imprescindíveis.

Conhecer a trajetória dos pesquisadores em seus estudos, possui relevância social. Pode trazer contribuições em torno da necessidade do diálogo quanto a formação do pesquisador, provocar reflexões sobre caminhos para uma identidade social concernente a forma como compreendemos a saúde e aquele que a estuda, além de fornecer subsídios para discussões necessárias perante demandas sociais que venham a emergir. Isto requer colocar em relevo as relações humanas e buscar meios e espaços para que estas proposições sejam alcançadas.

Neste exercício reflexivo, sustentamos a necessidade da valorização do pesquisador da área da saúde, em um movimento capaz de unir esforços em uma nova matriz de significados para o cuidado. Boff (2005) em termos de cuidado pensa em como ele se desvela em nós:

Nós não temos apenas cuidado. Nós somos cuidado. Isto significa que cuidado possui uma dimensão ontológica, quer dizer, entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado, deixamos de ser humanos (BOFF, 2005, P.28)

Enquanto agente de mudança e no papel de levantar questões legítimas que qualifiquem o cuidado, o pesquisador precisa ser cuidado, tanto quanto suas produções. Em latim, Boff (2005) nos esclarece que traduzido para o português, significa cura, mas dá maior ênfase ao sentido do termo *cogitare-cogitatus* que significa:

[...] pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, até de preocupação pelo outro. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim, de sua vida. Cuidado significa, então, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Trata-se, como se desprende, de uma atitude fundamental (BOFF, 2005, P.29.)

Cuidado como atitude, como ação. Requer colocar em relevo o universo que nos circunda, colocar em pauta a necessidade do cuidado deste ser humano - pesquisador - que se volta para a produção do conhecimento na área da saúde. Isto se torna relevante quando consideramos que, como agente protagonista, o pesquisador é um dos principais agentes de mudanças. Nisso, avaliamos que nos afetamos o tempo todo. Isto requer reflexão constante e faz sentido quando consideramos que somos seres sociais, emocionais e de relação.

Como seres interdependentes, devemos aprender a ser mais solidários² e cuidadosos uns com os outros. Inferimos que perante tais ações teremos a possibilidade de nos transformar. Isto acontecerá na medida em que o desenvolvimento e progresso de um seja o do outro, numa caminhada de exercício e esforço contínuo, na reconstrução sobre quem somos e no papel que temos na vida um do outro.

² Ao tratar sobre solidariedade, Assman; Sung (2000), mencionam Max Pensky e a noção proposta de solidariedade como algo que “exige uma preocupação por outros/as, uma habilidade de assumir o papel do outro e de ver os interesses e bem-estar de outros como intimamente conectado com os seus próprios interesses e bem estar” (p.64).

Idealizamos com estas considerações, estabelecer novos diálogos entre os produtores do conhecimento e pesquisadores que se interessam pela temática da saúde, buscando articular os diferentes saberes, evidenciando os pontos comuns, na tentativa de rompermos com a hierarquia dos saberes constituída em nosso meio, assim como termos condições de passarmos da reflexão para a ação, uma que leve em consideração os cientistas e todo o cuidado e zelo que estes requerem.

Referências

- ASSMAN, H.; SUNG, J. **Competência e sensibilidade solidária: educar para a esperança**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- CAMPOS, P.P.T.V.Z. **Um estudo sobre pesquisadores brasileiros que investigam a temática da felicidade**. 2018, 308 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas) -Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Limeira, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2DITTU7>>. Acesso em 30 jun. 2020.
- BENJAMIN, W. **O narrador**. Magia e técnica, arte e política; ensaios sobre literatura e história da cultura. In: Obras escolhidas. São Paulo: Brasiliense, vol. I. 3ª ed., 1987.
- BOFF, L. O cuidado Essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out. /mar. 2005.
- BOURDIEU, P. **As regras da arte: gênese e estrutura do campo literário**, Tradução de Maria Lúcia Machado, São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- FAZENDA, I.C.A. et al. Práticas e pesquisas interdisciplinares: diálogo aberto e permanente no GEPI da PUC/SP. Interdisciplinaridade. **Revista do Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade**. São Paulo, v.1, n. 2, out. 2012
- LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume & Dumará, 1997.
- MCLUHAN, M.H. Visão, som e fúria. In: LIMA, L.C. (Org.). **Teoria da cultura de massa**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002, p.153-162.
- MERHY, E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137.

MORICHIKA, N.; SHIBAYAMA, S. Use of Dissertation Data in Science Policy Research. *Scientometrics*, v. 108, n. 1, p. 221-241, 2016.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. - Ed. revista e modificada pelo autor - 82 ed. - Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

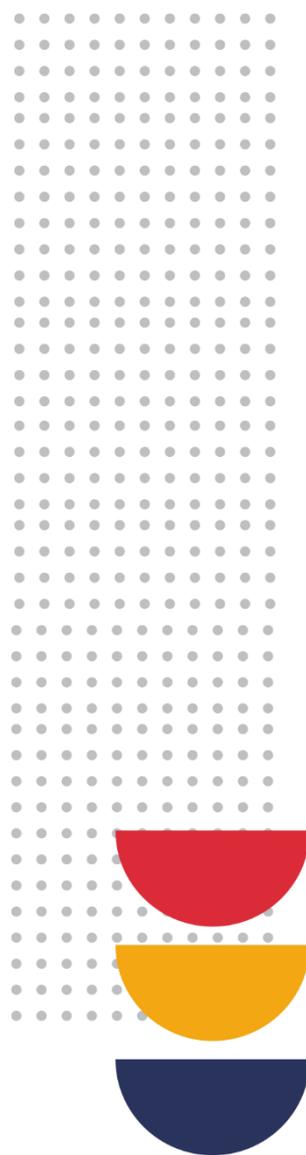
POLYDORO, S.A.J. **O trancamento de matrícula na trajetória acadêmica do universitário**: condições de saída e de retorno à universidade. 2000, 175 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SANTOS, B.S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências, In: SANTOS, B.S. (org.), **Conhecimento Prudente para uma Vida Decente**. São Paulo: Cortez Editora, 2004, p. 777-821.

SCHÜTZE, F. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In: WELLER, W.; PFAFF, N. (org.). **Metodologias da pesquisa qualitativa em Educação**. Petrópolis: Vozes, 2010, p. 210-222.

THOMPSON P. **A voz do passado**: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998

ZIMRING, F. **Carl Rogers**. Tradução e organização: Marco Antônio Lorieri. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010. (Coleção Educadores).



PARTE II

PERCEPÇÕES E INQUIETAÇÕES
PARA A QUALIFICAÇÃO DO
CUIDADO.

Diferentes usuários e seus diferentes usos de um CAPS-AD¹

Clarissa de Barros Lacerda; Marta Fuentes-Rojas

A reforma psiquiátrica brasileira deu seus primeiros passos no final dos anos 1970 como resposta crítica ao modelo de cuidado oferecido aos usuários dos serviços de saúde mental. Ela tinha como finalidade a substituição das instituições de tratamento da época por um modelo de caráter comunitário, aberto e sem rompimento dos vínculos familiares e sociais. Um desafio para o contexto político da época, em que cerca de 80% dos hospitais psiquiátricos eram particulares e tinham como fonte de recursos econômicos o Estado através das internações que realizavam. Como aparelhos substitutivos foram criados na década de 1980 os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Santos e São Paulo, respectivamente. A criação desses novos serviços assinalou um momento de mudança na forma de lidar com o sofrimento mental no Brasil e na organização da rede de atenção a esses indivíduos (TENÓRIO, 2002).

Apesar da criação dos primeiros NAPS e CAPS na década de 1980, foi apenas em 2002 que as diretrizes de funcionamento dos CAPS, em suas diferentes categorias, foram definidas. Esse processo se deu através da ratificação da Portaria GM/MS 336, a qual, além de discorrer sobre os serviços de cuidado a pessoas com transtornos mentais, fazia referência àqueles indivíduos que têm uma relação de dependência com substâncias psicoativas (TENÓRIO, 2002).

¹ Este artigo apresenta alguns resultados da dissertação de mestrado intitulada “Desentorpe(sendo)”: Significações Sobre um CAPS AD para Usuários em Acompanhamento (LACERDA, 2016).

O CAPS para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), de acordo com as premissas da reforma psiquiátrica, é um serviço público, de atenção diária, voltado não só para o tratamento dos usuários em relação ao uso de drogas, mas também para sua reinserção familiar, social e comunitária (BRASIL, 2002). O CAPS AD propõe a quebra do modelo de cuidado tradicional, alterando a maneira de lidar com sofrimento mental e seus determinantes sociais. Serviço de lógica comunitária, o CAPS AD visa atuar no território de cobertura, ampliando o processo de cuidado aos familiares e para questões de âmbito social (SURJUS; ONOCKO-CAMPOS, 2011).

Tendo em vista a importância do CAPS AD na história de cuidado a pessoas com sofrimento mental no Brasil e seu impacto na vida desses indivíduos e familiares, buscamos identificar e discutir os diferentes usos que os usuários de um CAPS AD da cidade de Campinas fazem do serviço e o que os estimula a comparecer ao CAPS AD e dar continuidade ao tratamento. Para tanto, realizamos um estudo qualitativo com 11 usuários desse serviço e que tinham pelo menos um mês de acompanhamento no CAPS AD. Para coletar os dados lançamos mão de entrevistas semiestruturadas, as quais foram estudadas a partir do método de análise de conteúdo.

A maioria dos entrevistados são do sexo masculino, faixa etária entre 20 e 60 anos e residem com familiares. O nível de escolaridade varia entre Ensino Fundamental incompleto e Ensino Médio completo. Em relação à condição laboral, a maior parte encontra-se desempregada, e dois deles têm como parte do tratamento a participação no Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT) do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), atividade esta remunerada. A abstinência é a mais presente na situação de uso da droga, a qual varia de 2 dias a 4 meses sem o consumo da substância, sendo a droga de maior uso o álcool, seguido do crack e da cocaína.

A maior parte dos usuários entrevistados já foi internada pelo menos uma vez para tratamento do uso de drogas, seja através do CAPS ou tratamentos anteriores, assim como já foi encaminhada para o leito-noite, que é um espaço de retaguarda localizado no Núcleo de Atenção à Dependência Química (NADeQ) no SSCF. O leito-noite é utilizado por usuários em situação de risco que necessitam de um ambiente protegido para passar a noite e retomar no dia seguinte para o CAPS. Boa parte dos entrevistados tem acesso a transporte

gratuito para ir ao CAPS, e os que não usufruem de tal direito relatam ser devido a perda da documentação ou por ainda possuir registro na carteira de trabalho.

De acordo com pesquisas nacionais, é possível verificar que o perfil predominante dos usuários que procuram tratamento no CAPS AD é formado por homens separados, solteiros ou viúvos, sem atividade laborativa e que têm como droga de abuso e/ou dependência o álcool (PASSOS e CAMACHO, 1998; FARIA e SCHNEIDER, 2009; PEIXOTO *et al.*, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2013; GEAD, 2015). De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, a droga determinada com maior número de dependentes também foi o álcool, tendo o público masculino como usuários predominantes em todas as regiões do país (CEBRID, 2005).

Identificamos nas falas dos entrevistados os diferentes usos que os usuários fazem do CAPS. Tais usos estão relacionados ao tratamento, ao acesso a benefícios e direitos sociais e à utilização do espaço como local de socialização e aprendizado.

Uso do CAPS para tratamento e medicação

Para a maioria dos usuários o CAPS é utilizado como um local de tratamento para uso abusivo de drogas. No contexto do tratamento, os entrevistados destacaram duas estratégias diferentes. A primeira, e mais frequente, é a medicação, seguida do acompanhamento terapêutico e participação das atividades ofertadas pelo CAPS. O consumo de remédios foi algo bastante mencionado por esses indivíduos, tendo tais substâncias papel crucial no processo terapêutico. De acordo com algumas narrativas não seria possível continuar o tratamento sem a medicação. Um dos entrevistados relatou o seguinte: “Eu vim me recuperar aqui no CAPS mesmo [...] com a força de vontade minha e com a equipe que me acolhe aqui e os remédios [...]” (Homem, 44 anos).

O consumo de remédios é quase unânime entre os entrevistados, sendo atribuída à substância administrada função elementar para a manutenção da abstinência e êxito terapêutico. A grande maioria dos usuários manifesta ser inviável alcançar um estado de sobriedade sem o uso da medicação, como mostra o relato a seguir:

Ah!! eu acho que um pouco é o remédio que ajuda a gente aqui. Porque se eu não tivesse tomando remédio, tivesse tomando nada, nossa senhora! A gente sabe, vem aquela vontade quando não tá tomando remédio, aquela vontade de fumar. Aquela ansiedade. Não parava em casa [...] (Homem, 57 anos).

O poder crescente das prescrições médicas (HELMAN, 2009) legitima a busca por comportamentos aceitáveis e formas adequadas de se viver. Sem que seja dado espaço a uma reflexão crítica a respeito da troca entre substâncias lícitas e ilícitas por medicamentos, as pessoas vêm sendo medicalizadas constantemente. Essa tendência pode ser entendida como uma procura pela manutenção de condutas e modos de existir socialmente aceitos.

Helman (2009) chamou esse comportamento de “estrada química para o sucesso”. Nesse contexto valoriza-se a utilização naturalizada de medicações que acalmam, ajudam a dormir, mas também aceleram e potencializam a produtividade humana. Acerca do assunto ele relata que “cada vez mais, a definição de ‘sucesso’ também parece incluir agora ausência de qualquer ansiedade, preocupação, culpa, raiva e luto – emoções que eram consideradas uma parte normal da vida humana em todas as gerações passadas” (p. 185).

Sobre a necessidade de medicação relatou um usuário: “Ah cara!!! Falar um negócio, que as vezes eu percebo, mas o médico fala que não. Eu percebo que eu ainda preciso um pouco do remédio, pouquinho mais assim sabe?! [...]” (Homem, 53 anos).

Longe de querer negar o mérito da descoberta de novos remédios a partir da biomedicina e seu papel de relevância na diminuição da fissura, insônia e irritabilidade decorrentes da abstinência de drogas, buscamos, na verdade, dialogar com o outro lado da história. É inegável a importância do uso de medicamentos dentro de um CAPS AD, mas é fundamental fazer ponderações a respeito desse uso, que muitas vezes, pode desencadear em uma mera troca entre substâncias. É preciso lançar um olhar questionador a esse contexto para que não haja uma sutil mudança entre as antigas formas de contenção através da violência, para uma contenção a partir do uso de medicações (RUI, 2014), ou, como afirma Figueiredo e Onocko-Campos (2009, p. 130) a “‘psiquiatrização’ e a ‘medicalização’ do sofrimento”.

Quando questionado sobre a importância da medicação no tratamento, um usuário relatou: “Ah ela é fundamental [...] sem ela você fica, você levanta

com aquela vontade de tomar. E ela não, ela [...] mobiliza, ne?! [...]. Tira muito aquela vontade que você tem [...]” (Homem, 44 anos).

Por outro lado, pudemos observar nas conversas com os usuários, que também há um discurso crítico no que tange o uso de remédios. Embora presente em poucos entrevistados, evidenciamos colocações reconhecendo o potencial terapêutico do CAPS através de todo o conjunto de ações e, inclusive, críticas em relação à importância descomedida que é transferida aos fármacos. Afirmações a respeito da dependência de medicamentos e da troca de uma droga pela outra também se fizeram presentes, como mostram as seguintes falas:

Ou então, a gente tá lá, a gente para de usar droga e começa a usar remédio, não vive sem remédio, é como se eu tivesse trocando uma droga por outra. Porque querendo ou não, o remédio, dependendo da pessoa ela vicia. Tem gente que é viciada em remédio, então como se fosse uma forma de eu me satisfazer daquela vontade de usar droga, entendeu?! [...] (Mulher, 20 anos).

Ontem tive que tomar medicação, eu detesto medicação. [...] quando era mais nova, passava o dia inteiro no CAPS, e eu acho assim, eu vou tá saindo de um vício, que eu sei que tá destruindo a minha vida, total, e destruindo quem tá do meu lado também, que é o crack, e vou tá entrando no vício do remédio. E é um dos piores ainda, porque abstinência eu já vi que quem é abstinente do remédio é pior ainda, chega até a agredir a pessoa que tá do seu lado e eu não quero, entendeu?! (Mulher, 27 anos).

Uma estratégia recente de intervenção a essa naturalização do uso constante e sem críticas de medicação dentro dos CAPS vem sendo experimentada através da Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Proveniente do Canadá a GAM visa o envolvimento dos usuários em seus tratamentos, fazendo-os participantes na tomada de decisões através do empoderamento e conhecimento de direitos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013).

Estes autores descrevem a GAM como uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. Com o suporte de um material impresso (Guia GAM), o objetivo é que os usuários tenham acesso a informações sobre seus tratamentos e assim possam reivindicar seus direitos,

dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas, refletindo sobre suas redes sociais e sua qualidade de vida. (p. 2890-91)

O reconhecimento das atividades do CAPS como propositivas na dinâmica terapêutica foi algo escasso nos discursos dos entrevistados. Em seu lugar, predominaram falas que desaprovavam ou não identificavam consequências relevantes a partir dessas ações. Para alguns dos usuários as atividades do CAPS servem como distração, pois os ajudam a esquecer dos problemas na medida em que proporcionam o envolvimento com atividades terapêuticas. No entanto, para a maioria, elas não fazem sentido, são chatas e pouco convidativas. Quando questionada sobre quais atividades do CAPS participa, uma usuária respondeu:

Nenhuma [risos], nenhuma. [...] Passo o dia aqui. Tem grupo, eles têm o grupo, só que tem os grupos que eu não participo, porque tipo, é de alcoólatra e tal. Ontem teve até o grupo de artesanato para fazer miçanguinha, só que e não dou conta de ficar, sabe assim, no meio de muita gente por enquanto?! Eu começo a ficar e começa um falar aqui, outro falar ali, aí aquilo vai, nossa, me perturbando, aí eu saio, entendeu?! (Mulher, 27 anos).

A respeito da desvalorização das atividades do CAPS por parte de alguns usuários, temos como hipótese que o CAPS AD, por ter sido inspirado num dispositivo de cuidado a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos (TÓFOLI, 2015), muitas vezes, infantiliza e exige de seus usuários vínculos que não são possíveis. O público que frequenta o CAPS AD, embora tenha demandas diversas e necessite de cuidados em saúde e saúde mental, não desenvolve a mesma ligação daqueles assistidos pelos outros CAPS. Acreditamos que seja necessário rever algumas atividades de forma que possam englobar questões da dinâmica dessas pessoas e que, de fato, possam auxiliar no processo de reinserção social, seja através do trabalho, restauração de vínculos familiares, entre outras questões.

Uso do CAPS para acesso a benefícios e direitos sociais

A identificação desse uso foi algo que chamou bastante atenção e proporcionou reflexões pertinentes. Tal constatação surge já na primeira entrevista realizada, que teve como sujeito de análise uma mulher, HIV positivo, usuária de crack e em situação de rua. Ao iniciar a entrevista com a frase “minha vida é uma verdadeira desgraça”, ela contou que só voltou ao CAPS após a última recaída, pois havia perdido sua documentação, e com isso, seu cartão de passagem, sem o qual não teria como ir até o serviço especializado para tratamento de HIV e pegar sua medicação. Ela contou de forma detalhada como o CAPS iria ajudá-la e todo o procedimento que deveria seguir, afirmando vigorosamente que sem a medicação ela não poderia ficar.

Eu tenho todos os meus documentos que foi justamente a assistente social daqui que me ajudou. Eu tirei todos os meus documentos, e até o passe gratuito. Era pra mim tá trabalhando lá no NOT, mas aí eu não fui. Porque eu só tava usando. Aí eles vão me ajudar de que forma? Amanhã mesmo, eles acabaram de me falar agora, que amanhã vai pedir pra o Cândido me deixar lá pra mim pegar o meu coquetel. Por isso que eu vou ainda dormir mais hoje lá [...] (Mulher, 37 anos).

Benefícios e direitos como acesso ao transporte gratuito, auxílio na retirada de documentação, alimentação e banho, foram citados várias vezes durante as entrevistas. Alguns comentaram sobre o papel desses mecanismos de assistência como complementares ao tratamento, mas sem atribuir isso a sua frequência ao CAPS. Já outros deixaram claro que sua utilização daquele espaço era em busca de tais direitos e benefícios, que em decorrência da debilidade de outras políticas públicas, não conseguiram acessar em outros serviços. A respeito do auxílio do CAPS na retirada de documentação e acesso a transporte gratuito contou uma usuária:

[...] eu mesmo, pra mim poder, vamos supor, poder gerar meus documentos, minha mãe tava desempregada, eu não trabalho, não tava trabalhando e pra mim tirar, que como não era mais a primeira via tem que pagar. Então o CAPS me ajudou pra poder não pagar, mandou uma cartinha tal. É [...] o passe que eles [...] dá para poder você não só usar aqui, mas se você precisar do passe pra poder fazer

um tratamento e precisar ir no Cândido, ou precisar em algum outro lugar, sabe?! Também [...]. (Mulher, 20 anos).

Para discutir esse tópico é vital atentar para o espaço que o SUS ocupa na sociedade brasileira e como esta lida com ele. Fruto de uma nova forma de pensar a saúde, o SUS teve como integrantes em sua elaboração intelectuais e um grupo específico da sociedade civil envolvida com o movimento sanitário (CAMPOS, 2009). Embora haja entendimento entre vários estudiosos de que o SUS é promissor no que tange à justiça social e ao bem-estar da população (CAMPOS, 2007), esse mesmo sistema carrega inúmeras contradições que repercutem no cotidiano de seus usuários. Elaborado e implementado num período de fortalecimento do neoliberalismo e crise das políticas públicas (CAMPOS, 2007), o SUS, segundo o autor, seria “uma reforma incompleta” (p. 1866).

Além das rachaduras presentes na elaboração e manutenção desse sistema, há também um certo senso comum em relação aos usuários que utilizam a rede pública, os quais são frequentemente enquadrados como de baixa renda e “susdependentes” pela própria equipe que os acolhe (ROSA; ONOCKO-CAMPOS, 2013). Concebido muitas vezes como um serviço voltado para atender as camadas mais pobres, uma vez que estes indivíduos não possuem condições financeiras de acessar um serviço privado, o SUS é relegado a último plano. Seguindo esse raciocínio, o acesso à saúde é desconsiderado como um direito, fazendo com que os serviços ofertados pelo SUS fiquem restritos, muitas vezes, às camadas mais pobres.

De acordo com o presente estudo, o CAPS AD recebe diariamente usuários com pouca ou nenhuma renda, baixa escolaridade e que apresentam demandas para além do uso abusivo de drogas. Dentre os 11 entrevistados, quatro estavam em situação de rua no dia da entrevista. É certo que não possuir um local fixo de habitação não tem o mesmo valor para todas as pessoas, sendo factível, inclusive, ter a rua como espaço de moradia. Entretanto, para os usuários em debate tal situação não era vista com satisfação, tendo chegado a essa conjunção devido a adventos em suas vidas como conflitos familiares, separação conjugal e falta de recursos econômicos (COSTA, 2014). O consumo de drogas nesses casos foi apresentado, em alguns momentos, como amenizador da situação de vulnerabilidade. Não ter um local para morar foi descrito por alguns entrevistados como um problema que além de causar danos físicos, devido a

ausência de um local protegido para passar a noite, se abrigar do frio, evitar doenças e situações de violência, também gera danos psicológicos, pois provoca sofrimento, sentimento de rejeição e solidão.

[...] o lugar lá onde eu moro, onde eu tou morando, [...], não tem recurso nenhum e de noite praticamente eu não durmo. Eu fico a noite inteira acordado. [...] Então, quer dizer, eu acho que isso daí tá fazendo muito mal pra mim no caso, né. E [...] apesar do tratamento, dos remédios que eles têm me dado né. (Homem, 60 anos).

No que tange à vida laboral, apenas um usuário está trabalhando formalmente, cinco estão desempregados e sem renda, dois realizam atividades remuneradas no NOT, dois estão afastados pelo INSS e um recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Esse quadro proporciona singularidades na forma de lidar com o serviço, visto que a carência econômica suscita demandas sociais e conseqüentemente maior necessidade de alguns dos serviços oferecidos pelo CAPS, como mostra a fala a seguir: “Pra mim eu só tava vindo aqui participando, é [...] mais pra me alimentar. Uma refeição por dia, pelo menos um almoço né. Um café da tarde. Então devido a isso, porque onde eu tou realmente não tem condição nenhuma, sabe? [...]” (Homem, 60 anos).

O perfil social e econômico desses indivíduos faz com que o uso do serviço não se limite ao campo da dependência química, agregando questões que dizem respeito aos determinantes sociais dessa problemática, ou conseqüências sociais relacionadas. É importante dizer que, de forma alguma, a utilização do CAPS para acessar uma refeição, auxílio na retirada de documentos, passe gratuito e até mesmo tomar um banho, se caracteriza como um problema, posto que tal instituição propõe a realização de um acompanhamento psicossocial. Fazemos questão de reforçar, inclusive, que tudo isso é parte da dinâmica terapêutica e são direitos desses indivíduos e não favores. Mas, o que de fato preocupa, é a exclusividade do acompanhamento no CAPS para responder tais necessidades, podendo gerar uma dependência desses usuários com o serviço e até mesmo um movimento de institucionalização. Segundo COSTA (2014,), “[...], a insuficiência de serviços públicos para atender a demanda, aliada à falta de integralidade e intersetorialidade produzem efeitos como a sobrecarga dos profissionais de saúde e a burocratização de suas práticas, além de promoção de

uma rede restrita que se retroalimenta causando a estagnação do fluxo de pacientes” (pág. 49).

Todo esse quadro evidencia uma possível desarticulação entre as políticas públicas, trazendo ao debate o papel crucial da intersetorialidade no âmbito das ações de cuidado aos usuários abusivos e/ou dependentes de drogas. Faz transparecer também a necessidade de mais pesquisas que avaliem a existência de comunicação entre os dispositivos existentes, visando contribuir com propostas inovadoras no que tange a atenção aos indivíduos em estudo.

Uso do CAPS como espaço de aprendizado e sociabilidade

Espaço de aprendizado e sociabilidade também emergiu nos diálogos dos usuários em relação ao uso do CAPS, porém de forma bem mais tímida que as demais categorias. Um dos usuários, inclusive, referiu-se ao CAPS como um local que frequenta para aprender cada vez mais e buscou deixar claro em sua fala que não precisa do CAPS para acessar outros direitos para além do tratamento ao uso de drogas. “Então, lá em casa tem comida, não venho aqui pra comer, certo?! Venho para conversar, para aprender, igual a você” (Homem, 46 anos).

No que tange a sociabilidade, ficou visível o aproveitamento daquele espaço para encontrar pessoas, amigos e preservar laços. Nesse sentido a equipe do CAPS é exaltada como amiga, posto que os amigos fora do CAPS não são mais vistos como amigos de verdade, mas sim amigos de “cachaça”. Esse quadro revela a fragilidade da rede social desses indivíduos e o afastamento do grupo de amizade em decorrência da busca por abstinência (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Sobre esse uso do CAPS, referiu um usuário: “Porque quando você precisa conversar, você tem alguém para conversar. Só isso. Assim na rua a gente não tem não. É só coisa ruim. Entendeu?” (Homem, 50 anos).

Cada categoria discutida mostra como os usuários usam ou demandam do CAPS e o que ele tem a oferecer, que de alguma forma os estimula a sair de casa, alterar rotinas, muitas vezes faltar ao trabalho e ficar longe da família para poder comparecer ao tratamento. Assim como a equipe do CAPS enxerga cada usuário de maneira singular, estes fazem o mesmo com o serviço, sendo essa

estratégia capaz de gerar vínculos que auxiliam no caminhar de cada tratamento, mas também, se não for lançado um olhar cauteloso ao contexto, pode ser estabelecida uma relação de dependência. Em toda essa dinâmica de constante frequência e acesso ao serviço, os usuários aprendem a utilizar-se dele (RUI, 2012). A partir de um estudo realizado na “cracolândia” em São Paulo, Rui identificou esse mesmo fluxo que ocorre no CAPS, porém nos espaços de uso de crack. De acordo com a autora, “ainda que agrupadas em torno do consumo e comércio de crack, é preciso ter claro que as pessoas não estão ali fazendo as mesmas coisas, nem com o mesmo objetivo e menos ainda consumindo a droga com a mesma intensidade” (RUI, 2012, p 221).

Nas observações propostas por esse artigo foi possível identificar aqueles indivíduos que vão ao CAPS a procura de soluções para sua relação com a droga, mediante uso contínuo de medicação ou por meio do conjunto de ações e estratégias que o serviço oferece. Notou-se também aqueles que, em decorrência da desigualdade social e desarticulação entre as políticas públicas, vão ao CAPS em busca de alimentação, cuidados com a higiene, auxílio no processo de retirada de documentação e acesso a benefícios. Em menor quantidade, constatou-se também os que não dispõem de uma rede social, fazendo-os conservar no CAPS laços de amizade e buscar aprendizado. Reconhecer as potencialidades do CAPS pode ser o que faz com que eles continuem frequentando esse serviço, pois mesmo sob efeito da droga ou não cumprindo o Projeto Terapêutico Singular (PTS) proposto, tais usuários organizam a própria dinâmica para continuar seu tratamento.

Considerações finais

O CAPS foi descrito pela maioria dos usuários entrevistados como um espaço para o tratamento do uso de drogas, onde o consumo de medicação tem um papel fundamental e indispensável no tratamento. A naturalização do uso de fármacos é algo frequente tanto dentro como fora do CAPS. Defendemos, nesse caso, a ampliação de atividades que busquem debater esse assunto, de forma que haja um maior empoderamento desses indivíduos em relação à administração da medicação.

Tendo em vista que o CAPS AD é uma instituição pensada para lidar com a questão do uso abusivo e/ou dependente de drogas tanto no âmbito psicológico, quanto social, ele oferta serviços que buscam atender tais demandas de maneira integrada. Com vistas ao acesso à saúde, cidadania e reinserção social, o CAPS possibilita o uso de transporte gratuito, auxilia na retirada de documentos sem custos e lança mão de atividades do tipo laborativa com retorno financeiro. Por ser um serviço de atenção diária e necessitar, muitas vezes, que o usuário passe o dia no local para verificação de sinais de abstinência, redução de danos ou para a participação de grupos terapêuticos e outras atividades, ele oferece alimentação, estratégia que visa facilitar a permanência dos usuários nesse espaço e se constitui como um direito.

Defendemos como fundamentais todas as ações supracitadas e reconhecemos sua indispensabilidade no processo terapêutico. No entanto, chamamos atenção para algumas situações identificadas. Em detrimento da vulnerabilidade social de alguns dos usuários, ao verificar a possibilidade de acesso à direitos e benefícios através do CAPS, o tratamento perde sua função terapêutica e passa a surgir como objetivo principal, a resolução de questões sociais.

Preservamos a argumentação de que esse quadro não pode ser visto de forma isolada, sendo necessário estudar em conjunto as práticas de ações em outras instituições da rede de atenção psicossocial. A intersectorialidade entre as políticas públicas mostrou-se insuficiente para lidar com a questão do uso de drogas. Embora exista articulação de rede no que tange aos encaminhamentos para tratamento no CAPS, percebemos que a co-responsabilização entre os serviços ainda é insatisfatória.

Diante tudo que foi problematizado, identificamos a necessidade de desenvolvimento de pesquisas futuras que debatam sobre a intersectorialidade entre os serviços da rede de atenção aos usuários de drogas. Faz-se também extremamente necessária uma melhor articulação entre os dispositivos de acolhimento a essas pessoas e seus familiares com vistas à promoção de autonomia e reinserção social.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília, 2002.

CAMPOS, G.W. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar/abr. 2007.

CAMPOS, G.W. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 47-55, jan/abril. 2009.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, 2005.

COMIS, M.A.C. Programa municipal “De Braços Abertos”: uma experiência de intersetorialidade. In: BOKANY, V. (Org.). **Drogas no Brasil:** entre a saúde e a justiça – proximidades e opiniões. 1 ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

COSTA, P.H.A. **Mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas:** um estudo exploratório. 2014, 110f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

FARIA, J.G.; SCHNEIDER, D.R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 3, set/dez. 2009.

FIGUEIREDO, M.D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, jan/fev. 2009.

GEAD. Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas. **Perfil dos usuários, drogas de preferência e aspectos do tratamento nos CAPsAD da cidade do Recife.** 2015.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LACERDA, C.B. **Desentorpe(sendo)”:** significações sobre um CAPS AD para Usuários em Acompanhamento. 2016, 109f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas) - Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Limeira, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3iaRpru>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

MORAES, M.A.; SILVA, R.E. Mulheres, crack e contextos de vulnerabilidades. **Estudos Universitários - Revista de Cultura**, Recife, v. 28, n.9, p. 251-269, dez. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, out. 2013.

PASSOS, S.R.L.; CAMACHO, L.A.B. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, fev. 1998.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 317-321, 2010.

RODRIGUES, L.S.A. et al. Perfil dos usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e drogas. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 7, n. 8, p. 5183-5190, ago. 2013.

ROSA, L.C.S.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.114, abr. / jun. 2013.

RUI. T. **Corpos Abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012, 335 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, 2012a.

RUI. T. Vigiar e cuidar: notas sobre a atuação estatal na “cracolândia”. *Revista brasileira de segurança Pública*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 336-351, ago. / set. 2012.

SURJOS, L.T.L.S.; ONOCKO-CAMPOS, R.A. avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, mar. 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-29, jan. / mar. 2002.

TÓFOLI, L.F. Políticas de drogas e saúde pública. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, n. 21, v. 12, ago. 2015.

Universalidade no SUS: atenção primária em saúde aos imigrantes bolivianos na UBS do Bom Retiro –SP¹

Luiza Nogueira Losco; Sandra Francisca Bezerra Gemma; Marta Fuentes-Rojas

No cenário mundial contemporâneo, os movimentos migratórios reocupam lugar de destaque nos debates acadêmicos, políticos e cotidianos. Marcam sua importância nas dinâmicas sociais e territoriais, revelando a complexidade dos processos globais atuando nas localidades (SASSEN, 2010). As discussões permeiam questões das mais variadas e, dentre elas, um tema de grande relevância é a implantação de políticas de acolhimento aos imigrantes. Estas políticas se mostram cada vez mais necessárias num contexto no qual ainda existe relutância de muitos países em ratificar certos direitos aos migrantes, contribuindo para a contínua exclusão e discriminação destes grupos populacionais (ESHIETT; PARRY, 2003).

O Brasil, inserido neste panorama, recebe novos fluxos migratórios de distintas origens que se configuram de forma diversa em seu território (PATARRA, 2005; BÓGUS; FABIANO, 2015). As profundas transformações econômicas do país nas últimas décadas, tendo como consequência possibilidades de inserção de imigrantes com menor qualificação no mercado de trabalho, incentivaram mudanças nas características dos fluxos e um incremento em seu volume (FERNANDES, 2015).

¹ Este artigo apresenta os resultados da dissertação de mestrado, intitulada "Entre o acesso e a inserção: Atenção Básica em Saúde aos imigrantes bolivianos a partir da percepção dos usuários e dos profissionais de saúde na UBS Bom Retiro" (LOSCO, 2016).

Segundo Cavalcanti et al. (2015), houve uma variação positiva de 87% no volume da imigração para o Brasil entre os quinquênios de 1995-2000 e 2005-2010, fazendo uso dos últimos dados oficiais disponibilizados no Censo demográfico de 2010. Além disso, percebe-se que as imigrações contemporâneas para o país se distinguem daquelas do final do século XIX e início do século XX, situando uma nova posição do Brasil como receptor de imigrantes (PATARRA, 2005). As direções dos fluxos se modificaram e a presença de pessoas oriundas de países considerados periféricos, como Bolívia, Haiti, Senegal, Congo, entre outros, se faz cada vez mais recorrente (BÓGUS; FABIANO, 2015). Desta forma com o Brasil reinserido na rota das migrações internacionais, desde o final do século XX, existe uma nova etapa com a significativa presença dos fluxos de imigrantes latino-americanos no país (BAENINGER, 2012).

Dados divulgados por Cavalcanti et al. (2015) sobre o Sistema Nacional de Cadastramento de Registro de Estrangeiro da Polícia Federal e do Ministério da Justiça (SINCRE), apresentados no relatório anual do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) para o ano de 2015, demonstram que foram registrados 833.682 estrangeiros. Dentre estes registros a população boliviana foi a que teve maior número de solicitações para este ano, sendo que houveram 50.357 registros permanentes concedidos (CAVALCANTI et al., 2015).

Anteriormente compreendido como um fluxo fronteiriço, a migração boliviana para o Brasil começa a ganhar novos espaços desde a década de 1980, época em que ocorreram acordos bilaterais entre os países e a população boliviana passou a se distribuir por outras regiões, principalmente no estado de São Paulo, se concentrando em sua capital (SILVA, 1997). O último Censo Demográfico (IBGE, 2010) indica que existem 21.681 migrantes bolivianos na cidade de São Paulo, oficialmente. No entanto, estes dados podem estar subenumerados, pois dada a condição indocumentada destes migrantes, muitos não são inseridos na contagem do Censo Demográfico (BAENINGER, 2012). Percebe-se ainda a discrepância dentre os dados divulgados, uma vez que o Consulado da Bolívia em São Paulo estima que haja mais de 350 mil bolivianos na cidade (BULGARELLI, 2013).

Tendo em vista estes novos fenômenos migratórios, entende-se que é necessário compreender como estas novas conjunturas e diferentes complexidades dos fluxos migratórios atuam no cotidiano das cidades (SASSEN, 2010). A presença destas distintas populações incita a discussões sobre os

conceitos de nação/nacionalidade, cidadania e o direito de acesso aos serviços básicos oferecidos pelos países de destino (SEYFERTH, 2008). Neste sentido, é fundamental ponderar sobre este novo contexto brasileiro e o papel do sistema público de saúde ao acolher a população imigrante.

Considerando o fluxo migratório de bolivianos para a cidade de São Paulo, este que se torna cada vez mais consistente, revelando a importância de suas redes sociais já consolidadas (SILVA, 1997; BAENINGER, 2012), propôs-se neste estudo compreender como se dá a inserção desta população nos serviços de saúde. Desta maneira, foi realizada uma reflexão sobre o papel dos serviços prestados pela rede de Atenção Primária em Saúde, oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e sua relação com a efetiva inserção desta população no local que escolheram como destino migratório.

Optou-se por analisar este nível hierárquico de atendimento devido as suas particularidades, sendo um atendimento que prevê um acompanhamento integral e contínuo da saúde dos usuários do sistema (STARFIELD, 1998). Para que a Atenção Primária possa ser então colocada em prática, é preciso que haja um vínculo entre profissional de saúde e paciente, para que o indivíduo tenha suporte na busca contínua pela construção de sua saúde, sendo estes laços fundamentais para que o cuidado exista neste tipo de serviço.

Surge assim a discussão sobre as diferentes demandas que são exigidas aos profissionais de saúde quando se encontram num contexto de multiculturalidade e como que suas práticas são alteradas a partir da convivência com distintas formas de compreensão do processo de saúde e doença. Cabe aqui ponderar sobre as especificidades do sistema de saúde no qual este atendimento em saúde está contextualizado, levando em consideração que uma das principais diretrizes norteadoras do SUS é a universalidade de seus serviços a todos que se encontram em território nacional.

Entretanto, mesmo com o princípio da universalidade dos serviços de saúde, torna-se necessário realizar uma distinção entre a inserção e acesso. O acesso está garantido por lei através da própria constituição do sistema de saúde brasileiro e na Constituição Federal de 1988. Por inserção, relaciona-se ao sentido de estar além do simples acesso, mas à processo vinculado ao (re)conhecimento e respeito às especificidades culturais, podendo gerar, assim, uma integração,

uma incorporação no espaço social comum no país de destino (ESHIETT; PARRY, 2003).

Deste modo, o objetivo deste estudo foi verificar, perante o princípio de universalidade dos serviços oferecidos pelo SUS, se a garantia do acesso aos serviços de saúde é suficiente para assegurar a inclusão e o acolhimento da população migrante boliviana em uma Unidade Básica de Saúde brasileira, localizada no bairro do Bom Retiro, em São Paulo.

O sistema único de saúde: Possibilidades de reterritorialização

É importante considerar que, devido às especificidades do SUS, a utilização dos serviços de saúde se torna poderoso instrumento para que a população imigrante se sinta pertencente ao país de destino. Haesbaert (2005) delinea a figura do migrante como um indivíduo desterritorializado. Contudo, o autor problematiza esse sentido de desterritorialização, não sendo somente a perda do território de origem, mas carregando forte vínculo identitário e cultural. Desta maneira, Haesbaert (2005) sintetiza quatro grandes dimensões para compreender o território, uma que entende como dimensão físico-econômica da vida humana; outra que vê como base de ordenamento político da sociedade; uma terceira que compreende como espaço de identificação cultural; e uma última que percebe o território como uma ‘experiência integral’ do espaço pelos grupos sociais (p. 35).

Esta experiência integral do espaço diz respeito a todas as outras dimensões (físico-natural, econômica, política e cultural) concomitantemente e é a que Haesbaert (2005) considera que melhor representa o processo de desterritorialização. Entretanto, como o autor pontua, não se pode tratar a entidade “migrante” de maneira abstrata, devendo-se qualificar o tipo de processo migratório no qual ele está inserido. Esta qualificação pode ocorrer devido à classe social e o grupo cultural e aos níveis de desvinculação com o território.

Estes níveis de desvinculação podem estar relacionados à:

1. Presença de uma base física minimamente estável para a sobrevivência do grupo social, o que inclui seu acesso à infraestrutura básica (redes de água, luz, esgoto e comunicações, por exemplo);
2. Acesso aos direitos básicos de cidadania, garantidos, ainda hoje, sobretudo no interior do território estatal-nacional onde o migrante esteja situado;
3. Referenciais espaciais que compõem uma identidade sociocultural (HAESBAERT, 2005, p. 38).

Ou seja, segundo Haesbaert (2005), especificidades irão caracterizar o migrante desterritorializado, que frequentemente é aquele de menor classe social e com ausência de suportes infraestruturais, culturais, identitários ou emocionais. Uma das questões levantadas é referente ao acesso aos direitos básicos de cidadania, sendo esta uma categoria para se considerar o migrante desterritorializado. Pode-se dizer desta forma, que quando existe a possibilidade deste acesso o migrante passa a apresentar a perspectiva de se reterritorializar. Isto é, ele se torna um sujeito de direitos e pode se sentir pertencente ao local de destino escolhido.

Portanto, considerando a própria construção do SUS, que rompe com as formas anteriores de organização das políticas de saúde do país e se fundamenta através do direito universal à saúde (GADELHA, 2006), o sistema público de saúde brasileiro representa um serviço social básico com abertura para que seja utilizado pelos migrantes internacionais. Como consequência, este acesso aos serviços pode vir a ser uma maneira do migrante se integrar ao país de destino. Esta integração se faz necessária, principalmente dependendo de qual migrante se está tratando.

Desta maneira, compreendendo quem são os novos imigrantes que chegam ao Brasil, faz-se necessário discutir como se dará e qual a importância da reterritorialização e qual o papel dos serviços de saúde fomentando este processo. Portanto, considerando a imigração boliviana e o processo histórico na qual está vinculada, percebe-se uma profunda vulnerabilidade social devido às condições de vida encontradas no país de destino (SILVEIRA et al., 2013). Contudo, a resiliência pode ser encontrada no transcurso da reterritorialização, por meio dos rituais festivos, da ocupação dos espaços públicos e do acolhimento encontrado no país de destino, incluindo neste sentido a possibilidade de utilização dos serviços básicos oferecidos pelo Estado.

Atenção primária em saúde e o processo de inserção da população boliviana na UBS Bom Retiro – SP

Foi possível observar o significativo potencial da rede de Atenção Primária em Saúde em inserir a população migrante no país de destino, e auxiliar no processo de reterritorialização. Isto ocorre porque, como já levantado anteriormente, este tipo de atendimento apresenta uma série de especificidades que corroboram para que haja uma maior interação entre profissionais de saúde e a população que será atendida, além de ser importante instrumento para o cuidado contínuo da comunidade.

A Atenção Básica é o primeiro nível hierárquico do acompanhamento da saúde da população instituído pelo SUS, sendo pautado pelos princípios da Atenção Primária discutidos por Starfield (1998), na qual é prevista uma atenção generalizada, acessível, integrada e continuada, centrada no indivíduo e não na doença, sendo um serviço voltado para a família e à comunidade, sem restrições de grupos de idade, gênero ou etnias. Este tipo de atendimento ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que operam de forma georreferenciada, atendendo a população de um território de abrangência pré-estipulado e parte dos profissionais de saúde que nela atuam devem residir nesta mesma área (BRASIL, 2009). Com isso, as vivências serão compartilhadas no território habitado e a troca de experiências terá local de destaque.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Augusto Rodovalho Filho, situada no bairro do Bom Retiro, em São Paulo, foi o local selecionado para se realizar a análise da relação entre os serviços de saúde e seu papel para a reterritorialização da população boliviana no país escolhido como destino. A seleção ocorreu após um levantamento inicial dentre outras UBSs, no qual foi identificado que a UBS do Bom Retiro é considerada uma referência no atendimento à população migrante perante o próprio serviço de Atenção Básica.

Ser uma referência no atendimento a esta população, muito se deve à sua localização. Situada no bairro do Bom Retiro, bairro central paulistano, a UBS se encontra em um local conhecido como sendo um território de migrantes (PAIVA, 2012). Este reconhecimento corresponde à própria história do bairro, no qual desde a instalação da Estação da Luz pertencente à Estrada de Ferro Santos-Jundiaí, em 1867, passou a ser rota (e, por vezes, local de residência) dos

imigrantes europeus que passavam pela cidade de São Paulo até chegar ao destino das lavouras de café do interior do estado (PAIVA, 2012). Assim, já estabelecido como um dos locais de acolhimento de imigrantes, fluxos de outros países, influenciados inclusive pelos processos produtivos de escala global (SOUCHAUD, 2012), começaram a integrar o processo de imigração para o bairro, reforçando seu caráter multicultural (PAIVA, 2012). Com isso, pessoas oriundas do Leste Europeu e, mais recentemente (nas décadas de 1970 e 80), imigrantes da Coreia e da Bolívia passaram a participar do cotidiano do bairro (LESSER, 1995).

Portanto, sendo o Bom Retiro um dos bairros nos quais existe uma das maiores concentrações de bolivianos em São Paulo os serviços que o integram também devem atender às demandas dessa população. Contudo, no âmbito do atendimento em saúde, apesar do reconhecimento, baseado nas diretrizes das organizações mundiais e da própria constituição do SUS, de que a saúde se constitui como um direito universal e que todos devem ter acesso, alguns obstáculos podem existir quando a população que pretende fazer uso destes serviços oferecidos pelos países é imigrante (ESHIETT; PARRY, 2003).

O contexto da migração apresenta múltiplos determinantes, com destaque os culturais, relacionados ao processo dinâmico e complexo que é a concepção do processo saúde-doença, pois cada população tem suas crenças, comportamentos e especificidades (ESHIETT; PARRY, 2003). Outro fator decisivo é o contexto social no qual o grupo de imigrantes se encontra no país de destino, além da situação legal de sua estadia no país, sendo que podem se encontrar em uma circunstância de maior vulnerabilidade, dificultando seu acesso aos serviços de saúde (ESHIETT; PARRY, 2003).

Por conta disso, intuiu-se conhecer a dinâmica da UBS Bom Retiro por meio de um estudo de caso que contou com entrevistas qualitativas semiestruturadas, partindo de perguntas disparadoras, tanto com os profissionais de saúde como com os usuários bolivianos.

Pretendeu-se investigar como os profissionais de saúde veem os bolivianos, quais são suas características evidenciadas durante o atendimento e quais são as diferenças entre atender os bolivianos e o restante da população, visto que, segundo dados fornecidos pela gerência da própria unidade de saúde, dentre as 15 mil famílias atendidas nesta UBS, estima-se que 5 mil sejam

bolivianas. Além disso, buscou-se verificar como esses profissionais compreendem o contexto de vida da população boliviana e quais as implicações para a construção da prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Com base na análise das entrevistas, pode-se dizer que, para esta equipe de profissionais, os bolivianos que utilizam os serviços de saúde são percebidos como pessoas humildes, recatadas, tímidas, que sofrem com estigmas e que vivem em uma situação de vulnerabilidade, devido ao fato de estar passando por um processo de migração, junto com o de imigração, visto que muitos dos bolivianos que migram são oriundos de áreas rurais do Altiplano Andino (SILVA, 1997). Além disso, na percepção dos profissionais de saúde, os bolivianos que vivem em São Paulo enfrentam condições de vida bem adversas, trabalhando em sua maioria nas oficinas de costura, que frequentemente servem também como local de moradia, o que faz com que o tempo de trabalho e o tempo de vida não sejam bem definidos (SILVEIRA et al., 2009).

Como já discutido por Martikainen, et al (2008), a relação entre o local de residência e a saúde da população corrobora com a ideia de que em áreas mais degradadas as pessoas tendem a adoecer com mais frequência do que pessoas que vivem em localidades que possuem maior infraestrutura. Por conta deste fator, é necessário que a equipe de profissionais de saúde perceba que a sua prática cotidiana deve ir além dos conteúdos biomédicos, incorporando também uma prática voltada para os usuários, percebendo quais são suas necessidades específicas, sendo centrada no sujeito e o reconhecendo como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, além de apresentar também interesses e necessidades específicas (STARFIELD, 1998).

Percebendo a primordialidade de se constituir estratégias para pensar o atendimento em saúde para a população boliviana, foram contratados agentes comunitários de saúde bolivianos na UBS Bom Retiro. Com a presença desses agentes na unidade desde 2005, o primeiro contato entre UBS e a população residente na sua abrangência territorial foi facilitado. Esta foi uma estratégia local para facilitar o início do atendimento, pois muitos bolivianos apresentavam receio em receber os profissionais de saúde em sua residência. Pode-se considerar, neste sentido, que esta foi uma estratégia chave para que houvesse uma troca entre imigrantes e serviço de saúde, sendo que haviam migrantes trabalhando na unidade.

Procurou-se também entender quais eram as demandas da utilização dos serviços, tanto na visão dos profissionais de saúde quanto dos usuários bolivianos. Uma conclusão muito intrigante que se apresentou nos relatos da equipe de saúde da UBS foi a utilização dos serviços de saúde como uma forma de estratégia da população boliviana provar residência no país de destino. Como para a realização do cadastro aos serviços de saúde, a partir do princípio da universalidade, não se faz necessária uma documentação muito rígida, acaba se tornando também uma prova do tempo de estadia no país, já que é emitida uma carteirinha de identificação dos usuários. Para os imigrantes indocumentados, a importância de se ter uma comprovação da data de chegada ao país de destino reside no fato de uma possível anistia para a residência no país (FERNANDES, 2015).

Outro ponto levantado pelos profissionais com relação às demandas para a utilização dos serviços referentes à recuperação da saúde se vincula, ou com as condições de vida, ou com as condições de trabalho experimentadas pela comunidade boliviana residente em São Paulo. Segundo os profissionais, as doenças com mais incidência entre a população boliviana que utiliza os serviços daquela unidade são a tuberculose e a sífilis. Este fato é também demonstrado em outros estudos sobre migração e saúde, sendo que pesquisas relacionam a vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas, como tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis às condições enfrentadas pela população migrante no país de destino (DIAS; GONÇALVES, 2007).

Do ponto de vista dos imigrantes bolivianos, a principal demanda foram as queixas referentes à demora em marcar as consultas dentro da UBS, devido à falta frequente de médicos. A maioria dos entrevistados disse que o motivo mais frequente de buscarem atendimento na UBS é o atendimento voltado para a saúde da mulher e das crianças, sendo que as mulheres procuram fazer o exame de prevenção de câncer ginecológico e muitas disseram ter feito o acompanhamento pré-natal naquela unidade. Após o parto dos filhos, muitas continuam levando as crianças pelo menos após um ano do nascimento, dando seguimento aos cuidados em saúde. Segundo Dias e Gonçalves (2007), muitas vezes as condições em que se deparam os migrantes nos países de destino, principalmente os que estão em situação de estigmatização, podem fazer com que estes evitem os serviços de saúde, recorrendo a uma automedicação ou a algum tipo de medicina alternativa.

Verificaram-se também as principais dificuldades para que o atendimento pudesse acontecer e a questão do idioma se mostra uma das principais barreiras, relatadas pelos profissionais de saúde, fato também relatado em outros estudos sobre o atendimento à população imigrante (DIAS; GONÇALVES, 2007). Contudo, percebeu-se que tanto do lado da equipe de saúde, quanto do lado dos bolivianos, estratégias são criadas para que haja esta comunicação, sendo utilizado o auxílio de migrantes que estão há mais tempo no país, ou menos a presença dos agentes comunitários bolivianos.

Estas estratégias construídas para superar as possíveis dificuldades são o que contribuem para que o atendimento e o acolhimento em saúde aconteçam. Nesta perspectiva entende-se que a equipe de profissionais precisou realizar diversas atividades que não se enquadravam efetivamente dentro das suas atribuições como profissionais de saúde, mas que foram fundamentais para que pudessem exercer o atendimento em saúde. Uma delas foi a participação em programas de rádio da própria comunidade boliviana, com falas no intuito de divulgar o trabalho realizado pela UBS Bom Retiro, aproveitando um meio de comunicação que consegue alcançar de fato esta população. Outra ação foi a realização de campanhas de saúde dentro das festas típicas da comunidade boliviana. Assim, os profissionais se aproximaram da população, o que é primordial para que a Atenção Primária possa acontecer, pois existe a necessidade da criação de vínculo e continuidade nos atendimentos. Todas estas estratégias estão voltadas para a construção de uma maior proximidade entre profissionais de saúde e a população que necessita do atendimento.

Além disso, um tema retratado foi a percepção de o imigrante boliviano se relacionar de maneira diferente com o ambiente o qual o cercam, com a natureza. Este fato tem relação com as crenças culturais e as reinvenções das heranças culturais e simbólicas. Para Dias e Gonçalves (2007), aspectos relacionados aos determinantes culturais, como os costumes e crenças influenciam os comportamentos em saúde e a necessidade percebida sobre a utilização dos serviços de saúde. O processo saúde-doença necessita ser compreendido de forma distinta, complexificando o atendimento em saúde aos imigrantes.

Com isso, não se pode dizer que apenas a legislação para assegurar o acesso aos serviços seja suficiente para que a Atenção Primária à população

imigrante aconteça. É necessário muito mais, ou seja, investir também nas condições materiais e organizacionais do trabalho nas UBS.

Considerações finais

A partir do contexto da UBS do bairro do Bom Retiro foi possível perceber as potencialidades de inserção da população migrante através da garantia do acesso a seus direitos. Tendo o (re)conhecimento de seus direitos humanos básicos, é possível que os migrantes se reterritorializarem. Contudo, para que isso ocorra, verificou-se que são necessários diversos condicionantes.

Em primeiro lugar, as políticas públicas devem agregar as especificidades da população a quem elas se referem. Se a política de Atenção Básica no Brasil não estivesse configurada de forma descentralizada, dando poder aos municípios, as ações ficariam muito mais rígidas, sem possibilidade de ações específicas para cada localidade, como visto na UBS Bom Retiro.

A equipe de profissionais de saúde da unidade criou estratégias para que o atendimento pudesse acontecer e para que a comunidade boliviana fosse inserida. As ações envolveram a contratação de agentes de saúde bolivianos, elaboração de cartilhas em espanhol, participações em rádios comunitárias e festas típicas bolivianas; ações estas que contribuíram para firmar o vínculo entre comunidade e unidade de saúde. Além disso, sem que a população migrante se reconheça como grupo, se coloque em posição de detentora de direitos e faça com que sua presença seja notada, ela não será respeitada. Observou-se, portanto, a importância do poder de organização dos próprios migrantes bolivianos que reconhecem seus direitos e os reivindicam.

Pode-se considerar, portanto, que no caso da UBS Bom Retiro e dos imigrantes bolivianos, existe a inserção como resultado de ações pontuais que aconteceram naquela localidade. Sem essas ações, dificilmente a população boliviana no Bom Retiro poderia usufruir de seus direitos relacionados ao acesso aos serviços públicos de saúde.

Após o período de estudo, pôde-se conhecer outras formas de atuação do Estado perante a necessidade de inserção destes migrantes aos serviços de saúde, como foi o caso da Política Pública de Saúde Municipal para a População

de Imigrantes de São Paulo instituída a partir da Política Municipal para a População Imigrante instituída no ano de 2016. Verifica-se, assim, um princípio de movimento do Estado pensando políticas públicas para esse grupo populacional, que tende em aumentar seu volume, visto o contexto no qual o Brasil se coloca como receptor de novos fluxos imigratórios.

A questão da universalidade dos serviços públicos de saúde no Brasil levanta a discussão sobre o atendimento em saúde também estar inserido dentre os motivos pelos quais pessoas optam por Brasil como país de destino. Mesmo apresentando aqui uma discussão resultante de um estudo exploratório, sobre a inserção de certo grupo aos serviços de saúde, alguns aspectos se mostram transversais dentro da relação entre saúde e movimentos populacionais, demonstrando que esta é uma temática que ainda apresenta escassa reflexão sobre seus desdobramentos e que desvelem as complexas faces deste processo que marca nossa contemporaneidade.

Referências

BAENINGER, R. O Brasil na rota das migrações latino-americanas. In: BAENINGER, R. (Org.) **Imigração Boliviana no Brasil**. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; FAPESP; CNPq; Unfpa, 2012.

BÓGUS, L.M.M.; FABIANO, M.L.A. O Brasil como destino das migrações internacionais recentes: novas relações, possibilidades e desafios. **Revista Ponto e Vírgula**, São Paulo, n. 18, p. 126-145, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BULGARELLI, R. **Pela 1ª vez, bolivianos superam japoneses e italianos na capital**. O Estado de São Paulo. Caderno Metrópole, A29, 5 de maio de 2013.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, A.T.; TONHATI, T. (orgs.). **A Inserção dos Imigrantes no Mercado de Trabalho Brasileiro**. Relatório Anual 2015. Cadernos do Observatório das Migrações Internacionais, Ministério do Trabalho e Previdência Social/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília, DF: OBMigra, 2015.

DIAS, S. GONÇALVES, A. Migração e Saúde. In: DIAS, S. (Org.) **Revista Migrações** – Número Temático: Imigração e Saúde. n. 1, Lisboa: ACID, p. 15-26, setembro, 2007.

ESHIETT, M.U.A.; PARRY, E.H.O. Migrants and health: a cultural dilemma. **Clinical Medicine**, v.3, n.3 may./june 2003.

FERNANDES, D. O Brasil e a migração internacional no século XXI – Notas introdutórias. In: HAESBAERT, R. Migração e desterritorialização. In: PÓVOA NETO, H.; FERREIRA, A. P. (orgs.) **Cruzando fronteiras disciplinares: um panorama dos estudos migratórios**. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Rev. Saúde Pública**, 40 (Nesp) 11-23, 2006.

LESSER, J. Welcoming the Undesirables: Brazil and the Jewish Question. Berkeley and Los Angeles, California: **University of California Press**, 1995.

LOSCO, L. N. **Entre o acesso e a inserção: atenção básica em saúde aos imigrantes bolivianos a partir da percepção dos usuários e dos profissionais de saúde na UBS Bom Retiro**. 2016, 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas) - Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Limeira, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/3fV1Pd0>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

MARTIKAINEN, P. et al. The effects of migration on the relationship between area socioeconomic structure and mortality. **Health Place**, v.14, n.2, p.361-6, jun. 2008.

PAIVA, O.C. Territórios da Migração na Cidade de São Paulo: Afirmação, Negação e Ocultamentos. In: TEIXEIRA, P.E.; BRAGA, A.M.C.; BAENINGER, R. (Orgs.). **Migrações: implicações passadas, presentes e futuras**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

PATARRA, Neide Lopes. Migrações internacionais de e para o Brasil contemporâneo: volumes, fluxos, significados e políticas. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 23-33, set. 2005.

SASSEN, S. **Sociologia da Globalização**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SEYFERTH, G. **Imigrantes, estrangeiros: a trajetória de uma categoria incômoda no campo político**. In. 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, Porto Seguro, jun. 2008.

SILVA, S.A. **Costurando Sonhos: trajetória de um grupo imigrantes bolivianos em São Paulo**. São Paulo: Editora Paulinas, 1997.

SILVEIRA, C. et al. Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, v.10, p. 2017-2027, out. 2013.

SOUCHAUD, S. A confecção: nicho étnico ou nicho econômico para imigração latino-americana em São Paulo? In: BAENINGER, R. (Org.) **Imigração Boliviana no Brasil**. Campinas: Núcleo de Estudos de População-Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPQ; Unfpa, 2012.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. Oxford: Oxford University Press, 1998.

Gestação e maternidade: Identidade das mulheres que se denominam Tentantes¹

Roberta Espote; Marta Fuentes-Rojas

A forma de entender a gestação e a maternidade sofreu inúmeras mudanças com o decorrer dos anos e nos diferentes momentos históricos e culturais por qual perpassaram. Porém, sempre foram assuntos presentes na vida em sociedade e no imaginário coletivo, suscitando as mais diversas fantasias e sentimentos.

No início, a maternidade era entendida como algo natural, biológico, instintivo, um dom que fazia parte da natureza da mulher e era a sua única possibilidade de felicidade (BADINTER, 1985). O instinto materno era ensinado para a mulher desde criança, enquanto o rapaz era preparado para ter alguma profissão, a menina era preparada para ser mãe (STASEVSKAS, 1999; COELHO, 2009).

Dessa forma, criou-se um modelo daquilo que deveria ser seguido e imitado, os aspectos relacionados com sentimentos, subjetividade, virgindade antes do casamento, fidelidade ao marido, dedicação aos filhos e esfera privada são ligados ao feminino, ao passo que a praticidade, objetividade, virilidade, sustento da família, papel protetor e dimensão pública do trabalho, se relacionam com o masculino, criando-se assim uma sociedade complementar com papéis rígidos e bem delimitados (NEGREIROS; FÉRES-CARNEIRO, 2004; TOURINHO, 2006).

¹ Este artigo apresenta os resultados da dissertação de mestrado, intitulada “O *Youtube* como espaço de compartilhamento de vivências de mulheres que se denominam tentantes” (ESPOTE, 2019).

No entanto, muitos fatores influenciaram a expansão de um modelo novo de família e, conseqüentemente, mudança no papel social da mulher, entre eles: o crescimento da economia, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a escolaridade crescente, novas configurações sociais em decorrência do capitalismo, avanços tecnológicos da medicina e maior controle da reprodução, maior rapidez na divulgação de informações e mais direitos consolidados a favor da mulher (SCAVONE, 2001; NEGREIROS; FÉRES-CARNEIRO, 2004; VARGAS, 2012).

Observa-se que o número de casais que optam por não ter filhos tem crescido, e ainda, a mulher é livre para escolher não ter filhos, todavia, não consegue se livrar das conseqüências sociais disso. O discurso social mantém a ideia da maternidade como destino inquestionável da mulher, fazendo com que a escolha de não ter filhos cause espanto e questionamentos (VÁSQUEZ, 2014).

Todavia, apesar das pressões sociais, há um conflito também com os próprios desejos. A mulher de hoje quer ser profissional, mas não abriu mão de ser mãe. De acordo com Scavone (2001) os motivos da escolha pela maternidade podem estar ligados a inúmeras causas, entre eles: a continuidade da própria existência, uma busca de um novo sentido para a vida, reconhecimento social, gosto por crianças e desejo por um modelo de família.

Para Vargas, Russo e Heilborn (2010), não ter filhos também precisa ser uma escolha, caso contrário, se torna um impedimento imposto e irá gerar sofrimento e frustração. O desejo de ter filhos e a ausência da gestação após diversas tentativas é o que se denomina de infertilidade. Segundo a World Health Organization - WHO (2019) a infertilidade se define como “uma doença do sistema reprodutivo definida pela falha em alcançar uma gravidez clínica após 12 meses ou mais de relações sexuais regulares desprotegidas. Essa afeta 10% das mulheres do mundo e ainda há pouco conhecimento sobre a infertilidade masculina.

A WHO (2019) ressalta que a infertilidade afeta também a saúde mental, há altas taxas de sintomas clinicamente significativos de depressão e ansiedade, tendências suicidas e uma forte conceituação de luto. Ainda é importante considerar o estigma oriundo dessa situação, sendo esse um assunto tabu e evitado pela maioria das pessoas.

Azevedo (2017) afirma que as redes sociais hoje têm-se transformado num espaço onde os sujeitos podem se manifestar abertamente, e que nesse contexto da infertilidade a internet pode surgir como um meio eficiente para que esses casais e ou mulheres possam expor suas angústias de forma segura, compartilhar suas vivências e se fortalecerem ao constatar que não são as únicas pessoas nessa situação, criando redes de apoio e significação.

Pela expansão virtual a rede deixa de ter somente a troca de informações e se torna um espaço de convívio, de interação entre as pessoas, comunicação e relações afetivas (PRIMO, 2006; ARRUDA et al. 2011). Outra mudança significativa é que esse contexto possibilita as pessoas a serem produtores de informação e não mais ocuparem só o papel de telespectadores. A Web 2.0 estimula e favorece a participação do usuário que passa a publicar, assistir, comentar e, avaliar o que vê na internet (PRIMO, 2006; ARRUDA et al. 2011).

Uma das plataformas oriundas da WEB 2.0 e que, possibilitou essas novas formas de interação virtual, é o Youtube. Criado em 2005 a partir de uma construção coletiva, possibilita a disseminação de conteúdo de uma forma rápida e abrangente, típico da pós-modernidade (SILVA, 2016). A exibição pessoal e o desejo de visibilidade são muito presentes nos vídeos postados no YouTube.

Acredita-se que foi nesse contexto, de utilizar o Youtube como uma fonte de apoio, que surgiu o movimento das Tentantes. Tentantes são mulheres comuns que tentam avidamente engravidar e gravam vídeos no Youtube onde relatam sobre essas tentativas. Buscou-se compreender como é construída a identidade das mulheres Tentantes, conferindo particular atenção à exposição de suas experiências no ambiente virtual, por meio de vídeos no Youtube.

Como chegamos às Tentantes

Considerando que as Tentantes se encontram na internet, foi utilizado o método de pesquisa no ciberespaço conhecido como netnografia, que segundo Kozinets (2002, 2006) consiste na aplicação da etnografia, para culturas e comunidades que estão surgindo online, que permite ao pesquisador se inserir em um contexto para observar as interações regulares de uma comunidade, que pode ser observado sem qualquer invasão de privacidade ou interferência. De

acordo com Kozinets (2002), a netnografia não objetiva a generalização, mas um entendimento particularizado.

É importante considerar as características temporais da internet que podem não ser estáveis para a realização de pesquisas, além da volatilidade de informações e como os dados podem ser deletados ou alterados. Uma possibilidade para lidar com essa questão é a adequação metodológica, sendo flexível em acordo com a temática estudada.

Segundo Minayo (2010), quando a pesquisa é empírica, deve ocorrer uma fase exploratória no início. Kozinets (2009 apud VICENTE, 2015) e Hine (1994) chamam essa primeira etapa de “*entrée cultural*” é uma etapa metodológica prévia e delimitada pelo pesquisador, onde são levantados tópicos e questões para serem analisadas com maior profundidade durante a pesquisa. Além disso, é nesse momento em que o pesquisador começa a se familiarizar com as plataformas digitais e meios de busca online.

A utilização do Youtube como espaço para a coleta de dados se fez fácil, já que o fenômeno das Tentantes surge primordialmente nesse espaço. A princípio, foram assistidos livremente, sem nenhum critério prévio, vários vídeos no Youtube produzidos pelas Tentantes. Também foram feitas buscas sobre o tema em outros lugares da internet onde o assunto era abordado, para o reconhecimento da situação e a delimitação do objeto de estudo.

Kozinets (2002, 2006) e Minayo (2010) ressaltam que, é necessário que o pesquisador delimite quais dados devem ser analisados segundo seu objetivo de pesquisa. Com relação à definição da amostra foram utilizados alguns recursos da própria página do Youtube que permite por meio de palavras-chave identificarem os vídeos que são enquadrados em categorias pré-estabelecidas pelo próprio site. Além de ele fazer um filtro automático mostrando-se um portal bastante dinâmico que vai alterando constantemente a quantidade de vídeos e a repercussão dos mesmos na rede virtual.

Dada a dinâmica do site foi necessário criar uma estratégia para a definição da amostra escolhendo, após discussão com outros pesquisadores, um único dia com a intenção de manter a permanência dos vídeos que seriam analisados. Rodrigues (2015) aponta que a inclusão de novos vídeos que acontece a todo o momento no site, dificulta a coleta de dados realizada no Youtube.

Foram utilizados como critérios de inclusão dos vídeos: Mulheres que se denominam Tentantes; relato de experiência como tentante; mulheres que não são mães e tentam engravidar; vídeos em português. Como critérios de exclusão: Tentantes que já tem filhos; vídeos de marketing de produtos; programa televisivo; profissionais de saúde falando sobre assuntos de Tentantes; vídeos em outras línguas.

Após esse primeiro momento, foram realizados os downloads desses vídeos selecionados para o computador de maneira a garantir o acesso posterior mesmo no caso de terem sido deletados da plataforma, estratégia definida por Silva (2016) para lidar com a volatilidade de informações na web. Kozinets (2002) ainda ressalta que a coleta de dados pode se dividir em dois grupos, o primeiro consiste na cópia direta dos dados virtuais e o segundo se refere ao diário de campo, onde o pesquisador escreve a respeito das suas observações conforme entra em contato com os dados coletados.

A análise dos 30 vídeos, estabelecidos por meio do critério de saturação de Minayo (2010) foi organizada em ordem decrescente do que tinha maior quantidade de visualizações para os que tinham menos, tendo sido avaliado os 30 primeiros mais vistos. No caso desta pesquisa, os vídeos foram assistidos mais de uma vez e foram organizados com relação aos temas abordados em cada um, ao mesmo que foram considerados os 10 primeiros comentários de cada vídeo com a finalidade de avaliar a repercussão dos mesmos.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011), que consiste justamente em encontrar a organização subjacente por trás do discurso. Dentro da análise de conteúdo, existe uma subdivisão entre análise temática e análise de enunciação. A análise temática consiste em encontrar aquilo que há em comum nas falas, definindo, previamente, algumas categorias. Já na análise da enunciação estuda-se cada entrevista como uma totalidade organizada e singular, busca-se entender os fatores que estavam por trás do discurso. Todo esse processo foi realizado no tratamento dos 30 vídeos analisados, desde a leitura intensa e exaustiva das transcrições de cada vídeo, até a definição de categorias, que não foram definidas previamente, e sim após o contato com os discursos.

As Tentantes nos vídeos: o que elas compartilham?

Os vídeos das Tentantes, na plataforma do Youtube, representam prioritariamente uma forma de expressão, uma maneira que elas encontraram para falar sobre o seu sofrimento. E que é por meio da identificação com outras Tentantes que assistem e comentam em seus vídeos que se formam vínculos e se cria uma grande rede de apoio, de compartilhamentos e trocas.

Percebe-se que algumas Tentantes se sentem autorizadas a compartilhar orientações com relação a vários assuntos pertinentes à vida de uma mulher que tenta engravidar, mostrando, muitas das vezes, autoridade e conhecimento sobre o tema. Identifica-se que algumas dessas informações são adquiridas em consultas médicas, o que as valida a compartilhá-las, já outras orientações, no entanto, são pesquisadas na internet, podendo ser incompletas, contraditórias e até fraudulentas sendo difícil discernir sobre a veracidade das mesmas. O que pode ser um risco, já que o conhecimento divulgado pelas Tentantes, pode influenciar a quem assiste a seguir as mesmas orientações (GARBIN; PEREIRA NETO; GUILAM, 2008).

Muitas Tentantes demonstram conhecimento sobre o funcionamento do corpo da mulher, como PH vaginal, ciclo menstrual, órgãos do sistema reprodutivo feminino e complicações de saúde. Além disso, falam com bastante propriedade sobre os processos que observaram do próprio corpo. Outro assunto recorrente é o uso de testes de gravidez, que gera muita expectativa, e conseqüentemente grande ansiedade. Percebe-se que todas apresentam o conhecimento com relação à maneira correta para a realização do teste e ainda sobre como fazer a leitura do resultado.

A maioria delas se utiliza de testes de ovulação e aplicativos de celular para auxiliá-las nas tentativas de engravidar, o que aparentemente lhes dão ainda mais controle sobre o seu período fértil. Relatam igualmente os medicamentos e suplementos nutricionais que usam, a dosagem exata de cada uma e a descrição completa de como estão sendo usadas. Com isso, não há nenhuma garantia de que outras mulheres não façam o uso indevido dessas informações.

Os principais alimentos e bebidas que foram citados como auxílio para a concepção foi: chá de uxi amarelo e de unha de gato, água inglesa, inhame e abacaxi. Apesar de nenhum desses terem comprovação científica, infere-se que,

por serem substâncias naturais, são permitidos. Porém, mesmo sendo naturais, podem não ser sempre benéficos. Veiga Junior, Pinto e Maciel (2005) chamam atenção para o perigo da utilização errada de plantas medicinais e as interações possíveis dessas plantas com os medicamentos. Por fim, são citados dois produtos para neutralizar o PH da vagina e facilitar a concepção, o bicarbonato de sódio e o shampoo Johnsons Baby amarelo, ambos indicando comprovação científica, já que Oliveira (1996) relata que o ambiente alcalino da vagina favorece a locomoção dos espermatozoides.

Chamou atenção o fato de que frente a alguma dúvida elas indicam primeiro pesquisar na internet, perguntar uma à outra, e só depois buscar por um atendimento com profissional de saúde. A facilidade de encontrar informações na internet e a linguagem de mais fácil compreensão dessas informações é uma hipótese. Porém, para além disso, percebe-se que a relação entre profissionais de saúde e pacientes interfere enfaticamente nesse processo.

O que todas as Tentantes têm em comum é a expectativa com relação à gravidez, que aparece em todos os vídeos. Nota-se que ter um filho tornou-se uma busca obstinada, e a expectativa com relação a conseguir engravidar e as incertezas referentes a isso é motivo de muita ansiedade e sofrimento.

Vale ressaltar que a denominação de ser uma Tentante vem ligada unicamente ao desejo de engravidar, o que não necessariamente inclui um diagnóstico médico que as impossibilite, e ainda, independentemente do tempo em que as tentativas ocorrem. Com isso, subentende-se ser essa uma categoria autodeclaratória, estando mais relacionada com sentimentos de autopercepção do que com critérios diagnósticos bem delimitados.

Para as Tentantes o desejo de ter um filho está estritamente relacionado com a vontade de constituir família. O filho também aparece como sendo um sonho, um projeto de vida, um presente de Deus, ligado a aspectos religiosos, prevalecendo o modelo tradicional de família, de um casal heterossexual com filhos biológicos.

Percebe-se que apesar de falarem sobre a vontade de ter um filho, todos os esforços são direcionados para conseguirem ficar grávidas. Delgado (2007) considera que para a mulher que deseja ter filho, a satisfação física da gravidez e do parto e a gratificação emocional de estar grávida também devem ser levadas

em conta. A própria mídia reforça a concepção como uma experiência corporal significativa para as mulheres (VARGAS, 2012).

Prevalece também um preceito religioso de que sendo da vontade de Deus o filho deveria vir naturalmente, com isso, identifica-se a aversão por medicação, técnicas de reprodução assistida e adoção. De toda forma, tanto um tratamento médico quanto o apoio das tecnologias ainda possibilitam a vivência de um filho biológico. Sendo assim, nota-se que poucas Tentantes buscam apoio profissional, como ainda uma possibilidade de realização do seu desejo.

Para Delgado (2007) a forma com que o casal lida no caso de uma não-gestação, vai interferir diretamente no relacionamento afetivo entre eles. Sendo que, para Borlot e Trindade (2004), é comum a aproximação do casal como forma de apoio. A grande maioria das Tentantes relatou ter um bom relacionamento com o parceiro e receber apoio dele. Por muito tempo a infertilidade foi vista como responsabilidade da mulher, e o fato de todas as Tentantes serem mulheres evidencia-se como elas se responsabilizam por todo esse processo.

Em alguns casos infere-se que uma das maneiras encontradas para não entrar em contato com o grande sofrimento vivenciado é a negação da realidade e a forma mais comum delas lidarem com o sofrimento é por meio da espiritualidade. No mais, o fato da infertilidade ser considerada um assunto tabu, faz com que o casal acabe se isolando socialmente se privando de receber o apoio necessário que poderia auxiliá-los a lidar com o seu sofrimento (DELGADO, 2007). Isso se transforma na principal hipótese do motivo que leva as Tentantes a publicar sobre essa experiência na rede virtual, já que a princípio, ao encontrar pessoas que passam pela mesma situação elas já se sentem apoiadas e não julgadas. A isso se soma os comentários feitos pelos internautas em que oferecem a estas mulheres apoio incondicional e palavras de incentivo para continuar tentando, além de criar vínculos afetivos.

Considerando todo o exposto até o momento, fica claro o quanto a influência social interfere na questão da maternidade e para o casal que desejam intensamente ter filhos e não consegue, a pressão social pode ser muito cruel e intensificar o seu sofrimento. Além disso, essa pressão social, muitas vezes vem da própria família e amigos, intensificando o sofrimento da mulher por ter falhado não só com a sua expectativa, mas com a de pessoas importantes para ela

também (DELGADO, 2007). Pode-se pensar que justamente essa pressão social é o que faz com que as Tentantes se tornem obsessivas para engravidar.

Considerações finais

Pelos vídeos foi possível perceber que essa condição de não-maternidade é uma situação que traz muito sofrimento para essas mulheres que querem engravidar e não conseguem. Não são todas as Tentantes que tem o diagnóstico de infertilidade, muitas delas não fizeram nem uma avaliação clínica para identificar algum impedimento biológico, porém, os sintomas emocionais encontrados ocorrem independentes do diagnóstico.

A análise dos vídeos mostrou a importância de maiores estudos sobre as reações emocionais de quem não consegue engravidar, que não sejam apenas aqueles ligados a uma condição clínica de infertilidade e em decorrência de um tratamento de reprodução assistida, mas daquelas mulheres que se denominam Tentantes e que encontraram na nas redes virtuais uma forma de expor seu sofrimento e falta de orientação.

Prega-se na saúde o cuidado das gestantes e no cuidado na pré-gravidez como essencial na continuidade do cuidado em saúde reprodutiva, as mulheres denominadas Tentantes estão manifestando a sua existência e as situações que se submetem para conseguir seu desejo de engravidar e não contam com o apoio do profissional de saúde.

A posição ocupada pelas Tentantes nessa plataforma é indicativa de uma sociedade que defende a liberdade de escolha, mas ainda pressiona as mulheres com relação à maternidade.

Referências

ARRUDA, B.S. et al. **A Exposição do Jovem na Internet:** Um estudo sobre o caso Felipe Neto. Biblioteca on-line de Ciências em Comunicação. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2Z7Z6pO>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

AZEVEDO, R.A. **Amo meu filho, mas odeio ser mãe:** reflexões sobre a ambivalência na maternidade contemporânea. 2017, 33 f. Monografia

(Especialização em Psicologia - Ênfase em Infância e Família: Avaliação, Prevenção e Intervenção) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORLOT, A.M.M.; TRINDADE, Z.A. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.1, p. 63-67, 2004.

COELHO, A.P.P. **Crenças na gravidez, maternidade e parto**. 2009, 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Gravidez e Parentalidade) - Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, 2009.

DELGADO, M.J.C. **O desejo de ter um filho: as vivências do casal infértil**. 2007, 213 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2007.

ESPOTE, R. **O Youtube como espaço de compartilhamento de vivências de mulheres que se denominam tentantes**. 2019, 170 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas) - Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Limeira, 2019. Disponível em <<https://bit.ly/2BcJ8mc>>. Acesso em 25 jun. 2020.

GARBIN, H.B.R.; PEREIRA NETO, A.F.; GUILAM, M.C.R. A internet, o paciente expert e a prática médica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n.26, p. 579-588, 2008.

HINE, C. **Virtual Ethnography**. In: Conference in centre for research into innovation, culture and technology, 1994, Uxbridge. Anais eletrônicos Uxbridge: Brunel University, p.1-25, 1994.

KOZINETTS, R.V. Click to connect: Netnography and tribal advertising. **Journal of advertising research**, v.46, n. 3, p. 279 - 290, 2006.

KOZINETTS, R.V. The field behind the screen: using netnography for marketing research in online communities. **Journal of Marketing Research**, v.39, n.1, p.61-72, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2010.

NEGREIROS, T.C.G.M.; FÉRES-CARNEIRO, T. Masculino e feminino na família contemporânea. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 34-47, 2004.

OLIVEIRA, F. Expectativas, falências e poderes da medicina da procriação: gênero, racismo e bioética. In: SCAVONE, Lucila (Org.). **Tecnologias reprodutivas: gênero e ciência**. São Paulo: Fundação Editora Unesp, 1996. p.185-193.

PRIMO, A.F.T. **O aspecto relacional das interações na Web 2.0**. In: Congresso brasileiro de ciências e comunicação. Anais eletrônicos...Brasília: UNB, 2006.

RODRIGUES, N.H. **Tecnologias Virtuais e Análise Videográfica: o Youtube como recurso de pesquisa para compreensão sobre a imagem do idoso Brasileiro**. 2015, 154 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Humano e Tecnologias). Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Rio Claro, 2015.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.5, n.8, p. 47-59, 2001.

SILVA, M.P.O. **Youtube, juventude e escola em conexão: a produção da aprendizagem ciborgue**. 2016. 172f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, 2016.

STASEVSKAS, K.O. **Ser mãe: narrativas de hoje**. 1999. 195 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 1999.

TOURINHO, J.G. A mãe perfeita: idealização e realidade - Algumas reflexões sobre a maternidade. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v.3, n. 5, p. 1-33, 2006.

VARGAS, E.P. 'Barrigão à mostra: vicissitudes e valorização do corpo reprodutivo na construção das imagens da gravidez. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.237-258, 2012.

VARGAS, E.P.; RUSSO, J.A.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e reprodução: usos e valores relativos ao desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 153-162, 2010.

VÁSQUEZ, G. Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. **Revista Trilhas da História**, Três Lagoas, v. 3, n. 6, p. 167-181, 2014.

VEIGA JUNIOR, V.; PINTO, A.; MACIEL, M.A.M. Plantas medicinais: cura segura? **Química Nova**, São Paulo, v.28, n. 3, p.519-528, 2005.

VICENTE, N. I. **O uso do twitter e facebook para divulgação científica: um estudo netnográfico em perfis de bibliotecas universitárias federais do sul do Brasil**. 2015, 184 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Unidades de

Informação) - Programa de Pós-graduação em Gestão da Informação, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual and reproductive health**, 2019.

Percepção das mães acerca dos caminhos percorridos pelos bebês recém-nascidos prematuros extremos, entre a alta hospitalar e o serviço de reabilitação física do município de Campinas¹

Ana Claudia Viel; Marta Fuentes-Rojas

Conhecer como as mães vivenciam o atendimento que recebem seus bebês prematuros extremos, entre a alta hospitalar e o serviço de reabilitação física no município de Campinas, permite conhecer as formas de encaminhamento e acesso ao Centro de referência em Reabilitação Física, identificar os nós críticos do processo com a finalidade de encontrar possíveis ações que possam melhorar e efetivar o acompanhamento destas crianças.

A prematuridade é considerada como um dos grandes problemas de saúde pública, contribuindo com elevados números para morbimortalidade infantil e invalidez (BRASIL, 2011). De acordo com a classificação de Usher (SEGRE, 2002), os recém-nascidos prematuros são classificados como prematuros limítrofes quando a idade gestacional (IG) é compreendida entre 37 e 37 semanas e 6 dias, como moderadamente prematuros de 31 a 36 semanas e 6 dias e como extremamente prematuro de 22 a 30 semanas e 6 dias.

Fatores de risco como nascimento pré-termo e baixo peso podem interferir no ritmo e nos padrões motores das aquisições adquiridas durante o primeiro ano de vida da criança (MANCINI; VIEIRA, 2000). A afecção neurológica mais importante do período neonatal, que acomete principalmente o recém-nascido (RN) pré-termo com peso de nascimento menor que 1750g, é a

¹ Este artigo apresenta os resultados da dissertação de mestrado intitulada “Percepção das mães acerca dos caminhos percorridos pelos bebês recém-nascidos prematuros extremos, entre a alta hospitalar e o serviço de reabilitação física do município de Campinas” (VIEL, 2018).

hemorragia peri-intraventricular, a qual ocasiona graves sequelas motoras e intelectuais. Esta é uma das causas mais frequentes de agressão ao sistema nervoso central (SNC) neste período (TAVARES; CORREA; VIANA, 1998).

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis, onde a alta densidade tecnológica, quando bem utilizada, pode contribuir para uma melhor expectativa/qualidade de vida para esses bebês. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade e dificulta a avaliação de todos os fatores que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro (RAMOS; CUMAN, 2009).

A Rede de Cuidado do Prematuro no Município de Campinas

A linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (CECILIO; MERHY, 2003; FRANCO; MAGALHAES, 2003).

Pelo fato da abrangência do tema prematuridade e da complexidade do cuidado desse bebê, preservando o conceito do acompanhamento e da linha de cuidado, existem no município de Campinas três ambulatórios especializados no atendimento e seguimento desses bebês prematuros pós-alta hospitalar. Dentre esses serviços destacam-se o ambulatório Fênix do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti e o ambulatório de alto risco do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC.

Esses serviços são compostos por uma equipe multiprofissional de neuropediatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, entre outros; com a finalidade de

prevenir complicações decorrentes da prematuridade, identificando precocemente os desvios de desenvolvimento ou outras doenças, viabilizando intervenções, dando suporte à criança e às famílias das crianças egressas das unidades de terapia intensiva neonatais (UTI neonatais) e encaminhando esses bebês para outros profissionais e serviços quando detectada a necessidade.

O Centro de Referência em Reabilitação Física (CRR) compõe essa rede de atenção ao bebê prematuro em Campinas. Neste serviço há uma equipe com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, neuropediatra e assistentes sociais voltados para a atenção na reabilitação infantil.

Para o programa de reabilitação infantil, existe a disponibilidade de vagas semanais de acolhimento, que são ofertadas on-line, por um sistema de agendamento conhecido pelo nome SOL, para todos os Centros de Saúde - CS de todos os distritos de saúde de Campinas.

O sistema “SOL” (Saúde On Line) foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde para superação das dificuldades de acesso por parte da rede básica aos recursos de retaguarda diagnóstico-terapêutica, facilitando o processo de agendamento de consultas com especialistas e exames na rede municipal de saúde. Teve sua implantação efetivada a partir de novembro de 2003 e atualmente a marcação de praticamente todos os atendimentos de média complexidade da retaguarda ambulatorial de especialidades médicas e não médicas, além de exames, é realizada através do sistema SOL a partir das Unidades Básicas de Saúde (ALMEIDA et al. 2004).

No CRR, percebe-se que semanalmente existem vagas remanescentes de acolhimento da reabilitação infantil que poderiam ser absorvidas por qualquer CS do município, para o encaminhamento dessa clientela. Por outro lado, é possível verificar que nas UTI's Pediátricas e Neonatais, além dos Serviços de Atendimento Domiciliares (SAD) do município há a presença desses bebês e a necessidade de acompanhamento e cuidados de saúde para com os mesmos.

Dessa subutilização de vagas que advém o nosso real interesse no conhecimento do caminho percorrido por esses bebês prematuros extremos, entre a alta hospitalar e a inserção no CRR, haja visto a importância da introdução precoce de um programa de reabilitação para essas crianças. Leva a pensar e refletir no fato de que apesar da existência de ambulatórios especializados,

muitos prematuros acabam sendo acompanhados apenas pelo pediatra do Centro de Saúde (CS) referência para a região onde a família mora. Isto nos levou a indagarmos entre outras questões, qual o caminho percorrido por esses bebês? Porquê muitos não conseguem chegar ao centro de reabilitação? Quais são as possíveis vias de acesso para chegar ao centro de referência? Quais são as barreiras e dificuldades encontradas? A partir deste conhecimento, propor possíveis intervenções para aperfeiçoar, melhorar e efetivar o acompanhamento dessas crianças assim como, facilitar o acesso ao serviço especializado. Através da percepção das mães que procuramos respostas a estas questões.

O campo foi no Centro de Referência em Reabilitação Física do Município de Campinas. Com o objetivo de verificar, identificar e compreender o caminho percorrido pelos bebês recém-nascidos prematuros extremos entre a alta hospitalar e o acesso a este serviço de atenção especializada, na percepção das mães. Optamos pelo método qualitativo, que permitiu através das percepções das mães entender a realidade social e a forma como elas reagem, pensam e interpretam suas ações (MINAYO, 2012) em relação a sua situação e os serviços que lhe são oferecidos.

As mães que participaram, se encontravam na faixa etária de 18 a 35 anos, sendo que 60% destas mães pertencem a faixa de 18-23 anos. Em relação ao tempo de gestação, este variou de 22 a 29 semanas, sendo a maioria (50%) de 22-24 semanas. Os indicadores na área de educação, renda e trabalho mostraram que maioria das entrevistadas tinham ensino fundamental incompleto, uma renda familiar abaixo de R\$ 2.000,00 e trabalhavam fora antes da gestação. Após o nascimento do filho prematuro, todas apontam ter deixado de trabalhar fora para cuidar do bebê.

Percepções das mães em relação aos encaminhamentos recebidos

Evidencia-se na fala dos entrevistados que no momento da alta hospitalar a família recebeu um documento, uma carta, contendo um resumo detalhado de toda a internação do bebê prematuro extremo, visto como positivo.

[...] Me deram uma carta no hospital, uma carta que falava do tratamento que o PV tinha feito quando estava internado [...] (N5); [...] Na alta hospitalar recebi uma carta do hospital com o resumo de tudo o que CL tinha passado lá, os remédios que tinha tomado, quanto tempo ficou internado, tudo o que aconteceu mesmo [...] (N7).

Tal resumo de alta hospitalar deveria servir como parte no processo de transferência do cuidado desse bebê frente a sua desospitalização, entendendo que deva haver um cuidado complementar e contínuo para esses bebês que, no momento da possibilidade de alta para casa, não está mais limitado apenas na tecnologia hospitalar.

Foram apontadas duas fragilidades no processo de encaminhamento relacionadas com a Alta Hospitalar Referenciada: quando o cuidado do bebê está sendo transferido para outra equipe ou equipamento de saúde, previamente contatado e conhecedor do caso, e; a Interlocação Entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica: quando as equipes de atenção hospitalar e atenção básica dialogam e constroem um projeto terapêutico visando atender as necessidades daquele bebê e sua família dentro do seu território.

No que diz respeito a essas duas categorias, entende-se que ambas estão intimamente ligadas e são indissociáveis quando se pensa e se planeja a transferência do cuidado num processo de alta hospitalar, sendo o objetivo atender plenamente as necessidades do bebê e sua família, contando com os recursos disponíveis e possíveis no SUS.

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado (DONABEDIAN 1990) ainda no contexto atual.

Concomitante, no cuidado com o bebê prematuro extremo, o Ministério da Saúde recomenda que a primeira consulta deve consistir de supervisão de saúde (puericultura usual), devendo ser feito resumo completo da história da internação neonatal (BRASIL, 2011). Em síntese, o acompanhamento e o cuidado em saúde de um bebê prematuro extremo é bem complexo e não deve ser apenas multidisciplinar, há a necessidade de ser interdisciplinar para lograr êxito.

Isto fica evidente nas falas que não há um protocolo ou uma padronização no processo de desospitalização e nem de encaminhamento para

acompanhamento e seguimento do bebê prematuro extremo, evidenciado inclusive, as diferentes conformações, interlocuções e orientações dadas as famílias desses bebês.

[...] Antes da alta, o pessoal do SAD veio aqui [...], a médica, a fisioterapeuta, conheceram a minha casa, como seria a instalação do equipamento, ela fez essa visita antes porque a equipe do hospital pediu, e aí a gente já veio para casa esperando a visita do SAD e com consulta agendada no Fênix (N1); [...] A equipe da Maternidade [...] entrou em contato com o Fênix do Mário Gatti e quando meu filho recebeu alta que era uma terça-feira, ele já estava com a consulta marcada [...], era só eu levar a carta da alta que o hospital me entregou no dia da consulta marcada, contando tudo o que aconteceu lá. Não lembro exatamente o dia, mas sei que foi na mesma semana da alta do hospital. Daí então ele acompanha no Fênix até hoje.” (N8); [...] Viemos pra casa assim, acompanhado pela ADUC da Unimed porque eu tinha convênio na época, mas meu parto foi feito pelo SUS [...] eu faria o que quisesse com o profissional que quisesse, pela Unimed foi assim! Não recebi nenhum encaminhamento ou orientação (N4).

Nota-se, que não existe estabelecida como rotina, a interlocução entre a atenção hospitalar e a atenção básica na construção da transferência do cuidado desse bebê pós-alta hospitalar. O que aparece através das falas é a personalização do processo e não a institucionalização dele, ou seja, a interlocução acontece quando o profissional envolvido no cuidado o deseja e o faz, e não rotineiramente como deveria ser quando o caso é mais complexo.

Percepções das mães em relação ao percurso de acesso

Nos discursos foi possível observar que há uma fragilidade e falta de apropriação das equipes de saúde quanto a linha de cuidado do prematuro extremo no município de Campinas, isto pelo desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, do Fluxo de Acesso Estabelecido na Rede, referente as vagas semanais de acolhimento infantil do CRR, que estão disponíveis on-line, para todos os centros de saúde e distritos do município de Campinas, que poderiam ser utilizadas imediatamente para avaliação e acompanhamento pós-alta hospitalar desses bebês, e; em relação à dificuldade de acesso.

Para Donabedian, (1990), acessibilidade denota o grau de facilidade para obtenção dos cuidados de saúde necessários, contemplando duas dimensões inter-relacionadas e complementares: a sócio organizacional ou funcional e a dimensão geográfica.

No contexto da saúde, o acesso é entendido por ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado (BRASIL, 2011). Devem ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários. É notório e frequente nas falas das mães que não há um consenso na forma de encaminhamento desses bebês ao CRR, seja porque os atores envolvidos (pediatra, enfermeiro, assistente social, etc.) desconhecem o fluxo existente via Centro de Saúde e agendamento SOL, seja por inaptidão ou falta de habilidade em proceder o agendamento da primeira consulta, conhecida como acolhimento pelo CRR.

A consulta de acolhimento do CRR é realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, onde é colhida toda a história familiar, da gestação e do nascimento do bebê, além de ser realizado o exame físico e a proposta de inserção, seguimento e abordagem da criança pelos diversos profissionais da equipe do CRR. O grupo de profissionais que darão início ao seguimento e acompanhamento do bebê prematuro dentro do CRR é determinado pela necessidade que a criança e/ou os pais apresentam durante o acolhimento.

[...] O Dr. X [...] fez o encaminhamento pra Sousas, ele me explicou assim: você vai no posto de saúde, chegando lá elas vão agendar um acolhimento, ele falou: olha, elas vão falar que não tem vaga, mas aí ele me orientou certinho. Aí fiz isso, peguei o encaminhamento do Dr. X, fui até o posto chegando no posto elas não aceitaram. Falaram que não, que eu teria que passar com a médica do posto, pra ela solicitar para daí então fazer o encaminhamento pra Sousas pra fazer o acolhimento. Eu achei um absurdo! Falei que não era possível, enfim, briguei, briguei no bom sentido[...] (N1); [...] Como eu tinha o atendimento aqui pelo SAD, conversando com a fisioterapeuta do SAD, ela falou 'não, eu vejo isso pra você'. Aí ela ligou lá no Centro de Reabilitação, ela agendou esse acolhimento, ela falou: 'eu acho que eu consigo com esse encaminhamento que o Dr. X tinha me dado, e ela conseguiu'

(N2); [...] Eu tive dificuldade em ter acesso em Sousas, por que achei que era só ir no posto com o encaminhamento que eles iam marcar, mas como a assistente social interferiu, ela ajudou, ela foi lá e diminuiu esse tempo ou talvez eu nem conseguisse, porque foi o que a enfermeira do posto me falou, é muito difícil, a gente tem que agendar a vaga, enfim, ela não me deu muita esperança. Mas aí veio a assistente social e conseguiu encurtar tudo isso né?! Ela conseguiu ligar lá em Sousas e marcar (N6).

O que aparece fortemente nas falas são as formas “oficiosas” e não “oficiais” pelos quais esses bebês acessam o serviço de Referência em Reabilitação do município de Campinas. Percebe-se a diversidade de informações e portas de acesso que as famílias experimentam até que esse bebê chegue, de fato, ao serviço de referência.

Percepções das mães em relação ao modelo de atenção oferecido

Ao buscar na fala dos usuários do serviço suas demandas, compreendemos que ocorreria naturalmente um processo reflexivo, onde seria permitida a avaliação do próprio serviço. Dessa forma os critérios elencados são produto do livre discurso dos entrevistados, não ocorrendo intencionalidade para que estes fossem apontados.

Nos depoimentos um aspecto positivo foi frequentemente apontado relacionado com: Valorização da oferta terapêutica - o Tratamento Interdisciplinar.

Na área da saúde, os pressupostos da integração estão presentes há algum tempo e, nas últimas décadas, a interdisciplinaridade tem sido invocada para a construção de um conhecimento partilhado por ciências biológicas e sociais (VILELA; MENDES, 2003).

Evidencia-se nas falas, o quanto é importante e valorizado o atendimento oferecido no CRR por vários profissionais e de forma integrada dentro do processo de tratamento e acompanhamento do bebê. Pode-se notar também, em algumas falas, o envolvimento da equipe com o tratamento, apontando a prática do cuidado como atitude, para além da questão técnica propriamente dita.

[...] Eu sabia que ele ia precisar de fisioterapia, eu via suas dificuldades e atraso nos movimentos, mas eu não sabia que ele ia precisar de fonoaudiologia, nutricionista, terapia ocupacional [...] muitas dessas coisas eu nem conhecia como era, só tinha ouvido falar, e lá em Sousas ele já tem tudo isso no mesmo lugar. É muito bom porque vejo que os profissionais conversam sobre o caso dele e conversam comigo também sobre a melhor forma de atender, o que fazer, essas coisas (N6); [...] Acho muito bom quando tem a fisio, a fono e a TO atendendo juntas e eu participando. Presto atenção em tudo prá fazer em casa com meu filho, elas me orientam, ensinam, conversam comigo sobre o caso dele, as dificuldades. Vejo também que elas conversam entre elas e discutem o caso dele até com o neurologista dele (N7); [...] A fisioterapeuta até ligou na creche do meu filho, foi visitar junto com a assistente social e a TO, conversou com a professora e com a diretora da creche. Eu vejo que elas estão interessadas em ajudar, em fazer meu filho melhorar, se desenvolver (N5).

Segundo o plano nacional “Viver sem Limites” as equipes de reabilitação de uma forma geral, devem ser multiprofissionais e trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo as famílias, as unidades básicas de saúde e as comunidades, buscando recursos locais que facilitem o desenvolvimento integrado de processos de inclusão da pessoa/criança com deficiência ou algum tipo de necessidade especial (BRASIL 2011, 2007). É na interação das equipes interdisciplinares que a análise das diferentes áreas faz emergir objetivos comuns que orientam o atendimento integral aos usuários.

No entanto, foram levantados três aspectos negativos em relação ao cuidado no atendimento:

A) A ruptura do vínculo com os profissionais: o cuidado e o afeto

Cecílio (2006) enfatiza que a criação de vínculos “(a)efetivos” entre usuários e profissionais é uma das necessidades de saúde dos sujeitos, para uma relação de referência e confiança. A vinculação (afetiva), mais do que uma inserção formal num atendimento, estabelece uma relação contínua e pessoal.

Para Boff (2001), o cuidado deve ser compreendido como uma parte fundamental do modo de ser das pessoas, numa situação em que alguém sai de si para centrar-se no outro com afeto, portanto, vai além da técnica, é uma atitude. Os depoimentos das mães exemplificam esta questão:

[...] Outra coisa, eu acho que a mudança de profissional também prejudica para o filho se adaptar, ele tem dificuldade[...] (N1); [...] Eu esperava encontrar [...] mais vontade, mais comprometimento da parte dos profissionais em fazer as manobras, em ajudar mesmo a criança a melhorar, superar suas dificuldades. Eu sei que tem a dificuldade da criança em adaptar ao profissional, no caso do meu filho ele chorava muito, então é difícil você lidar com tudo isso [...] (N3); [...] Eu percebo que depende muito do profissional, [...]. Tem profissional que é mais insistente, mais dedicado, mais preocupado que briga no bom sentido quando o meu filho chora, que fala não [...] que conversa comigo [...] procurando uma solução junto comigo [...] (N9).

Os depoimentos evidenciam a falta de vinculação de alguns profissionais com a criança e o quanto essa rotatividade entre profissionais e pacientes atrapalha no processo de cuidado e reabilitação.

Quando se trata de criança, e ainda assim prematura, temos que considerar dois fatores em relação a rotatividade de profissionais: 1) a ansiedade das mães e o excesso de cuidado frente ao seu filho prematuro, e 2) o bebê que na maioria das vezes não se vincula com facilidade por insegurança e desconfiança. Portanto, a promoção de vínculo entre o profissional, o bebê e a mãe é ferramenta potente para promover o estreitamento das relações de confiança e de corresponsabilidade, incentivando e orientando a continuidade do cuidado em casa.

B) Oferta de atendimentos reduzida

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas, fato característico e muito comumente encontrado no processo de acompanhamento e reabilitação de bebês prematuros extremos (WERNECK; FARIA e CAMPOS, 2009).

A frequência e tempo dos atendimentos dentro de um programa de reabilitação ampliado para essas crianças é determinado, a priori, segundo o PTS

e a capacidade de resposta e aproveitamento da terapia de cada criança. A forma como o serviço se organiza para atender sua clientela, também se relaciona com as demandas apontadas pela população em questão.

De acordo com os princípios do SUS, a organização dos sistemas de Saúde locais tem, como objetivo, a garantia do acesso de toda a população residente nesses espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde (ROCHA, 2006).

Nos depoimentos pode ser observada a visão que as mães têm em relação aos atendimentos e como elas de alguma forma avaliam como positivo um número maior de atendimentos o que válida para eles o processo de atendimento pela frequência dos mesmos, entendendo que dessa forma conseguem avançar no tratamento.

[...] Aí eu chego lá e muitas vezes eu volto chateada porque parece que todo aquele esforço meu até lá, chegou lá não fez tudo o que eu esperava. Então as vezes eu falo, meu Deus, dá a impressão que eu tô perdendo tempo! [...] Não é perda, mas esse sentimento de você querer mais, eu acho que tinha que ser mais vezes na semana [...] (N1); [...] Aqui as mães podem ficar junto, participar, a gente aprende um monte de coisas, mas é só uma vez na semana, se fosse mais seria melhor prá gente aprender e prá criança se desenvolver também, eu acho (N4); [...] Então é isso, mais vezes na semana, mais tempo mesmo, intensificar mais esse atendimento (N9).

A assistência expressa pela oferta dos atendimentos é determinada pelo projeto terapêutico singular e a forma como o serviço se organiza para oferecê-lo. As mães relataram que os atendimentos dos seus bebês, mesmo que com múltiplas especialidades, ocorrem uma vez na semana. A razão disto, na percepção delas, acontece pela dificuldade do acesso ao serviço, especialmente pela disposição geográfica (localização do serviço) e fragilidade na política de transportes públicos adaptados à esta natureza (restrição quantitativa).

Também, a organização do serviço através da oferta dos atendimentos pelos profissionais, é percebida como uma capacidade limitada pela restrição do número de profissionais. Esta questão aparece aqui, pelo fato de ser apontada pelas mães, mas que não deixa de ser uma demanda do usuário em relação ao cuidado demandado e as limitações do serviço.

[...] Mas também eu vejo que elas atendem uma criança atrás da outra, fico pensando que se fosse mais vezes na semana precisaria de mais funcionários[...] (N1); [...] Também, sempre acontece do terapeuta estar de férias e não tem outro para cobrir as férias. Sempre tem muitas crianças. Se fosse mais vezes na semana acho que teria que contratar mais terapeutas, talvez esse seja o motivo de fazer uma vez só na semana[...] (N5)

C. Dificuldade de acesso

Alguns aspectos predominam como obstáculos a acessibilidade: escassez de centros de referência em reabilitação, estudo realizado por Rocha (2006) apontou que somente cerca de 2% da população de pessoas com deficiência tem acesso a estes serviços; a questão geográfica, ou seja, a localização desses serviços em grandes centros urbanos distantes do Território, assim como a falta de políticas de transportes públicos favoráveis (ALMEIDA, 2000).

No olhar das mães os aspectos geográficos e de transporte prevaleceram: o CRR é considerado distante de região central de Campinas, além da oferta de transporte restrita.

[...] Eu gosto do atendimento, vejo o quanto ele melhorou, [...], mas o problema é que Sousas fica do outro lado da cidade. Prá eu chegar lá preciso tomar dois ônibus além do tempo que gasto para ir e voltar. Tinha que ser mais perto, talvez no centro da cidade prá todo mundo precisar de um ônibus só [...] (N3); [...] A minha dificuldade é a distância! Eu moro do outro lado da cidade! E pensa só você atravessar a cidade de ônibus com um bebê prematuro no colo? Ele precisa de tanto cuidado que muitas vezes eu prefiro nem sair de casa, ainda mais indo tão longe [...] (N8); [...] Eu não entendo porque fizeram um serviço tão bom num lugar tão longe. E o engraçado é que conheço todas as mães que levam seus filhos lá e nenhuma mora lá perto! O que será que o prefeito pensou quando fez o CRR em Sousas? [...] (N2).

As percepções elencadas, tanto as positivas quanto as negativas, dizem respeito principalmente à questão da acessibilidade ao serviço. A valorização do tratamento interdisciplinar, ao mesmo tempo com os questionamentos em relação à oferta limitada pelo número de atendimentos e fragilidades nas políticas intersetoriais explicitam as expectativas dos usuários por acesso ao serviço de referência em reabilitação. Tais apontamentos nos provocam,

enquanto profissionais desse serviço essencialmente público e referência na área, a repensar nossa responsabilidade em disparar de forma participativa, discussões políticas nas várias instâncias que as definem.

Considerações finais

Por meio dos depoimentos constatamos que diversas são as formas como os bebês prematuros extremos conseguem acessar o Centro de Referência em Reabilitação de Campinas, assim como também diversos são os motivos que dificultam esse acesso.

Nesse contexto, para aqueles que conseguem acessar o serviço, pudemos perceber que a forma “não oficial” de acesso predomina, ou seja, muitas vezes esse acesso só é possível por contato pessoal entre os profissionais e não por um fluxo estabelecido e amplamente conhecido pela rede de atenção à saúde do município. Entretanto, a prática da reabilitação em centros de serviços especializados é única, como originalmente concebido pelo modelo inicial, mostrou que pouco tem atingido e respondido aos anseios e necessidades desses bebês e suas famílias.

São inúmeros obstáculos que se interpõem nesse caminho em busca do seguimento e atendimento multi/interdisciplinar para esses bebês. Entre elas a escassez desses centros de atenção especializada bem como sua disposição geográfica e fragilidades nas políticas de transporte; a falta de conhecimento da atenção básica quanto aos fluxos ou serviços da atenção especializada, entre outros, que nos leva a questionar até quando estes obstáculos serão considerados externos a esses centros de excelência em reabilitação? E não se tratam de questões recentes.

Defendemos o propósito da integralidade da atenção, que como define Cecílio (2006), deve ser pensada em rede, como objeto de reflexão e de práticas da equipe de saúde e sua gestão, a partir da compreensão de que ela não se dá, nunca, em um lugar só, uma vez que as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em vários serviços de saúde, e também a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Diante da complexidade inerente ao acompanhamento do bebê prematuro extremo e a prática da reabilitação, é necessário ao profissional, uma postura mais atenta às necessidades dessas famílias. Há uma dimensão objetiva referente às queixas apresentadas da clínica que tem papel relevante dentro da terapêutica, porém a dimensão subjetiva do aspecto emocional e social não podem ser subestimados, uma vez que estes também integram e interferem diretamente no desenvolvimento do bebê prematuro.

Importamos referenciais da Saúde Coletiva como balizadores das discussões e propostas de estratégias para seguimento desses bebês, especialmente por suas ações terem como eixo norteador as necessidades sociais em saúde, o que como já defendido anteriormente, pode ser um caminho da prática do cuidado efetivo e seguimento desses bebês. Muito embora, como achado, a noção da excelência da especialização da técnica e tecnologias em saúde tenha predominado tanto na concepção como nas próprias demandas dessas mães.

A adoção de tecnologia pelos serviços públicos de saúde pode ser influenciada por um preconceito culturalmente construído na sociedade de que a qualidade está diretamente condicionada à existência de “tecnologia de última geração”. Esse preconceito, internalizado na formação e no ideal de prática dos profissionais de saúde e presente na imagem desejada pela maioria dos usuários, acaba por contribuir para a construção social “do mito da tecnologia”.

Na organização dos serviços públicos de reabilitação, esse mito pode conduzir a uma percepção deturpada das ações, que passam a ser classificadas como de baixa qualidade, com o emprego de “insumos precários” destinados às pessoas pobres. Ou, ainda, levar a uma classificação polarizada entre os serviços públicos e os serviços privados, estes últimos em função do emprego de tecnologia, como de alta qualidade.

Em geral, nessas situações, não há o desenvolvimento de uma consciência crítica nem da percepção de que, na construção da qualidade de um serviço de saúde, torna-se fundamental saber qual é a tecnologia mais adequada à real necessidade das pessoas. Porque, diante desses valores, pode existir muita dificuldade em perceber que a incorporação tecnológica nem sempre é capaz de conferir, por si só, resultado, como acontece com essas crianças.

A técnica do profissional não deve ser um fim em si mesmo, mas parte de um processo maior realizado conjuntamente com o “sujeito”, e novamente reforçamos que a “tecnologia leve”, ou a relacional é eficaz no sentido de focar o usuário e não o procedimento isoladamente. É a compreensão dessas necessidades que devem subsidiar as ações no campo da reabilitação e cuidado com o bebê prematuro, fundamentando a partir da relação dialógica e projetos terapêuticos singularizados.

Reiteramos o valor da técnica e tecnologia no processo de reabilitação e seguimento, afinal, estas não são somente necessárias, bem como, importantes nas intervenções, mas não desacompanhadas da participação, engajamento e pró-atividade das famílias desses bebês e dos demais equipamentos de saúde.

De tudo, o investimento em estratégias de orientação e responsabilização das famílias; de matriciamento e orientação às equipes da atenção básica, por serem aquelas que, primeiramente, deverão conhecer os bebês prematuros do seu território; políticas que pensem na descentralização das ações de reabilitação e acompanhamento em detrimento de um único serviço centralizado de reabilitação e seguimento; talvez possam ser estratégias eficientes e não onerosas para atingir e ampliar o acesso, tendo em vista que para a condução desses casos não há a necessidade de grande investimento em equipamentos.

Temos a esperança de que a lógica construtiva de um sistema se sobreponha à fragmentação e a consequente perda de forças e foco na atenção da necessidade desses bebês, de tal forma que, dessa experiência se constitua um modelo único e melhor do que o existente atualmente, e que possa dar conta da inclusão e seguimento adequado desses bebês e suas famílias.

Referências

ALMEIDA, S.G.F.et al. **Agendamento on Line de Atendimentos de Saúde: Uma Solução em Software Livre para Campinas – SP**. Prefeitura Municipal de Campinas – SP - Secretaria Municipal de Saúde (SMS). 2004.

ALMEIDA M. **Saúde e Reabilitação de pessoas com Deficiência: Políticas e Modelos Assistenciais**. 2000, 253p. Teses (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2 ed. Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília. 2011. Volume 4.

BOFF L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 2001. p.199.

CECILIO L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS R. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p. 115-8.

CECÍLIO, L.C.O., MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p. 197-210.

DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. **Archivo Pathology Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-8, 1990.

FRANCO, T.B; MAGALHÃES Jr. H. A Integralidade e as Linhas de Cuidado. In: Merhy, E.E. et al, **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. Hucitec, São Paulo, 2003.

MANCINI, M.C., VIEIRA, F.L. Desenvolvimento motor em crianças nascidas com baixo peso: uma revisão de literatura. **Temas sobre desenvolvimento**, São Paulo, v.6, n.52, p. 21-24, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32 ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2012.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde – 13ª edição** – São Paulo: Hucitec, 2013.

RAMOS, H.A.C., CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para a prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery. Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n.2, p. 297-304. Abr. / jun. 2009.

ROCHA E. **Reabilitação de Pessoas com Deficiência**. A intervenção em discussão. São Paulo: Ed.Roca.2006. São Paulo: Ed. Roca; 2006.

SEGRE, C.A.M. **Perinatologia – Fundamentos e Prática**. São Paulo: Sarvier, 2002.

TAVARES, E.C, CORRÊA F.F, VIANA M.B. Fatores de risco para hemorragias peri-intraventriculares em recém-nascidos com peso menor de 2000 gramas. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.74, supl. 1, p. 17-24. 1998.

VIEL A. C. **Percepção das mães acerca dos caminhos percorridos pelos bebês recém-nascidos prematuros extremos, entre a alta hospitalar e o serviço de reabilitação física do município de Campinas**. 2018, 66f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, SP. Disponível em: <<https://bit.ly/38testr>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

VILELA E, MENDES I. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 11, v.4, p. 525-31, 2003.

WERNECK F, FARIA H, CAMPOS K. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009. p.84.

