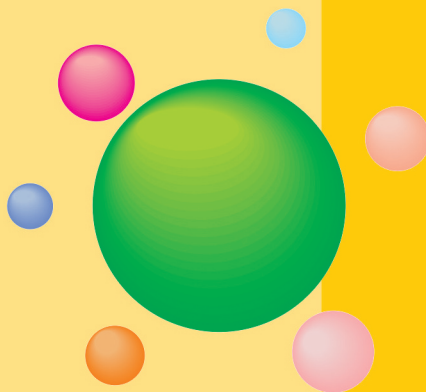
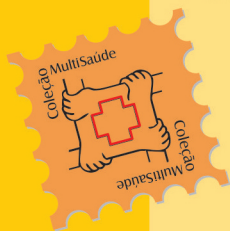


Ângela Cristina Fagundes Góes
Patrícia Sodré Araújo
Paulo Roberto Lima Falcão do Vale
(Organizadores)



ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

reflexões sobre saúde
mental e atenção básica

ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS



Universidade do Estado da Bahia - UNEB

José Bites de Carvalho

Reitor

Carla Liane N. dos Santos

Vice-Reitora



Editora da Universidade do Estado da Bahia - EDUNEB

Diretora

Sandra Regina Soares

Conselho Editorial

Atson Carlos de Souza Fernandes

Liege Maria Sitja Fornari

Luiz Carlos dos Santos

Maria Neuma Mascarenhas Paes

Tânia Maria Hetkowski

Suplentes

Edil Silva Costa

Gilmar Ferreira Alves

Leliana Santos de Sousa

Mariângela Vieira Lopes

Miguel Cerqueira dos Santos

Ângela Cristina Fagundes Góes
Patrícia Sodré Araújo
Paulo Roberto Lima Falcão do Vale
(Organizadores)

ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS
Reflexões sobre Saúde Mental e
Atenção Básica

Coleção MultiSaúde
Vol. 5

Salvador
EDUNEB
2017

© 2017 Autores

Direitos para esta edição cedidos à Editora da Universidade do Estado da Bahia.
Proibida a reprodução total ou parcial por qualquer meio de impressão, em forma idêntica,
resumida ou modificada, em Língua Portuguesa ou qualquer outro idioma.

Depósito Legal na Biblioteca Nacional

Impresso no Brasil em 2017.

Ficha Técnica

Coordenação Editorial

Nerivaldo Alves Araújo

Coordenação de Design e Criação de Capa

Sidney Silva

Normalização

Ricardo Baroud

Revisão textual

Renaelma Queiroz Suzart

Diagramação

George Luís Cruz Silva

Revisão de Provas

Henrique R. Eça

Nerivaldo Alves Araújo

Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas da UNEB

Bibliotecária: Fernanda de Jesus Cerqueira – CRB 162-5

Atenção à saúde no SUS: reflexões sobre Saúde Mental e Atenção Básica/
Organizado por Ângela Cristina Fagundes Góes; Patrícia Sodré Araújo;
Paulo Roberto Lima Falcão do Vale. – Salvador: EDUNEB, 2017.
246 p.: il.

ISBN: 978-85-7887-337-0

1. Saúde pública - SUS. 2. Saúde mental. 3. Cuidados primários de
saúde. I. Góes, Ângela Cristina Fagundes. II. Araújo, Patrícia Sodré. III. Vale,
Paulo Roberto Lima Falcão do.

CDD: 614.09

Editora da Universidade do Estado da Bahia – EDUNEB

Rua Silveira Martins, 2555 – Cabula

41150-000 – Salvador – BA

editora@listas.uneb.br

www.uneb.br

Esta Editora é filiada à



Associação Brasileira das
Editoras Universitárias

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
--------------	---

PARTE I

ENREDAMENTO DE DISCURSOS: Entre ecos, consonâncias e dissonâncias sobre a Rede de Atenção Psicossocial	15
<i>Ana Carolina Cerqueira Medrado, Maraíze Gomes Cruz, Juliana Jesus Baião, Milena de Almeida Souza e Patrícia Sodré Araújo</i>	

APOIO MATRICIAL: Uma ferramenta para o cuidado integral em Saúde Mental	39
<i>Milena de Almeida Souza, Maraíze Gomes Cruz, Juliana Jesus Baião, Ana Carolina Cerqueira Medrado e Patrícia Sodré Araújo</i>	

O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: Condições de trabalho e a rela���o com sofrimento dos trabalhadores	63
<i>Juliana Jesus Baião, Milena de Almeida Souza, Maraíze Gomes Cruz, Ana Carolina Cerqueira Medrado e Patrícia Sodré Araújo</i>	

ADESÃO AO TRATAMENTO: Facilitadores da continuidade do cuidado em Saúde Mental	97
<i>Maraíze Gomes Cruz, Juliana Jesus Baião, Milena de Almeida Souza, Ana Carolina Cerqueira Medrado e Patrícia Sodré Araújo</i>	

O DISPOSITIVO AMBULATORIAL DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CONSTRUÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO PSICOSSOCIAL	121
<i>Catarina Prado Sakai, Taiane Cerqueira Borba e Cibele Nascimento dos Santos</i>	

PARTE II

ADULTOS COM ANEMIA FALCIFORME E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	143
<i>Ana Valéria Souza Soares e Andréa Broch Siqueira Lusquinhos Lessa</i>	
EXPERIÊNCIAS DE MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ANEMIA FALCIFORME NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM LAURO DE FREITAS (BA)	167
<i>Juliana Laurentino Rosas e Andréa Broch Siqueira Lusquinhos Lessa</i>	
VIVÊNCIA DE RESIDENTES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA INSTITUIÇÃO HIPERCOMPLEXA	197
<i>Diego Rangel dos Anjos Prata, Paulo Roberto Lima Falcão do Vale e Ângela Cristina Fagundes Góes</i>	
ESTRATÉGIAS DE EMPODERAMENTO IDENTIFICADAS NO PLANO DE SAÚDE (2014-2017) DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA	213
<i>Paulo Roberto Lima Falcão do Vale, Diego Rangel dos Anjos Prata, Camila Oliveira Araújo, Maricarla Barbosa Cordeiro e Ângela Cristina Fagundes Góes</i>	
SOBRE OS AUTORES	239

APRESENTAÇÃO

A publicação deste livro da Coleção MultiSaúde marca a retomada das publicações dessa Coleção que teve seu último livro publicado em 2009 pela Editora da UNEB (EDUNEB). A produção científica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) reflete o seu papel estratégico na promoção do desenvolvimento de profissionais da saúde para atuação na Atenção Básica (AB), no cuidado integral e na gestão e organização dos serviços de saúde, sendo, portanto, um lugar privilegiado para produção de conhecimento.

Dessa forma, buscou-se reunir, neste número, temas atuais, tanto na área de Saúde Mental (SM) quanto na AB, que têm sido objeto de investigações de interesse do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) da UNEB e de profissionais da área de saúde com diferentes formações. Essa publicação é destinada a trabalhadores da saúde, gestores, professores, pesquisadores e estudantes de graduação e pós-graduação que atuem no contexto da AB e da SM.

Os produtos aqui apresentados foram originados de linhas de investigação construídas a partir das demandas locais de relevância para a rede de atenção à saúde dos municípios com os quais o PRMS da UNEB tem parceria. Neste sentido, a Universidade tem procurado inovar, produzindo conhecimentos que possam problematizar, explicar, revelar e também propor soluções que melhorem o cuidado, os processos de trabalho e a gestão, impactando no

cotidiano das pessoas, no qual os problemas de saúde encontram sua expressão.

Os textos foram organizados em duas partes. A primeira, intitulada *Redes de Atenção à Saúde Mental*, que incluiu um conjunto de trabalhos que problematizaram a organização da rede de SM no município de Salvador. Estes trabalhos buscaram responder a objetivos específicos que pretenderam: 1) descrever a relação da rede de SM e de AB; 2) analisar o processo de trabalho em SM e sua relação com a SM dos trabalhadores; e 3) conhecer os fatores associados à adesão ao tratamento em SM. A segunda, denominada *Reflexões teóricas e práticas na Atenção Básica*, que reuniu artigos com propostas teórico-metodológicas que orientam análises sobre temáticas relacionadas ao cuidado e à gestão na AB e problematizam o acesso dos usuários com anemia falciforme (AF) aos serviços de Atenção Primária (AP).

Sendo assim, cinco trabalhos compõem a primeira parte. O primeiro texto, intitulado *Enredamento de discursos: Entre ecos, consonâncias e dissonâncias sobre a Rede de Atenção Psicossocial*, teve como objetivo compreender a concepção dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um Distrito Sanitário (DS) de Salvador sobre o papel de cada componente da referida rede no cuidado integral da pessoa com transtorno mental.

O segundo texto, *Apoio matricial: Uma ferramenta para o cuidado integral em Saúde Mental*, buscou compreender de que forma o Apoio Matricial (AM) em um DS faz a articulação entre a AB e a rede de SM, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs). O artigo aborda ainda as concepções dos atores envolvidos a respeito do matriciamento e as potencialidades do AM, bem como os desafios a serem

superados para se aperfeiçoarem a comunicação e o trabalho entre esses dispositivos de atenção.

O terceiro texto, intitulado *O trabalho em Saúde Mental: Condições de trabalho e a relação com o sofrimento dos trabalhadores*, apresenta um estudo sobre o processo de trabalho em SM. O advento da Reforma Psiquiátrica (RP) promoveu profundas mudanças na lógica do trabalho em SM, influenciando a satisfação com o trabalho e a saúde desses profissionais. Nessa perspectiva, esse estudo avaliou o processo de trabalho em SM e a relação deste com a SM dos trabalhadores de um DS do município de Salvador, Bahia (BA); identificando os elementos, no processo de trabalho, que interferiram na saúde dos referidos profissionais.

O quarto texto, *Adesão ao tratamento: Facilitadores da continuidade do cuidado em Saúde Mental*, buscou identificar os fatores associados à adesão ao tratamento nos serviços substitutivos – tratamento dirigido tanto a portadores de transtorno mental quanto a usuários de álcool e/ou de outras drogas em um DS na cidade de Salvador (BA); e também compreender de que forma a relação profissional-usuário interfere no processo de adesão ao tratamento, destacando o papel da família no processo da terapêutica sob a perspectiva dos usuários assistidos nesses serviços.

O quinto texto, *O dispositivo ambulatorial de Saúde Mental no contexto de construção de novas tecnologias de cuidado psicossocial*, realizou análise do perfil clínico e sociodemográfico dos usuários de um ambulatório especializado em SM da cidade de Salvador, dando ênfase à discussão das tecnologias de cuidado desenvolvidas e ao papel que este dispositivo possui no contexto atual da RP.

A segunda parte, intitulada *Reflexões teóricas e práticas na Atenção Básica*, é composta por quatro trabalhos.

O primeiro, *Adultos com anemia falciforme e a utilização dos serviços da Estratégia de Saúde da Família*, identificou e mapeou a utilização dos serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por adultos com AF no município de Lauro de Freitas (BA). Este trabalho apresenta importante significado para o contexto regional devido à elevada prevalência desta condição no estado da Bahia e à morbimortalidade associada.

O segundo, *Experiências de mães de crianças e adolescentes com anemia falciforme na Rede de Atenção à Saúde em Lauro de Freitas (BA)*, descreveu as experiências vivenciadas por mães de crianças e adolescentes com AF na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Lauro de Freitas, município da região metropolitana de Salvador (BA). Ressaltou-se a importância da estruturação de uma rede pública de serviços, organizada e descentralizada, norteadas pela lógica da existência de referência e de contrarreferência, de forma a potencializar os serviços existentes e a resolver os problemas encontrados nesta rede, assegurando a integralidade da assistência às crianças e aos adolescentes com AF.

O terceiro, *Vivência de residentes de Saúde da Família em uma instituição hipercomplexa*, descreveu as experiências dos residentes de Saúde da Família durante intercâmbio no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), em Brasília, Distrito Federal (DF), no período de fevereiro a março de 2016. O relato ressalta a importância da vivência dos residentes em uma instituição hipercomplexa, onde foi possível observar e participar da organização do processo de trabalho, da formulação das políticas de saúde, bem como acompanhar e monitorizar a situação de saúde de estados e

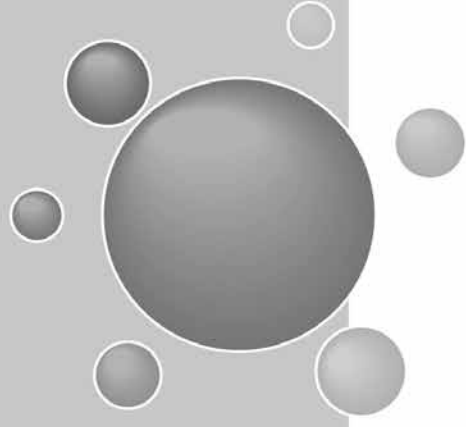
municípios brasileiros, ressaltando a contribuição para a formação desses profissionais.

O quarto, *Estratégias de empoderamento identificadas no Plano de Saúde (2014-2017) de um município da Bahia*, descreve as estratégias de empoderamento identificadas no Plano de Saúde (PS) do município de Lauro de Freitas (BA), refletindo sobre o potencial empoderador de cada estratégia para a promoção da saúde.

Esperamos que esses artigos organizados nesse número temático possam ampliar e aprofundar as discussões no que se refere à política, ao cuidado, à formação e à gestão no campo da SM e da AB, bem como contribuir para tal.

Os Organizadores.

PARTE I



ENREDAMENTO DE DISCURSOS: Entre ecos, consonâncias e dissonâncias sobre a Rede de Atenção Psicossocial

Ana Carolina Cerqueira Medrado

Maraíze Gomes Cruz

Juliana Jesus Baião

Milena de Almeida Souza

Patrícia Sodré Araújo

A Constituição Federal Brasileira (CFB) assume que a saúde é um direito de todo cidadão (BRASIL, 2012a). Contudo, o conceito de saúde admite diversas acepções, sendo válido discuti-las, já que é a partir da compreensão que se tem desse termo que irão se delinear as práticas e as Políticas de Saúde (PSs). Almeida Filho (2011) afirma que o supracitado conceito sempre esteve fora do campo de visão das ciências da saúde e, em seu livro *O que é Saúde?*, procura dar conta desse debate. Este autor investiga as diversas definições que o termo pode reunir, seja como fenômeno, medida, ideia, valor ou campo de práticas. Entretanto, retomando a sua etimologia, apreende-se uma das significações da polissemia que o conceito de saúde incorpora. Investigando suas raízes nas diversas línguas, deriva das palavras pureza, perfeição, verdadeiro, sagrado, firmeza, inteireza, integralidade, totalidade (ALMEIDA FILHO, 2011).

Paim (1986) também tenta conceituá-la e afirma que a saúde vai além dos seus serviços, sendo reflexo das condições de vida biológica, social e cultural. Esse ideal de saúde é o pilar do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) brasileiro

que culminou na promulgação da Lei nº 8.080/90 que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e define que:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. [...]

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 2003, p. 22.).

Nota-se um compromisso do SUS em garantir a saúde em uma perspectiva integral, sendo a integralidade um dos seus princípios. Sobre isso, Severo e Seminotti (2010) afirmam que a integralidade ocupa um lugar de centralidade na construção do SUS, repercutindo na organização do processo de trabalho, na orientação da prática profissional e no delineamento das PSs. A ideia de integralidade se opõe ao reducionismo, seja ao reducionismo do usuário, seja ao reducionismo das práticas, o que significa que a integralidade só é possível através de um exercício cooperativo entre

serviços, trabalhadores, usuários e gestores. Além disso, incorpora o saber sistêmico/complexo, visando compreender o sujeito como um ser histórico, político, cultural e ecológico, de modo a romper com a lógica da fragmentação (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Pinheiro (2008) corrobora com Severo e Seminotti (2010) e ratifica que, na prática, o termo integralidade se torna mais amplo que na acepção legal, sendo resultante do encontro entre sujeitos que comungam com a defesa da vida. De fato, a legislação do SUS tem uma concepção mais restrita, ao definir a integralidade da assistência como “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2003, p. 25).

Apesar da proposta de articulação trazida na Lei nº 8.080/90, Mendes (2011) afirma que a atenção à saúde no Brasil é fragmentada e não responde bem às mudanças das condições de saúde brasileiras que, além de doenças agudas, enfrentam também a ascensão de doenças crônicas. Este autor assegura que tais questões podem ser contornadas pelo delineamento de Redes de Atenção à Saúde (RAS):

[...] há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade,

às condições de saúde da população brasileira. (MENDES, 2011, p. 18).

Contemplando tais aspectos, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2010, a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a RAS no SUS, definidas como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, **buscam garantir a integralidade do cuidado**” (BRASIL, 2010, p. 4, grifo nosso).

A Atenção Básica (AB) é definida como porta de entrada do Sistema de saúde e tem especial importância na organização da RAS. Desta forma, assume-se a importância da prevenção de doenças e da promoção da saúde, principalmente no tocante ao controle das doenças crônicas, o que possibilita um melhor aproveitamento dos recursos de saúde, já que se investe num cuidado longitudinal e integral, precavendo os agravos à saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011). Ademais, a supracitada Portaria define que a RAS deve pautar-se no cuidado multiprofissional, nas ações em território e na humanização em saúde.

A gestão das RASs exige constante monitoramento e avaliação dos processos e tomada de decisões compartilhadas, o que pode corresponder tanto a um ponto forte quanto a uma fragilidade; na medida em que as negociações podem ser lentas, a participação de vários atores atrapalha a prestação de contas e a diluição de responsabilidades pode dificultar o alcance de metas (FLEURY; OUVÉRY, 2007 apud MENDES, 2011).

A partir do delineamento da RAS, o MS criou também sub-redes temáticas (ASSIS et al., 2014) como a Rede

de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011).

A RAPS está em consonância com a Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (LRPB), e tem como diretrizes o respeito aos direitos humanos, o combate ao estigma relacionado à doença mental, à diversificação das estratégias de cuidado, às ações comunitárias e no território, às estratégias de redução de danos, à intersectorialidade visando à atenção integral em saúde. Para tanto, é constituída por sete componentes: atenção básica; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar em hospitais gerais; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2001).

A proposta da RAPS vai além de uma saúde restrita ao modelo biomédico, visa extrapolar as práticas curativas e de controle de sintomas, intentando empoderar as pessoas em sofrimento psíquico e promover a sua (re)inserção social (ASSIS et al., 2014). Dialoga com uma nova concepção de doença mental, expandindo o olhar para o sujeito e não apenas para a doença, como propôs Basaglia (2005). Destarte, a loucura deixa de ser restrita ao campo da saúde, na medida em que é encarada também como fruto de mazelas sociais, como a desigualdade e a marginalização (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

Assim, o cuidado em Saúde Mental (SM) pela perspectiva da RAPS não se concretiza apenas com o somatório de serviços de saúde, é preciso a articulação entre diversos sujeitos e setores:

Dessa forma, a proposição de redes aponta para o conjunto de possibilidades de recursos e de respostas a serem

conjugadas, associadas e coordenadas de modo a produzirem “transformações nas realidades dos territórios e transformar a experiência do sofrimento” na vida das pessoas. Ao mesmo tempo, implica a necessidade de superação do isolamento das práticas dos serviços, mobilizando saberes e recursos de usuários, familiares e instituições do território para se conjugarem em novas configurações pessoas-equipes-serviços-contextos em torno de ‘projetos comuns’. A proposição de formar as redes visa promover um agir coordenado para produzir um “de-vir” comum. (ASSIS et al., 2014, p. 92).

Acredita-se que o “agir coordenado” surge a partir de uma linguagem afim e a partir da clareza de cada elo da rede quanto ao seu papel no cuidado. Concorde-se com Severo e Seminotti (2010), os quais ratificam que a falta de reflexão e de diálogo entre as equipes reproduz a compartimentalização do saber em disciplinas, o que representa a antítese do cuidado integral. Desta forma, considerando os pontos destacados, este trabalho objetiva compreender a concepção dos profissionais da RAPS de um Distrito Sanitário de Salvador (DSS) sobre o papel de cada componente da referida rede no cuidado integral da pessoa com transtorno mental.

METODOLOGIA

O presente texto é fruto de uma das categorias analíticas de um trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da Universidade do Estado da Bahia

(UNEB) que teve como objetivo geral caracterizar a RAPS de um DSS. Esta produção foi fruto do banco de dados de uma pesquisa guarda-chuva que objetivou investigar como um DSS tem organizado a rede de SM de forma a garantir as medidas de prevenção e cuidado aos usuários e profissionais inseridos na atenção psicossocial. A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNEB, Parecer nº 759.904.

O banco de dados utilizado para esse estudo foi gerado a partir das informações sociodemográficas coletadas e das transcrições das 47 entrevistas executadas com os profissionais de nível superior de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II) e um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad); os profissionais de nível superior e nível médio (Agentes Comunitário de Saúde) de duas Estratégias de Saúde da Família (ESFs); e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que presta apoio às duas ESFs. As entrevistas foram conduzidas a partir de roteiros semiestruturados construídos pelas autoras do trabalho, visando atingir os objetivos específicos da pesquisa guarda-chuva. Todas as entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma individual e em recinto que garantisse o sigilo. As coletas de dados foram interrompidas após atingirem os pontos de saturação de cada pesquisa. As entrevistas foram todas gravadas e transcritas na íntegra.

A análise das entrevistas foi feita a partir da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). Para tanto, foram realizadas leituras flutuantes do material que compõe o banco de dados desde a produção dos demais trabalhos originados da pesquisa guarda-chuva. Posteriormente, delinearam-se

pré-categorias temáticas relacionadas ao objetivo do estudo. Passada essa etapa, foram definidas as categorias empíricas e a interpretação dos dados a partir da literatura científica sobre a temática em questão (BARDIN, 2011).

Como forma de garantir o sigilo e a confidencialidade, optou-se por não nomear o DSS; e os trabalhadores foram identificados por códigos: C, corresponde às entrevistas realizadas com os profissionais do CAPS; e AB, aos profissionais da Atenção Básica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa demonstraram que, quando se trata de definir a forma de cuidado e o papel de cada dispositivo da RAPS, os discursos são dissonantes. Parte da equipe de AB não tem clareza quanto à demanda que cabe ao CAPS atender e alguns ainda desconhecem que a SM também é responsabilidade da AB.

É possível supor que, apesar da proposta de integralidade trazida pelas políticas públicas, concretamente, dentro da realidade dos serviços, o que impera é a lógica de encaminhamentos e os ruídos na comunicação entre as equipes, demonstrando um cuidado fragmentado e que emperra na circulação entre os dispositivos como observado no discurso a seguir.

[...] a psicóloga e [...] a assistente social da nossa equipe foram fazer uma visita no Juliano Moreira [hospital psiquiátrico] essa semana e deram esse retorno e dizendo que o Juliano, hoje, ele na verdade tá passando os pacientes [...] pra atenção básica pra eles ficarem nos CAPSs e não o contrário, eles que têm que direcionar pro CAPS e não o CAPS mandar pro Juliano, né? E existe toda essa dificuldade, inclusive dentro do próprio Juliano, as colegas que foram visitar trouxe essa informação pra gente, que dentro do próprio

Juliano existe o ambulatório, existe o hospital dia, existe vários compartimentos, por assim dizer e que entre eles mesmos não dialoga e que aí fica complicado, tanto que elas saíram de lá ainda com poucas informações pra ainda fazer encaminhamento, pouca segurança. [...] Aí é essa a questão porque até então entendia-se que deveria ser no Juliano Moreira e o Juliano Moreira disse que já não pega mais esse tipo de paciente [paciente descompensado] e o CAPS disse que também não pega esse tipo de paciente, e aí? Manda esse paciente pra onde? O diálogo do Juliano Moreira é que esses pacientes eles devem ir pros hospitais públicos onde existe leito... leito reservado pra pessoas com transtorno mental. (AB15, informação verbal).

Fica claro o desencontro entre o CAPS, a AB e o hospital psiquiátrico e chama a atenção esse último serviço, não previsto pela RAPS, ser uma constante referência para os entrevistados. A fala acima também explicita a dificuldade em discernir qual o perfil assistencial de cada dispositivo, o que é crucial para dar resolutividade aos casos, sendo que a falta desses critérios indica um serviço mal planejado (KUSCHNIR; CHORNI; LIRA, 2010). Contudo, quando se trata da AB, não há um perfil a se definir, já que esta, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB): “Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012b, p. 19).

Miranda, Oliveira e Santos (2014), em seu estudo sobre a RAPS em uma cidade no Rio de Janeiro, identificaram que nenhuma equipe de AB do município reconheceu como inerente ao seu trabalho oferecer cuidado em SM. Referente a isso, os resultados desta pesquisa não encontraram consenso. Apesar de alguns profissionais da AB desconhecerem que seu dever com a pessoa em sofrimento psíquico vai além de

encaminhá-la. Outros demonstraram compreender melhor seu papel, como observados nos trechos a seguir.

[...] eu acho que na atenção básica deveria ter um grupo aqui, aqui para fazer o atendimento, eu acho que a atenção básica deveria vir também, não só a gente encaminhar, encaminhar, encaminhar [...] (AB11, informação verbal).

[...] atenção básica a gente tem que atender, é... Toda a população praticamente, aí isso vai, vai variando, diversas formas é... Vacina, é, atendimentos clínicos, né? Queixas clínicas, e a saúde mental quer queira, quer não, é um problema que pode levar a transtorno mais grave, mas também podem ter os transtornos menores, né? Que poderia ser, ter uma atuação da atenção básica, que às vezes é uma escuta, né? É uma atenção que o paciente quer, enfim, eu vejo sim a questão da saúde mental, uma parte dela daria pra ser trabalhada na atenção básica, agora os casos mais complexos, não, teria que referenciar para uma atenção secundária ou terciária. (AB12, informação verbal).

Se a gente não cuidar desses pacientes na prevenção, eles só tendem a agravar, né? E ele como qualquer outro paciente tem o direito também a ser assistido e também olhar essa parte da prevenção, porque não é só a cabeça tem os outros... As outras partes do corpo que precisa ser assistidos. (AB6, informação verbal).

[...] a atenção básica, eu acredito como porta de entrada da rede de atenção à saúde, ela é ordenadora da rede de atenção à saúde, então precisa sim tá fazendo parte a questão de saúde mental. (AB5, informação verbal).

[...] porque o atendimento é universal e é de forma integral, a gente tem que dar de forma integral o atendimento. (AB13, informação verbal).

Jucá, Nunes e Barreto (2009) também revelaram uma pluralidade de discursos em sua pesquisa sobre Programa Saúde da Família (PSF) e SM em Salvador. Estas autoras afirmam que, apesar de ser comum que uma

equipe multiprofissional produza uma diversidade de interpretações sobre determinada questão, tal fato também pode revelar-se como um entrave para o trabalho. Nesse sentido, encontrou-se dificuldade por parte da Atenção Primária (AP) em discernir quais as demandas do CAPS. A fala a seguir aponta diversos perfis que podem ser atendidos em tal serviço.

[...] Pra mim a qualquer momento ele pode ser encaminhado para o CAPS. Porque eu falo em qualquer momento? Em que casos [...] os pacientes que tenham algum problema familiar ou que passem por um estresse pós-traumático, que seja de violência, que seja de drogas, que seja de relacionamento instável, é... É... Os pacientes que teve algum surto e depois por algum motivo saiu e foi para rede hospitalar, depois estabilizou um pouco e precisa sempre fazer acompanhamento, então, a qualquer momento esses pacientes em potencial, pacientes que poderiam ser acompanhados por um CAPS. (AB2, informação verbal).

É possível prever o problema que poderia se instaurar se fossem feitos todos os encaminhamentos expostos: além do excesso de demanda que o CAPS não conseguiria absorver, aponta também para uma transformação do sofrimento em doença. Feuerwerker (2014) chama atenção para esse processo de patologização do sofrimento, fato que expõe um olhar que não enxerga o sujeito, apenas a doença. Tal processo foi amplamente discutido pela Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), encabeçada por Basaglia (2005), e que inspirou o movimento de Reforma Psiquiátrica (RP) brasileiro (AMARANTE, 2007). Basaglia (2005) denunciou a objetificação da pessoa com transtorno mental e propôs colocar a doença entre parênteses para enxergar o sujeito. Nesse sentido, destaca o papel do

hospital psiquiátrico e do psiquiatra em violentar o sujeito ao transformá-lo em objeto e denuncia:

[...] a objetificação não é a condição objetiva do doente, mas reside dentro da relação entre doente e terapeuta, e, portanto dentro da relação entre doente e a sociedade, que delega o tratamento e a tutela do doente ao médico. (BASAGLIA, 2005, p. 35).

Por conta disso, o referido autor afirma que o hospital psiquiátrico é uma instituição a ser negada e superada (BASAGLIA, 2005).

É alinhando-se a estes ideais que surge o movimento de RP no Brasil, dando subsídios à atual política de SM que se pauta no resgate da cidadania dos sujeitos e no tratamento em liberdade de base comunitária (AMARANTE, 2007). Diante dessas questões, é preocupante que o hospital psiquiátrico ainda assuma um protagonismo no tratamento em SM, como indicam alguns discursos dos profissionais entrevistados, vide o exemplo a seguir.

Temos um CAPS II no distrito [...] eu conheço o serviço, e nessa época aí, teve uma mudança de público alvo e com essa mudança de público alvo ficou muito a desejar, então que... Então hoje em dia a gente... Qualquer coisa que eu conheço eu encaminho diretamente pro Juliano Moreira [hospital psiquiátrico de referência], que tem um serviço de triagem e é mais fácil de hoje a meta de saúde dos pacientes do que o próprio CAPS. [...] Porque o CAPS, como eu disse, mudou o público alvo, antigamente pegava pessoas com depressão, logo quando ele abriu, porque não tinha uma demanda, então que que ele pegou? Pegou todo aquele público com depressão, síndrome do pânico, tudo isso, aceitou, mas depois ele voltou pro público alvo dele realmente. Que é o

quê? As pessoas que são, passou um tempo internada e agora estava sendo relocada novamente pra dentro da sociedade que tava passando por um período de tratamento. (AB9, informação verbal).

A fala do Agente Comunitário de Saúde (ACS) AB9 revela um desconhecimento dos dispositivos da RAPS e do papel de cada instância no cuidado, sendo recorrente esse tipo de confusão entre a equipe da AB. Campos e colaboradores (2009) corroboram tais achados em estudo realizado em Campinas. De acordo com estes autores, os coordenadores de serviços da AB têm pouco domínio sobre o trabalho do CAPS e os ACSs afirmaram realizar ações de SM embasadas no senso comum (CAMPOS et al., 2009).

Tais distorções indicam o quão distantes estão os serviços do CAPS e da AB; contudo, não é válido imputar a responsabilidade dessa questão apenas às equipes desses espaços, é preciso lembrar que cabe também à gestão promover tais aproximações (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014). Além disso, é preciso destacar a baixa cobertura da AB na cidade (de apenas 31,4%) e de ACSs (de apenas 28,3%), aliada ao baixo quantitativo de CAPSs: 20 CAPSs no total, sendo somente dois CAPSad, um CAPSad III e nenhum CAPS III (PREFEITURA DE SALVADOR, 2014; BRASIL, 2015). Considerando que esta rede deve atender a uma população de 2.883.672 habitantes (PREFEITURA DE SALVADOR, 2014), pode-se inferir que os profissionais estão assumindo uma carga de trabalho exaustiva, sendo compreensível que não consigam dar conta da articulação da rede.

As declarações da equipe do CAPS foram em direção oposta à da equipe da AB. Enquanto na AP o cuidado em

SM ainda aparece nebuloso, percebe-se que, no CAPS, os profissionais tinham mais clareza da sua função:

[...] eu vejo aqui é muito de apagar incêndio. Claro que trabalho a prevenção, tento é... Trabalhar a temática da reinserção social, da inclusão, mas, no entanto a gente não tem instrumentos que facilitem isso. De ver aquelas pessoas que estão bem e têm possibilidade de trabalhar, de tá indo nos locais conversar com as pessoas tentando desmistificar a questão do preconceito, o que eu acho pra que tudo dê certo, pra que as coisas funcionem bem, pra que a inclusão exista, a gente tem que fazer isso. (C29, informação verbal).

Aí acho que tem também a questão da reabilitação, da ressocialização que aí você tem também um processo de trabalho que inclui o território como um espaço do trabalho, né? Um espaço da instituição também, onde a instituição também vai operar e antes da reforma você tinha um foco mesmo na instituição fechada, né? No espaço institucional fechado ali sem pensar nesse contato com fora, a equipe, o território... Articulação de rede também eu acho que isso é uma coisa que interfere, né? [...] então assim, de você não pensar a assistência unicamente por aquela equipe onde o serviço, né? Está, mas de que você também considerar que outros fatores na rede também podem fazer de algum modo participar daquele processo de trabalho, né? Da assistência de alguma forma mesmo não estando presencialmente no espaço da instituição, mas você também vai com esses atores fazendo uma... Enfim, um trabalho. (C17, informação verbal).

Desvela-se, assim, um cuidado que se amplia, que vai além do mero controle de sintomas e compromete-se com a reabilitação psicossocial. Saraceno (2001) diz que a reabilitação psicossocial é um compromisso ético que extrapola os serviços de saúde e que incorpora a família, o usuário e a comunidade. Caminharam nessa direção as falas que seguem:

Porque eu vejo que hoje atenção é prestada para o usuário de maneira é... Muito mais voltada para socialização, né? Pra reinserção do usuário, muito mais voltada pra isso, pra ações compreensivas e negociadas com o usuário do que ações impositivas e institucionalizantes. (C20, informação verbal).

Também é da responsabilidade dele [usuário] se colocar pra que ações intersetoriais também possam acontecer, acho que já compartilhando isso com eles, acho que isso já alivia algo em mim. [...] Aí quando eu falo isso tem implicações com os usuários, por exemplo, né? Se o usuário tem uma demanda por habitação e você tem programas habitacionais no município, embora eu acredite que o CAPS ele tem como atuar de uma forma que ele facilite o acesso àquele programa, o usuário também tem que... Precisaria buscar como cidadão, né? Formas de estar lutando politicamente, se organizando para pautar em espaços, conselhos, conferências, sei lá, espaços de participação popular e etc. A necessidade de que não fosse só contemplado em relação cuidados a cuidado em saúde, mas também habitação, emprego, renda. (C17, informação verbal).

Percebe-se, nas falas acima, um compromisso do CAPS com o resgate da cidadania, com o aumento da contratualidade dos sujeitos, incentivando as trocas sociais com o meio (SARACENO, 2001). Miranda, Oliveira e Santos (2014) também afirmam que a dimensão do cuidado em SM não se coaduna com os padrões de normalidade, vai adiante, devendo oferecer recursos diversificados para que o usuário possa lidar com seu sofrimento através de trocas mútuas com o meio social, viabilizando a transformação do sujeito e do ambiente.

Relativo a isso, a AB assume um papel estratégico na medida em que tem uma penetração muito maior no território onde os sujeitos transitam, o que possibilita a construção de vínculos, essenciais para o trabalho em SM (ASSIS et al., 2014). Esse diferencial é marcado na fala seguinte:

[...] o modo de fazer um cuidado básico em saúde num CAPS e numa atenção básica são diferentes [...] a atenção básica mais próxima, né? Do território, da área que a pessoa vive então assim pra você ter acesso a determinantes de saúde, né? As necessidades daquele cidadão, daquela região, daquela área de abrangência pro CAPS é muito mais distante, é uma realidade muito mais que a gente não consegue acessar, acho que a partir disso poderia ser pensado o projeto terapêutico, poderia ser pensado uma série de questões pra aquele usuário, pensando numa melhora de qualidade de vida, além da saúde mental, né? A melhora da qualidade de vida, da saúde como um todo daquele sujeito se você tem um serviço que tá mais próximo, né? [...] (C7, informação verbal).

Assim, essa peculiaridade da AB faz com que este seja um potente recurso da RAPS na garantia da integralidade em saúde, já que “[...] é o território [...] a antítese da lógica biomédica que inviabiliza a possibilidade de um cuidado integral, por fragmentar os sujeitos a partir das especialidades médicas” (ASSIS et al., 2014, p. 99).

Outra característica da AB é desenvolver ações de prevenção e de promoção da saúde. Destarte, seu trabalho em SM se coloca também antes do adoecimento psíquico e sua prática não se limita a intervenções curativas (ASSIS et al., 2014). Contudo, a possibilidade da AB de atuar promovendo a SM e prevenindo os transtornos foi pouco citada nos discursos dos profissionais de ambos os serviços.

Quando se trata de integralidade no campo da SM, é fundamental discutir a desinstitucionalização do cuidado. Para tanto, o estreitamento dos laços entre a AB e o CAPS é primordial. Nesse sentido, vale a pena recorrer a Amarante (1996, p. 30), que diz:

A desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades. E se hoje podemos assumir que a realidade é construída, podemos admitir ainda que pode ser desmontada para ser (permanentemente) reconstruída sobre novas bases.

Tais bases devem ser construídas em rede, sendo esta a propulsora da desinstitucionalização. A superação do manicômio e de práticas institucionalizantes só será possível a partir de uma renovação contínua realizada em rede, que exigirá uma revisão política, teórica e prática. Desta maneira se dará a construção de uma nova realidade: oriunda de novas relações entre os sujeitos, da produção de originais espaços de cuidado, de novas formas de ocupar o espaço social e de novos arranjos administrativos.

Todavia, a criação dessas novas bases exige a demolição dos “desejos de manicômio” (LAVRADOR, 2012, p. 409):

Estes se exprimem através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar, que se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e, muitas vezes, despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona as experiências da vida ao obstruir a nossa potência de agir.

O cotidiano dos encontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários deve aparecer como uma possibilidade de desconstrução de todas as formas de clausura que ainda imperam. Contudo, tal empreitada não se configura como uma tarefa fácil, já que os sons do passado continuam ecoando:

[...] nós estamos numa mudança de modelo, mas o modelo antigo deixa marcas profundas, né? De lógica que aí vem desde a lógica da própria saúde, não só da lógica da saúde mental, né? De um atendimento muito mais voltado para o modelo biomédico, né? E aí como o modelo biomédico impera, os próprios CAPSs têm dificuldade de sair desse modelo, mesmo sendo serviços de saúde mental, que é uma área muito específica e que tem tido uma trajetória muito específica dentro da saúde. (C18, informação verbal).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do estudo demonstram que não há um discurso uníssono sobre o cuidado em SM, sobretudo entre os profissionais da AB. Foi possível perceber que não há clareza da AB quanto à demanda que deve ser encaminhada para o CAPS e que a função desta no cuidado em SM não se encontra assentada. Por outro lado, os trabalhadores do CAPS têm uma maior apropriação sobre o cuidado pela ótica da RAPS, apesar de sinalizarem que as ações biomédicas por vezes imperam.

A falta de unidade entre os discursos pode implicar em desencontro entre as práticas, vindo a comprometer a integralidade do cuidado. Dessa forma, alguns mecanismos poderiam ser criados para contornar a dificuldade de comunicação entre os serviços e a nebulosidade dos papéis, como a educação permanente em saúde e ações de matriciamento.

Entretanto, qualquer recurso se fará insuficiente mediante baixa cobertura da AB e precariedade da RAPS como um todo (vide a falta de dispositivos em Salvador, como o CAPS III, entre outros).

Destaca-se que, por conta de a pesquisa ter sido realizada apenas em dois componentes da RAPS, a participação de outros dispositivos não apareceu de forma recorrente nas declarações dos entrevistados. Sendo assim, é preciso que mais estudos sejam desenvolvidos sobre a temática. Além disso, esses resultados compõem o recorte de uma determinada realidade em determinado período, não podendo ser generalizados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

ASSIS, Jaqueline Tavares de et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-114, out. 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise do conteúdo.** 5. ed. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília, DF: Edições Câmara, 2012a. 454 p.

BRASIL. **Legislação do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2003. 604 p.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso: 22 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção**. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 43, supl. 1, p. 16-22, 2009.

DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 212-222, jan./abr. 2009.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

JUCÁ, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIRA, Anilka Medeiros Lima e. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de

Ciências da Administração, UFSC; Brasília, DF: CAPES, UAB, 2010.

LAVRADOR, M. C. C. A psicologia e os desafios contemporâneos da reforma psiquiátrica. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; SATO, Leny (Org.). **Diálogos em psicologia social**. Edição on-line. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaíssa Fernanda Kratochwill de; SANTOS, Catia Batista Tavares dos. Estudo de uma rede de atenção psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 3, p. 592- 611, 2014.

PAIM, Jaimilson Silva. Direito à saúde, cidadania e estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil Pereira; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2008. p. 255-262.

PREFEITURA DE SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**: versão preliminar. Salvador, 2014. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf>. Acesso: 15 jan. 2015.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1685-1698, 2010.

APOIO MATRICIAL: Uma ferramenta para o cuidado integral em Saúde Mental

Milena de Almeida Souza

Maraíze Gomes Cruz

Juliana Jesus Baião

Ana Carolina Cerqueira Medrado

Patrícia Sodré Araújo

Na década de 1970, no contexto de redemocratização do Brasil, surge o movimento da Reforma Psiquiátrica (RP). Esse período foi marcado por denúncias realizadas pelos trabalhadores dos hospitais psiquiátricos, devido às situações de violência, de maus-tratos e de abandono das pessoas que ali eram “tratadas”. Os hospitais, além de internarem as pessoas com transtornos mentais, mantinham alguns presos políticos da ditadura militar. Nesse contexto, com a articulação dos trabalhadores, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que se tornou significativo para a ascensão de um novo modelo de saúde substitutivo aos manicômios (AMARANTE, 2008; TENÓRIO, 2002).

Como marco legal dessa reforma, o deputado Paulo Delgado sugere uma revisão legislativa com o projeto de Lei nº 3.657/1989. Tal projeto perdurou em análise pelo Congresso Nacional (CN) durante alguns anos e somente em 2001 a Lei nº 10.216 foi sancionada, esta que dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em Saúde

Mental (BRASIL, 2001; TENÓRIO, 2002). Nessa perspectiva de mudança de modelo e paradigma, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), que objetivam oferecer tratamento às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou de outras drogas no território. Essa lógica de trabalho territorial pretende a interlocução dos CAPSs com os demais serviços existentes na área de abrangência, inclusive os serviços de saúde, dentre eles a Atenção Básica (AB), que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme institui a Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2004, 2011b).

Os conceitos de “rede” e “território” são imprescindíveis para compreensão do papel estratégico dos CAPSs e para compreensão da relação entre a AB e os CAPSs (BRASIL, 2004). O território vai além da dimensão geográfica, ele é constituído pelas pessoas em que nele residem, comunidade e instituições; e é a partir desse entendimento de território que se busca construir uma rede de atenção à pessoa em sofrimento mental/família/comunidade (TENÓRIO, 2002; BRASIL, 2004).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são constituídas pelo conjunto de serviços de saúde – que estão conectados por uma missão e objetivos comuns –, estabelecem relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção e, com isso, permitem uma atenção integral e contínua à população coordenada pela Atenção Primária (AP) à saúde (MENDES, 2010, 2011).

Para organizar esta rede e promover o cuidado, bem como a reabilitação psicossocial, é fundamental envolver comunidade, família, serviços de saúde, assistência social, recursos culturais e outros. As redes possuem alguns entraves

e vários centros. Vale salientar que o centro organizador dessas redes são as pessoas (BRASIL, 2004).

Os CAPSs são dispositivos estratégicos para a articulação e para a construção dessas redes, sendo fundamentais tanto na assistência ao usuário como na articulação entre as equipes de estratégia de saúde da família, bem como nos serviços existentes no seu território.

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS) cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se constituiu como um programa de transição para o Programa Saúde da Família, o PSF (BRASIL, 2012; VIANA; POZ, 1998); este que surgiu em 1994 como uma reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2013). Para operacionalizar o programa, foram implantadas equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs); equipes estas responsáveis pelo acompanhamento das famílias adstritas no território delimitado, bem como pelo estabelecimento de vínculo e de corresponsabilização com a comunidade, atuando na promoção, na prevenção e na reabilitação da saúde (BRASIL, 2012).

Os CAPSs são colocados no campo da política como estratégicos para a mudança do modelo de assistência à pessoa em Saúde Mental (SM), porém é a AB que se constitui o locus privilegiado para consolidação da RP (BRASIL, 2004). Assim, a aproximação, a comunicação e o estreitamento das relações entre a AB e os CAPSs são fundamentais para garantir a integralidade e a continuidade do cuidado dos usuários dos serviços de SM.

Com a finalidade de viabilizar a construção de projetos terapêuticos compartilhados e o rompimento com a política dos encaminhamentos e de promover a corresponsabilização entre os serviços, surge o Apoio Matricial (AM), uma

forma de organização e de ampliação da rede de saúde, que favorece a construção de vínculos entre serviços, usuários e comunidade (CAMPOS, 1999).

A partir desse contexto, foi identificada a necessidade de realizar um estudo sobre o AM da SM com a AB, visando à incorporação de uma rede ampla de corresponsabilização que se desvia da lógica de encaminhamento indiscriminado (CASTRO; OLIVEIRA; SOUSA, 2016; LIMA; DIMENSTEIN, 2016). Nessa perspectiva de estudo, pretende-se compreender de que forma o AM no Distrito Sanitário (DS) faz a articulação entre a AB e a rede de SM (CAPS) em um DS da cidade de Salvador (BA); bem como compreender as concepções dos atores envolvidos sobre o matriciamento e identificar as potencialidades do AM e os desafios que existem entre esses dispositivos de atenção.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A coleta de dados foi realizada no período de novembro a dezembro de 2014, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados um formulário sociodemográfico e um roteiro de entrevistas elaborado pelas autoras.

Foram realizadas 17 entrevistas na AB com profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos, nutricionistas e odontólogos), totalizando 11 profissionais, e seis profissionais de nível médio (Agentes Comunitários de Saúde), em duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), este que faz a cobertura das referidas unidades de ESF. Além disso, foram realizadas 14 entrevistas com profissionais de

nível superior das duas unidades do distrito que compõem a atenção especializada em SM – CAPS: o CAPSad, totalizando oito profissionais; e o CAPS II, totalizando seis profissionais. Dentre estes profissionais, havia médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, educadores físicos, psicólogos e pedagogos. Foram realizadas, no total, 31 entrevistas.

As entrevistas foram gravadas, depois transcritas, para posterior análise. As informações colhidas foram analisadas através da análise de conteúdo (BARDIN, 1995) e, desse material, foram extraídos os conteúdos e as observações mais significantes.

Este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa *guarda-chuva*, submetido ao CEP da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) sendo aprovado mediante Parecer de nº 759.904. Esta pesquisa seguiu as diretrizes e as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2012a), que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos.

Para identificação das falas, foram utilizadas as letras: E0, para os profissionais da ESF; N0, para o NASF; e C0, para o CAPS (sendo o CAPSad identificado com números ímpares e o CAPS II, com números pares), todos acompanhados das categorias profissionais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 1999, Campos (1999) propõe a reorganização dos trabalhos em saúde, um novo arranjo que dialogasse com a prática da transdisciplinaridade, da troca de saberes, e que superasse o modelo médico hegemônico, estimulando o vínculo entre usuários e profissionais, a fim de assegurar a atenção integral ao usuário, e desfazendo os entraves

da comunicação. Desta maneira, haveria uma mudança na lógica de referência e de contrarreferência, uma vez que os projetos terapêuticos seriam realizados em conjunto, de forma compartilhada, e o usuário não pertenceria a um serviço ou outro, ambos seriam responsáveis, não havendo assim necessidade de encaminhamentos.

O AM é uma nova forma de produzir saúde entre equipes de diferentes serviços. Dessa maneira, é estabelecido um cuidado compartilhado, intervenções em parcerias. Rompendo com o modelo tradicionalmente instaurado, no qual prevalecem os encaminhamentos e, com ele, a (des)responsabilização da equipe, para promover relações horizontais, o saber e a responsabilidade compartilhada (CAMPOS, 1999; CHIAVERINI, 2011).

Nessa lógica de produzir saúde e na perspectiva desse estudo, a equipe de referência é a ESF e a equipe de AM são os CAPSs. Esta última é a equipe especializada que irá contribuir com o seu saber específico. Este aliado, ao saber da equipe de referência, irá proporcionar o aumento da capacidade resolutiva, bem como ampliar o diálogo e o conhecimento entre as equipes (CASTRO; OLIVEIRA; SOUSA, 2016; LIMA; DIMENSTEIN, 2016). Neste aspecto, há uma valorização do saber dos diversos atores que compõem a RAS, proporcionando a construção de projetos terapêuticos compartilhados (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012; CAMPOS, 1999; CHIAVERINI, 2011).

Observou-se, nesse estudo, que o conhecimento acerca do AM ainda não era claro para boa parte dos entrevistados. No que se refere à concepção e à definição de matriciamento observadas entre os profissionais da ESF, os atores divergiam nas opiniões e não expuseram essa definição de forma precisa:

Eu achava que matriciamento tinha a ver com capacitação com algum tipo de... Tá se falando muito em matriciamento agora um termo até novo que tão se usando, quer dizer novo pra mim, na minha cabeça tem a ver com capacitação pra alguma coisa, treinamento para algo. (E1 - Odontólogo, informação verbal).

Entendo muito pouco sobre matriciamento... É... Já ouvi falar em rede matricial, mas uma abordagem muito limitada, muito pouco mesmo. (E2-Enfermeiro, informação verbal).

Entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), apesar de relatarem o desconhecimento de uma definição formal do termo, trouxeram relatos das experiências vivenciadas, oferecendo, por meio delas, elementos que dão suporte à melhor compreensão do que é o matriciamento:

Assim... a gente fez várias oficinas, com o CAPS e todos os agentes comunitários de saúde, a gente ficou mais de três meses fazendo essa capacitação de entender, de conhecer o tipo de usuário... como... e qual era o tipo de usuário que o CAPS atendia, tanto que foi muito proveitoso mesmo... tem esse nome... É isso, eu não conheço, às vezes a gente desenvolve mas não sabe o nome, né?... (E14-ACS, informação verbal).

Entre os profissionais do NASF, percebe-se que, além de trazerem a concepção do que seria o matriciamento, reforçaram que o AM é uma de suas ferramentas de trabalho, conforme relatos a seguir:

[...] é uma estratégia de ação, então o matriciamento, o apoio matricial a gente, a gente, é... Busca elementos de diversas práticas e de diversos conceitos teóricos práticos pra fazer articulações e tentar dar resolutividade pra determinada situação [...] isso faz parte do nosso trabalho na verdade. (N1-Terapeuta Ocupacional, informação verbal).

Sim, eu faço parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e uma das nossas atividades é justamente matricular as equipes de saúde da família, as equipes mínimas, a gente matricula tanto no aspecto técnico e também tem uma ação pedagógica. (N2-Ed. Físico, informação verbal).

A concepção dos profissionais do NASF sobre matriciamento converge com a definição teórica. Na prática, eles realizam o AM com as equipes de ESF a que estão vinculados, discutem e compartilham os casos. No que se refere aos outros componentes da RAS, eles tentam articular essa rede, fazem visitas quando surge algum caso e tentam contatar o CAPS, que é o responsável por realizar o AM em SM enquanto equipe especializada, compartilhando o cuidado com as equipes da AB.

Em relação aos profissionais do CAPS, percebe-se que houve uma divergência quanto à conceituação. Os entrevistados do CAPSad, em sua maioria, apresentaram uma concepção alinhada à compreensão sobre AM utilizada pela proposta de Campos (1999), enquanto que, entre os profissionais do CAPS II, prevaleceu a ideia de matriciamento como encaminhamentos entre serviços, bem como a lógica de referência e de contrarreferência.

Corroborando com os achados desse estudo, Ballarin, Blanes e Ferigato (2012) identificaram que, na dimensão teórico-prática, os entendimentos dos profissionais acerca do AM não eram claros ou muito diferentes entre si. Esses autores afirmam que é necessária uma maior apropriação sobre essa temática, a fim de que a mesma faça parte do cotidiano e das práticas de trabalho, sendo este um desafio a ser superado.

Vale enfatizar que a implementação do matriciamento não depende apenas de uma melhor compreensão

sobre esta temática, é necessário que haja uma mudança no pensamento, nas práticas e na forma de produzir saúde (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Campos (1999) afirma que os processos de trabalho e a forma como os mesmos se organizam não permite o cuidado integral e a troca de saberes entre os profissionais, dificultando a construção do trabalho transdisciplinar. Quando propõe o AM, este autor pretende transformar essas práticas, de forma que os profissionais construam em conjunto os projetos terapêuticos dos usuários, desviando-se da lógica dos encaminhamentos, da referência e da contrarreferência considerados poucos resolutivos para uma lógica do compartilhamento, de relações horizontais, integrando saberes (CAMPOS, 1999; CHIAVERINI, 2011).

Esse novo arranjo organizacional, o AM, constitui-se, em diversas localidades, como um agente norteador das práticas, este que visa integrar a AB e a SM, proporcionando a integração de saberes entre diferentes categorias profissionais e permitindo, assim, a realização da clínica ampliada. O matriciamento não é realizar o encaminhamento para um especialista, nem tampouco o atendimento individual ou a intervenção realizada por um profissional especialista em SM (CHIAVERINI, 2011).

Nesse aspecto, percebe-se uma distância entre o que falam os autores com as práticas adotadas nos locais pesquisados. Os profissionais ainda sentem a necessidade de um atendimento com um profissional especialista e trabalham na lógica do encaminhamento, da referência e da contrarreferência, conforme relato a seguir:

Eu acho que, quando é um transtorno mental ou um transtorno simples, a gente que não é psiquiatra ou psicóloga fica muito difícil de a gente não encaminhar pra o CAPS nem que

o CAPS atenda esse paciente, e manda de volta pra gente [...] a gente fica muito mais tranquilo atender um paciente assim com um transtorno qualquer que seja esse transtorno, ou mental ou psicológico tal, contanto que a gente tenha uma contrarreferência... (E5-Médico, informação verbal).

A integralidade do cuidado se opõe ao modelo de saúde existente na prática. A ampliação do cuidado em SM em outros espaços se constitui como um desafio devido ao modo de se produzir saúde (RODRIGUES; MOREIRA, 2012): as práticas adotadas e a formação profissional produzem e promovem um cuidado fragmentado.

O AM propicia a discussão de casos, a troca de conhecimento, a construção de um saber compartilhado baseado na interdisciplinaridade, bem como a corresponsabilização entre as equipes (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Neste aspecto, observou-se que, entre os serviços/equipe, isso não ocorria e, assim, não favorece a construção de projetos terapêuticos compartilhados, interferindo no cuidado e na atenção dispensada ao usuário:

Não, é (risos)... Corresponsabilização já está dizendo tudo, todos dois são responsáveis de alguma maneira por essa atenção (né?) e não tá havendo uma integração dos dois sistemas e quem paga por isso? O público [...] (E11-ACS, informação verbal).

Não existe corresponsabilização nem dentro do serviço entre os técnicos que atendem da mesma equipe, então é como eu disse em outros momentos, o paciente não é do serviço, o paciente é meu, né? Porque eu sou a técnica de referência dele, então a responsabilidade é minha, não existe essa corresponsabilização nem entre os técnicos do mesmo serviço quanto mais entre serviços diferentes, isso não ocorre ainda. [...] O paciente fica no pingue-pongue que é muito frequente de acontecer, você encaminha pra um lugar, que encaminha pra outro. Eu encaminho porque é idoso que é pra um serviço

de idoso, mas lá entendem que o idoso tem um transtorno mental não é lá que ele vai ser atendido, é no CAPS mesmo, e nisso o paciente perde tempo, né? Se desgasta, tem o atendimento dele adiado, impacta sua saúde, ele às vezes até desiste, deixa piorar pra procurar de novo, né? Então é muito ruim pra o usuário essa falta de informação. (C2-Ed. Físico, informação verbal).

De acordo com os relatos acima, ainda não existia a corresponsabilização entre as equipes, o que interfere no processo do cuidado, bem como na relação entre os serviços. Para alguns dos atores sociais envolvidos, é possível e eficaz o trabalho compartilhado entre os dispositivos de atenção. A falta de corresponsabilização e do compartilhamento de casos entre essas equipes está relacionada à lógica de encaminhamentos ainda predominante entre os serviços; não há uma relação que favoreça a construção de projetos terapêuticos compartilhados.

Além da não responsabilização entre os serviços, existem outras dificuldades na relação entre a AB e os CAPS, que perpassam pelo estigma relacionado ao usuário, pela qualificação profissional, bem como pela comunicação entre CAPS e AB; entraves estes que acabam por interferir na atenção e no cuidado integral ao usuário.

O estigma está enraizado de forma natural na nossa cultura e está intimamente ligado à periculosidade atribuída à loucura (NUNES; TORRENTÉ, 2009). Para Goffman (1988), o sujeito com um estigma não é visto totalmente como humano e por isso se fazem diversos tipos de discriminações, restringindo, dessa forma, suas “chances de vida”, através de um ideal que possa explicar que este é inferior ou perigoso.

O estigma tem sido um grande obstáculo para o avanço e o alcance de outros espaços pelas pessoas portadoras

de um sofrimento psíquico. Muitas vezes, as concepções que se têm acerca dessa população estão sempre vinculadas à ideia de pessoas perigosas, à infantilidade e à relação que se faz do sujeito com a doença, reduzindo-o à doença (NUNES; TORRENTÉ, 2009).

A equipe daqui, como já falei a você novamente voltando pro preconceito (né?) [...] lembro que, não foi com essa enfermeira não, foi com outra, a gente tinha um paciente e ele teve um surto depressivo (né?), e a gente tentou encaminhar ele pra cá, e ela (a enfermeira) não queria fazer visita [...] Porque ele (o paciente) tinha o costume de ficar nu (risos) [...] (E11-ACS, informação verbal).

[...] o usuário fica desassistido na região em que ele é adscrito, o usuário ele não consegue circular em seu território, ele não tem uma atenção adequada em seu território por estar marcado como usuário do CAPS, seria isso. (C7-Farmacêutico, informação verbal).

Rodrigues e Moreira (2012) afirmam que os profissionais da AB muitas vezes não se sentem qualificados para atenderem pessoas em SM e, por isso, é necessário que os profissionais da atenção especializada acolham e capacitem esses profissionais, corroborando com os resultados encontrados:

Poxa, é muito difícil! É muito difícil porque a gente, a gente toma uns cursinhos básicos, mas a gente não somos preparados como as pessoas do CAPS, entendeu? A gente sabe que a preparação... Das pessoas do CAPS são um, uma preparação técnica, uma preparação avançada, e o da gente um, um simples curso básico a gente não vai saber lidar com certos tipo de situações, como a gente se depara e que a gente só faz simplesmente só faz ligar pra o CAPS, às vezes o excesso de pessoas ligando, a gente não consegue nem falar e a situação fica sem ser resolvida. (E12-ACS, informação verbal).

[...] é aquela questão a gente não, saúde mental é um, é uma área da saúde que é um limbo, aquela área obscura que, que às vezes a gente, muitos profissionais não gostam de atuar. (E6-Enfermeiro, informação verbal).

Luchesse e colaboradores (2009) constataram que os profissionais da AB não se sentem qualificados para atender às demandas de SM, devido a sua formação profissional. Fica evidente que há uma necessidade de qualificação dos profissionais da AB para que as ações de SM aconteçam de fato; afinal, não é possível garantir o cuidado integral aos usuários sem a qualificação e a integração entre as equipes.

A falta de relação/comunicação entre AB e CAPS se constitui em um entrave: os atores sociais envolvidos apontaram a comunicação entre os serviços como uma das formas de garantir a continuidade e a integralidade do cuidado:

[...] eu acho que o ideal seria que acontecesse essa interlocução entre os serviços pra que o paciente pudesse ter um atendimento mais integral, né? Porque às vezes a gente não tem esse suporte nem conhecimento suficiente para oferecer pra ele o que ele teria lá e que seria melhor para saúde dele. (E1-Odontólogo, informação verbal).

Para Rodrigues e Moreira (2012), a AB é o local estratégico para se construir a rede, sendo a comunicação de suma importância nesse processo, podendo alavancar o processo de desinstitucionalização através da comunicação, ampliando o cuidado. Entretanto, há uma distância entre o que se preconiza com as práticas adotadas e o modelo médico hegemônico que ainda é muito forte, o que favorece a fragmentação do cuidado.

Apesar desses entraves, há um reconhecimento da SM como uma demanda da AB. Segundo o MS, a AB tem como objetivo o desenvolvimento de uma atenção integral que

produza impacto na saúde, na autonomia e nos determinantes de saúde por meio de ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos etc. (BRASIL, 2012b). Uma de suas “diretrizes” é o trabalho com a família e com a comunidade. Para tal, trabalha-se em um território adstrito levando em consideração a singularidade de cada indivíduo, por meio da clínica ampliada e por meio da construção de vínculos; território cujas demandas e necessidades de saúde devem ser observadas, considerando-o como um espaço dinâmico a fim de planejar as ações a serem desenvolvidas. AB orientada por princípios – dentre eles: a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado, a responsabilização etc. – e constituída como principal porta de entrada e ordenadora principal da RAS (BRASIL, 2011a; 2012b).

Sendo assim, a UBS apresenta-se como um lócus privilegiado para o desenvolvimento de ações de parceria entre a comunidade e outras redes de cuidado tal como o CAPS, com a finalidade de proporcionar a integralidade do cuidado, sendo um ponto estratégico para mudança na lógica do cuidado em saúde (LUCHESSÉ et al., 2009; PAULON; NEVES, 2013; RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

A SM deve ser incorporada às práticas da AB, uma vez que a atuação nesse âmbito da atenção à saúde vai além dos espaços físicos da unidade, estabelecendo-se na comunidade onde o indivíduo vive e, tem como pilares a construção de vínculos com a população adstrita – o que favorece o compromisso e a corresponsabilidade com a comunidade, direcionados por uma concepção ampla sobre os modos de vida, a saúde e as doenças, sempre considerando o contexto familiar e cultural do indivíduo (DIMENSTEIN et al., 2009).

Para concretização das ações de SM na AB, é necessário fortalecer e consolidar a relação entre a AB e o CAPS. É preciso construir uma relação sólida, articulada, em que a comunicação flua de forma a garantir o cuidado ao usuário. O AM se constitui como uma ferramenta/estratégia para se construir essa relação, bem como para propiciar uma nova forma de produzir o cuidado em saúde; e, desse modo, favorece a construção da rede:

Matriciamento é extremamente importante porque é ele que vai possibilitar de fato o trabalho em rede. Como é que você trabalha em rede se você não encontra a sua rede, né? Se você não faz nada junto com ela, né? Só existe um trabalho conjunto, se ele é feito junto, porque eu acho assim, o matriciamento tem muito uma coisa assim precisa tá junto. Não tem como acontecer um suporte técnico se eu não estou junto com o outro pra dar esse suporte. Então as ações intersetoriais, até os encaminhamentos responsabilizados, corresponsabilizados, o atendimento integral em saúde ele só ocorre a partir do matriciamento. Se não houver matriciamento, a gente tá brincando de fazer trabalho conjunto assim, de fazer ação intersetorial, não existe. (C15-Psicólogo, informação verbal).

A implantação do AM deve ser mais explorada, pois o mesmo apresenta um grande potencial para incluir a SM de forma concreta na AB. E no que se refere ao aspecto técnico-pedagógico, este se mostra eficaz para qualificação dos profissionais e para produção do cuidado compartilhado, sendo fundamental tanto na discussão de casos, quanto na organização dos processos de trabalho, potencializando a corresponsabilização entre as equipes e modificando a lógica de referência e de contrarreferência (ONOKO-CAMPOS et al., 2011).

Apesar de compreender a importância do AM, os profissionais dos CAPSs apontaram algumas dificuldades para

realização do mesmo, dificuldades relacionadas a aspectos estruturais:

As dificuldades começam na sobrecarga do serviço, do serviço não funcionar como deveria, talvez, e aí assim dentro dessa sobrecarga você estabelece prioridades e a tendência que o matriciamento não seja prioridade [...] (C8-Psicólogo, informação verbal).

Você tem serviços com equipes muito pequenas, com equipes menores do que a equipe mínima, do que está preconizado como equipe mínima que é o caso desse serviço, né? E profissionais com carga horária reduzida também, como eu já tinha falado. E o matriciamento ele requer... Eu acho que ele requer muita disposição e muita disponibilidade [...] Se a gente for pra parte mais estrutural é de tempo, de carro, de veículo, materiais, né? A gente tem essa parte mais conhecida, mas eu acho que tem que ter uma disponibilidade também do profissional pra estar nesse espaço, pra receber, às vezes, queixas, de escutar insatisfações, de ter gente o tempo todo apontando para os furos do CAPS, né? [...] (C5-Psicólogo, informação verbal).

Apesar dos entraves que existem nessa relação e das dificuldades apontadas pelos profissionais do CAPS, os ACSs se mostravam como atores importantes para que a articulação entre os serviços se concretizasse. Os ACSs são profissionais estratégicos no que se refere às intervenções junto à comunidade, sendo fundamentais para a identificação da demanda, para o acolhimento à população e para o estabelecimento de vínculos no território (ONOKO-CAMPOS et al., 2011).

Observou-se, nessa pesquisa, que a relação entre a AB e os CAPSs encontrava-se fragilizada. Tentativas de aproximação entre as equipes por meio do NASF e do ACS foram relatadas, entretanto existiam algumas barreiras que acabavam por dificultar o fortalecimento dessas relações a

fim de promover, de forma contínua e integrada, o cuidado dirigido a pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e/ou de outras drogas:

[...] a equipe de atenção básica muitas vezes rejeita o paciente por achar ou por não saber lidar com ele, né? Então, assim, eu acho que tem um prejuízo é muito grande, né? Você tá vedando os direitos, você tá dificultando o acesso dessas pessoas, né? Pra que elas possam exercer a cidadania, pra que elas possam se cuidar. Eu acho que essa relação entre a atenção básica e a saúde mental é algo que é tão falado, né? É tão sonhado e ao mesmo tempo é tão distante ainda da nossa realidade, né? Atenção básica, eu acho que assim, a gente ainda tem muita dificuldade com eles. (C3-Assistente Social, informação verbal).

[...] tudo é difícil, levar este paciente é difícil, o atendimento, aí o CAPS diz que não é do CAPS, joga pra o Juliano¹, o Juliano diz que não é lá (entendeu?) e aí realmente a gente tá assim assistindo os nossos pacientes nas ruas, perambulando, a família saindo de casa, abandonando (entendeu?), sem condição. (E9-ACS, informação verbal).

[...] então eu tô achando que o CAPS aí tá pouco... Um pouco relapso, entendeu? (E14-ACS, informação verbal).

O NASF é constituído por uma equipe multiprofissional, que trabalha de forma articulada com a ESF. Essa articulação proporciona a produção do cuidado de forma compartilhada, através da construção conjunta dos projetos terapêuticos, bem como a integração das equipes, o que amplia a resolutividade, a qualificação e as intervenções no território (BRASIL, 2012b); o que corrobora com a fala a seguir:

¹ Hospital Psiquiátrico.

[...] a gente tá tentando estreitar o nosso vínculo através de, quem articulou isso muito foi o NASF mesmo através da psicóloga e aí a gente já tentou, já passamos inclusive as listas, que a gente remapeou nosso território recentemente...
(E3-Enfermeiro, informação verbal).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro da perspectiva de matriciamento abordada, percebe-se que a rede em estudo está desarticulada e fragilizada. Os atores sociais envolvidos precisam se aprofundar nas discussões acerca do AM, salientando que isso não é o bastante; pois, para sua implantação, é preciso avançar na forma de produzir e de pensar o cuidado em saúde.

É evidente que a AB se constitui local privilegiado para consolidação da RP, por trabalhar na lógica do território, na comunidade, na perspectiva de prevenção, promoção e reabilitação, sendo a ordenadora principal da RAS segundo o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a); e o AM, uma ferramenta para sua concretização. Entretanto, existem alguns entraves entre os dispositivos (a AB e os CAPSs), para que isso se torne uma realidade.

Os profissionais citam algumas dificuldades, desafios a serem superados para se melhorar esta relação e para pôr fim à atenção integral ao usuário, dentre eles o estigma relacionado ao usuário, a falta de qualificação profissional, a comunicação e a corresponsabilização entre os serviços. Esses entraves acabam por implicar no cuidado ao usuário, o que resulta em um cuidado fragmentado, ferindo o princípio da integralidade.

Percebe-se que não há ações expressivas dentro do que propõe a concepção teórica do matriciamento, entre os dois pontos de atenção estudados (a AB e os CAPSs), o

que não favorece a integralidade do cuidado, uma vez que a articulação, a relação e a comunicação entre estes serviços não acontecem de forma a possibilitar o compartilhamento dos casos e a corresponsabilização entre as equipes.

É preciso ir além das visitas domiciliares (quando solicitadas) e das visitas institucionais, para avançar nos processos de trabalho. E o AM se mostra como uma ferramenta necessária e potente para uma nova prática de se produzir cuidado através da troca de conhecimento, da corresponsabilização, bem como da construção e solidificação das relações entre os serviços, e do trabalho em rede; sendo o AM uma ferramenta que pode romper com o já citado estigma relacionado ao usuário e com a falta de qualificação profissional, bem como melhorar a comunicação entre os dispositivos.

É necessário que o AM faça parte das práticas desses serviços, a fim de culminar numa atenção integral que se desvie da lógica indiscriminada de encaminhamentos para uma lógica de corresponsabilização, do trabalho interdisciplinar e da troca de saberes entre a(s) equipe(s).

Existe uma necessidade de aprofundar os estudos sobre a relação do NASF como CAPS, para compreender de que forma este componente da AB pode corroborar a fim de possibilitar uma melhor articulação/aproximação entre os dispositivos estudados.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho.
Desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In:

GIOVANELLA, Lúcia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz-Cebes, 2008. p. 735-759.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; BLANES, Lara de Sousa; FERIGATO, Sabrina Helena. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, São Paulo, v. 16, n. 42, p. 767-778, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise do conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1995.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, n. 123, p. 1.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 2001, de 6 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, n. 69, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011b. Seção 1, n. 251, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CASTRO, Cristiane Pereira de; OLIVEIRA, Mônica Martins de; SOUSA, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1625-1636, 2016.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DIMENSTEIN, Magda et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 625-635, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300625&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 jul. 2016.

LUCESSE, Roselma et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 101-108, ago. 2009.

ONOKO-CAMPOS, Rosana et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 4643-4652, 2011.

PAULON, Simone Mainieri; NEVES, Rosane (Org.). **Saúde mental na atenção básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulinas; 2013.

RODRIGUES, Euzilene da Silva; MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com a atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 599-611, 2012.

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

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; POZ, Mario Roberto Dal. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: Condições de trabalho e a relação com sofrimento dos trabalhadores

*Juliana Jesus Baião
Milena de Almeida Souza
Maraíze Gomes Cruz
Ana Carolina Cerqueira Medrado
Patrícia Sodré Araújo*

O processo de trabalho em Saúde Mental (SM) vem experimentando mudanças na organização do trabalho, especialmente após a Reforma Psiquiátrica (RP); movimento este que marca a transição dos cuidados às pessoas com transtornos mentais. Essa modificação na lógica de cuidados transita da assistência de caráter individual para uma assistência mais voltada à construção coletiva dos processos de trabalho (SAMPAIO et al., 2011).

Um dos desdobramentos da RP implica na implantação de serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs). Para os atores envolvidos no contexto da reforma, além do complexo trabalho que envolve o campo da SM, algumas dificuldades são identificadas no funcionamento dos CAPSs. Cabe dizer que os profissionais enfrentam, no cotidiano de trabalho, condições precárias para o desenvolvimento das atividades, além de necessitarem de um investimento técnico-científico maior para atuarem de acordo com os pressupostos da reforma. Esses fatores podem influenciar na satisfação no trabalho e, desse modo,

na preservação da saúde do trabalhador (ANTUNES, 2013; ATHAYDE; HENNINGTON, 2012; SILVA; MOURA, 2015).

Diante do exposto, identificou-se a necessidade de se realizar um estudo sobre o processo de trabalho em SM com o advento da RP, na medida em que a mudança organizacional pode influenciar na satisfação com o trabalho e na implicação da saúde do profissional. Nessa perspectiva, esse estudo pretende avaliar o processo de trabalho em SM e a relação com a SM dos trabalhadores de um Distrito Sanitário (DS) do município do Salvador (BA), bem como identificar os elementos, no processo de trabalho, que interferem na saúde do trabalhador.

O trabalho é caracterizado pela relação de transformação entre o homem e a natureza de acordo com as necessidades humanas requeridas, as quais se modificam mutuamente. Tal atividade é produtora de bens materiais, mas também da subjetividade dos sujeitos pela qual é produzida e reproduzida a existência humana. Ou seja, o ato laboral é responsável pela mudança nas formas de pensar e de agir do indivíduo, este que está em constante formação no trabalho (MERHY; FRANCO, 2015; PEDUZZI, 1998).

Nessa perspectiva, não se deve apenas relacionar o trabalho a uma técnica de produção e dominação, mas também a um meio de diferentes processos de subjetividade do trabalhador, que varia de acordo com o contexto social, econômico e histórico que influencia diretamente na forma de vivenciar as experiências de trabalho dos diferentes sujeitos trabalhadores e de dar sentido a elas (NARDI; RAMMINGER, 2007).

O que caracteriza o trabalho como atividade exclusiva do homem é que, por meio dela, são utilizadas forças físicas e intelectuais que, desempenhadas, promovem o

alcançe de um objetivo. Além de se caracterizar como atividade humana, o trabalho, com a sua organização, finalidade e relevância, reflete no entendimento das sociedades em que vivem os indivíduos (NARDI; RAMMINGER, 2007; SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

As sociedades e as formas de organização das atividades laborais variam com o tempo e se modificam; logo, os sujeitos também se encontram em constantes mudanças. A sociedade capitalista, com o seu modelo atual de organização, tem o trabalhador como produtor de bens e serviços, os quais pertencem ao patrão ou à empresa que o emprega (NARDI; RAMMINGER, 2007).

Como o sujeito vive em sociedade, o trabalho de um indivíduo se organiza com o do outro; sendo assim, o local de trabalho é um espaço privilegiado para integração social, que permite a troca de experiências, bem como o desenvolvimento de atividades coletivas e de complementaridade; portanto, implica em atividades que ultrapassam os interesses individuais. Desse modo, o agente do trabalho pode ser visualizado de diversas formas: como um indivíduo, como um grupo ou uma equipe, como uma instituição ou uma sociedade (FARIA et al., 2009; LANCMAN; PEREIRA, 2009; NARDI; RAMMINGER, 2007).

A forma como os seres humanos desenvolvem e realizam as suas atividades laborais é chamada de processo de trabalho. Tal processo se constitui por englobar as relações existentes entre o homem e seu contexto, dentro de uma perspectiva de modificação mútua e de obtenção de um produto que pretensamente foi projetado (FARIA et al., 2009; SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

O processo de trabalho tem como elementos constitutivos as finalidades ou os objetivos, os agentes ou os sujeitos,

os objetos, bem como os meios e as condições. As finalidades ou os objetivos são projeções idealizadas para almejar os resultados estabelecidos que visem satisfazer as necessidades humanas; os agentes são sempre os homens responsáveis pelo processo de trabalho que modificará a natureza do objeto; os objetos são as matérias-primas, os materiais previamente elaborados, as situações ou os estados de indivíduos ou a sociedade sobre os quais irá ocorrer a ação transformadora através do trabalho; e os meios e as condições são instrumentos utilizados para intervir sobre o objeto, podendo ser ferramentas, equipamentos ou meios intangíveis (os ditos conhecimentos e habilidades) que se combinam para a realização do trabalho através da atividade produtiva (FARIA et al., 2009).

O trabalho tem suas particularidades, ou seja, um trabalho não é igual ao outro. Cada atividade laboral tem especificamente uma produção, um agente, técnicas, matérias-primas, modo organizacional e objetos distintos; então, de acordo com o que produz, os trabalhos serão diferentes uns dos outros (NARDI; RAMMINGER, 2007).

Fazendo referência ao trabalho em saúde, cabe dizer que é um trabalho reflexivo, uma vez que opera principalmente com objetos que têm uma dimensão simbólica e intelectual. Tem o objetivo de desenvolver ações de prevenção, manutenção ou restauração da saúde, o que é importante para a conformação social (PEDUZZI, 1998). O processo de trabalho em saúde busca proporcionar a satisfação das necessidades de saúde de um indivíduo, por meio da prestação de serviços através de uma assistência eficiente e eficaz, tendo como atribuição o atendimento de acordo com as generalidades e as individualidades (SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012).

A complexidade do trabalho em saúde decorre da produção e do consumo que se realizam simultaneamente, ou seja, o profissional da saúde executa seu trabalho e, no momento, é produzido o cuidado com o indivíduo, classificado por Merhy (2004) como trabalho vivo em ato. Essa compreensão ainda acrescenta que o trabalho vivo em ato está em constante ligação com as ferramentas utilizadas para a realização da atividade produtiva do cuidado, as chamadas tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY; FRANCO, 2015).

As tecnologias duras estão relacionadas aos instrumentos (máquinas e materiais) do trabalho em saúde; as leve-duras, ao conhecimento estruturado (ciências da saúde); e as leves, às relações entre os sujeitos (MERHY; FRANCO, 2015). Nessa concepção, o trabalho em saúde realiza-se principalmente permeado pelas relações interpessoais, bem como com e para o sujeito; este que está presente em todas as etapas do processo de trabalho (objetos, meios e condições e o trabalho propriamente dito). A clientela que necessita do ato produtivo do cuidado pode ser considerada agente e objeto do trabalho, porque é na existência do indivíduo que se alcançará ou não as alterações buscadas na saúde (FARIA et al., 2009; PEDUZZI, 1998).

É no campo da saúde que as distintas profissões encontram confluência em suas atividades e, desse modo, os trabalhadores são considerados sujeitos coletivos. Apesar de os profissionais desenvolverem, tecnicamente, atividades distintas e tendo também a valorização social diversa, não é possível ser promotor do cuidado individualmente, pois o processo de cuidar é complexo quando se refere às necessidades de saúde. Ainda nesse campo em que se produz saúde, pode-se afirmar que é o local de satisfação de desejos

e de produção da intersubjetividade que embasa as ações dos trabalhadores e usuários (NARDI; RAMMINGER, 2007; PEDUZZI, 1998).

Na perspectiva do trabalho para o profissional, da produção da intersubjetividade, ele se constitui como atividade construtora da identidade do indivíduo que ocorre através de um processo relacionado a conflitos de valores, a formação, a experiências individuais e a relações provenientes dessa vivência (LANCMAN; PEREIRA, 2009).

O trabalho é impulsionador dos confrontos de valores, crenças e concepções, pois se constitui como ponto de encontro de indivíduos diversos; sendo assim, a atividade laboral não é imparcial ao que provoca nos sujeitos. Nesse sentido, o trabalho ocupa um papel organizador na vida das pessoas, em razão de que influencia diretamente nas relações interpessoais e nos sentimentos (BRASIL, 2008).

Ao trabalhar no campo da saúde, muitos sentimentos dos trabalhadores emergem, dado que o trabalho é consumido em ato e se relaciona diretamente com a produção de cuidado; o que acarreta uma grande responsabilidade, pois o seu objeto de trabalho são sujeitos que estão com as necessidades de saúde mais evidentes, quer dizer, pessoas atingidas em sua integridade física, psíquica e social. Esses sentimentos tornam-se perceptíveis pela exigência de oferecer respostas imediatas para a melhora da condição de saúde (BRASIL, 2010).

Além disso, o trabalho pode ser atravessado pelas instabilidades e adversidades que remetem aos serviços de saúde cujos processos de trabalho podem ser burocratizados, fragmentados e centralizados, sendo produtores de desgaste e de sofrimento ao trabalhador (BRASIL, 2010).

Essas reproduções de organização do trabalho fragmentado, centralizado e burocratizado não são o modelo desejado a nenhum trabalho, principalmente quando se referem ao trabalho em saúde pela característica peculiar do objeto de trabalho. Tais reproduções podem ainda ser mais prejudiciais ao trabalho quando relacionadas à mudança de paradigma e ao modelo de saúde, especialmente no que se refere à RP (CAMPOS; BARROS, 2001).

A RP é um movimento social organizado, que envolve trabalhadores, usuários, familiares e sociedade, bem como conclama a reflexão sobre modos e processos de cuidado a pessoas com transtorno mental. Enquanto movimento, essa mudança de cuidado não é reduzida à mera desospitalização dos sujeitos; mas, é a luta pela desinstitucionalização, que é uma nova forma de operar a loucura e de se relacionar com esta (NARDI; RAMMINGER, 2007). Essa reforma, além de propor a modificação dos processos de subjetivação, constitui-se também na mudança do local de tratamento, quer dizer, dos hospitais psiquiátricos para serviços substitutivos, chamados de CAPS.

A Reforma traz uma desconstrução de saberes e da forma de organização do trabalho, o que remete ao trabalhador um novo modo de lidar e de exercer a sua atividade laboral. Atualmente se trabalha com cidadãos com transtorno mental, circulando no território e não mais como loucos atrás dos muros dos hospitais psiquiátricos; quer dizer, uma transição do hospital para a cidade. Essa transição acarreta uma modificação de conhecimento, de legislação, dos serviços, dos usuários e dos trabalhadores, tornando-se ainda um campo fértil para criação de novas possibilidades de vida; mas, também, de angústias, dúvidas, sofrimentos e resistências (NARDI; RAMMINGER, 2007).

O trabalho em SM amplia o uso do conhecimento para além do saber psiquiátrico. Tal ampliação se dirige ao universo da vida do indivíduo (mental, social e cultural). Os múltiplos saberes envolvidos nas práticas do trabalho em SM se distanciam do modelo biomédico, o que implica na transformação dos profissionais que deixam de desenvolver atividades de técnicos em suas especialidades para serem técnicos polivalentes com atuações semelhantes (ATHAYDE; HENNINGTON, 2011; CAMPOS, 1998).

Os CAPSs são estratégias que foram criadas como práticas alternativas e substitutivas, que fazem uma crítica ao modelo manicomial. Esse novo campo de trabalho em SM aposta na criação de novos coletivos de trabalhadores que, em seu processo de trabalho, interdite a produção da morte manicomial nos serviços e aumente a produção de vida (MERHY, 2004).

As propostas desse novo modelo de atenção à SM também apresentam ruídos nas definições de papéis e de atribuições dos profissionais, que acabam gerando dúvidas e conflitos no ambiente de trabalho. Em geral, quando se relaciona o processo de trabalho e a SM dos trabalhadores, verifica-se que esse tipo de trabalho é reprodutor de desgaste para os profissionais (KNOKE, 2011).

Os problemas gerados pelo processo de trabalho em SM tornam-se ainda mais agudos quando se referem à experimentação por parte do trabalhador da vivência do usuário dos serviços. O trabalhador compartilha as situações de adoecimento psíquico, desemprego, conflitos em família, crise de identidade social e profissional, restrição da rede de apoio, o que pode acarretar elevados níveis de sofrimento psíquico ao profissional (LANCMAN; PEREIRA, 2009).

O trabalho em SM torna-se complexo não só pela carga decorrente das questões objetivas e subjetivas dos usuários, mas pelas condições em que o trabalho é executado, como os problemas de infraestrutura e de organização do cotidiano de trabalho. Logo, as queixas e os problemas de saúde relacionam-se ao sofrimento suscitado pelo trabalho (KNOKE, 2011).

METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo descritivo de caráter qualitativo que foi realizado em um Distrito Sanitário (DS) da cidade de Salvador, nos serviços substitutivos preconizados pela RP, os CAPSs, nas modalidades II e ad (álcool e drogas).

Para participar desse estudo, foram convidados os profissionais lotados nos referidos serviços, estabelecendo como critério de inclusão a escolaridade, incluindo apenas as pessoas que tinham nível superior. Nessa perspectiva, foram convidados os médicos e as demais categorias ligadas diretamente com o gerenciamento do cuidado ao usuário, os técnicos de referência, totalizando 16 entrevistados. A participação dos profissionais na pesquisa ocorreu mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados um formulário elaborado pelas autoras, contendo questões sobre os aspectos sociodemográficos, e um roteiro de entrevista (MINAYO, 2008). A coleta de dados foi realizada no período de outubro a novembro de 2014. As entrevistas foram gravadas, realizadas individualmente, em local fechado, com mínima interferência do meio externo. O encerramento das entrevistas sucedeu após a identificação do

ponto de saturação das informações; as quais, posteriormente, foram transcritas, organizadas e analisadas. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1995).

Após a leitura e a avaliação do material coletado, emergiram as categorias referentes ao profissional e os sentimentos gerados no trabalho, o processo de trabalho e a RP, a estrutura física e os recursos materiais, a equipe e suas relações, o preparo dos profissionais para trabalharem nos serviços de SM.

Este estudo é oriundo de um projeto guarda-chuva que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) aprovado mediante Parecer de nº 759.904. Esta pesquisa respeitou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional em Saúde (CNS), Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho em SM baseado nas premissas da RP produz uma nova forma de organização do trabalho, bem como uma modificação na construção da subjetividade do trabalhador. O modelo de atenção psicossocial fomenta no profissional uma reflexão crítica sobre o modelo hospitalocêntrico, o que permite uma nova prática de cuidados às pessoas com transtorno mental. Tais práticas são pautadas nos direitos dos usuários de circularem pelo território, no desejo pelo tratamento e na decisão conjunta das atividades a serem desenvolvidas. Além disso, nos atendimentos individuais e grupais, no acolhimento em situações de crise e na utilização dos recursos existentes nas redes de apoio. Essas características podem repercutir na saúde do trabalhador devido aos

dilemas ocasionados pela mudança, o que pode gerar uma vivência de tensões entre as novas e as antigas práticas de cuidado (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

Ademais, outras questões surgem geradas pelo cotidiano de trabalho nos serviços substitutivos: os CAPSs. Essas se relacionam com as demandas emocionais densas que envolvem o trabalho com pessoas em intenso sofrimento psíquico. Os usuários compartilham com os profissionais os problemas vivenciados, gerando ao trabalhador um desgaste emocional pelo contato direto com o sofrimento, o que foi evidenciado no seguinte discurso:

[...] há um desgaste emocional muito grande com todas essas histórias que a gente escuta, a gente também se sente por mais que você se distancie você acaba absorvendo algumas coisas e quando você se pega você está pensando naquilo, pensando naquilo, né? Como resolver e tal. (B1, informação verbal).

Os profissionais, além de compartilharem com o sujeito o sofrimento, poderão experimentar sentimentos que até o momento nunca haviam sido vivenciados por eles. Nessa perspectiva, entende-se que a relação profissional-usuário é exacerbadora e mobilizadora de fortes sentimentos (SILVA; COSTA, 2008), conforme relato a seguir:

Em alguns casos mobilizou mais que outro, então eu atendi mesmo uma pessoa e eu fiquei muito angustiada e eu me senti muito mal. Eu nunca tinha sentido angústia, inclusive antes. Eu descobri que nunca tinha sentido angústia, uma dor física, né? O negócio dói no peito... (A3, informação verbal).

As relações profissionais-usuários são intensas, segundo Silva e Costa (2008). Um exemplo é esse relato do profissional participante do estudo:

[...] eu acho que a gente se envolve até mais, conversa mais com os pacientes e até leva esses problemas com a gente, fico pensando o que eu posso fazer, como ajudar, é muito sofrido. (A3, informação verbal).

Desse modo, é percebido que o trabalho em SM mobiliza tanto o profissional, que, ao final da jornada de trabalho, ele sente o cansaço emocional mais evidente do que o cansaço físico; e também explicita a implicação desse tipo de atividade laboral no seu cotidiano. Tais situações são expressas nos seguintes discursos:

Eu me sinto cansado assim. Eu percebo que eu já trabalhei em outro regime completamente diferente em 44 horas que era em outro ambiente, não era com atenção ao usuário e muito menos com saúde mental, mas eu percebo que a carga de cansaço, eu me consumia muito mais fisicamente do que aqui, mas aqui eu levo pra casa diversas frustrações pela impossibilidade de lidar com certos casos que são muito complexos, então, nesse sentido é desgastante profissionalmente e emocionalmente. (B6, informação verbal).

Porque toda vez que eu saio de um dia de trabalho pesado, com baixa energia, eu fico é... Com menos motivação, com menos disposição pra outras coisas lá de fora, né? Que eu preciso encarar, que eu preciso desenvolver, é como se fosse uma energia atravessada aí que trava, diminui minha criatividade, diminui minha produção nos outros lugares que eu trabalho é... Me deixa mais cansada, né? Interfere nas minhas relações, deixa mais intolerante e impaciente com as pessoas com as quais eu convivo lá fora, dessa forma. (A1, informação verbal).

A maioria dos profissionais entrevistados relatou a existência de desgaste emocional devido ao contato com o sofrimento psíquico dos usuários, porém os psicólogos não relataram tal relação porque os meios (subjetividade) e o objeto (indivíduo) de trabalho são inerentes a sua atividade laboral. Os psicólogos explicitaram que não é a demanda emocional que interfere em seu cotidiano e na saúde, mas a existência de outros problemas que atravessam o desenvolvimento do trabalho.

Segundo Silva e Costa (2010), o novo modelo organizacional em SM enfatiza a importância do vínculo construído entre profissional e usuário, o que suscita maior responsabilização e maior comprometimento dos profissionais para com o trabalho. Tal responsabilização e tal comprometimento ocasionam ao trabalhador dilemas vivenciados no cotidiano, principalmente quando se referem às ações intersetoriais que sofrem atravessamentos pela desarticulação entre os setores.

Os sentimentos mais evidenciados pelos profissionais em relação às dificuldades para a articulação de rede são de frustração, angústia e impotência, visto que muitos relataram que, para trabalhar em rede, todos os atores necessitam estar implicados. Cabe dizer que, para “tecer” a rede e para que o usuário possa circular nos demais serviços, não se depende apenas do comprometimento do profissional da SM, necessita-se também dos profissionais das demais áreas; conforme o relato a seguir:

Frustrada porque você sabe que aquilo ali não depende de você de uma certa forma, né? Você pode tá intervindo, você pode tá manejando, mas não depende tudo de você. Você precisa do outro, você precisa do outro apoio, né? E aí você não consegue, mas o usuário, a pessoa tá ali na sua frente esperando que você resolva e aí você faz o quê? Se não

depende único e exclusivamente de você. (B7, informação verbal).

No contexto de reabilitação psicossocial, o instrumento importante das ações é a articulação da rede, visto que o cuidado ao usuário não se aplica apenas dentro do serviço de SM, mas ele deve ser estendido aos dispositivos do território. Contudo, os profissionais relataram que a rede no município de estudo não consegue absorver toda a demanda existente:

Me sinto impotente só isso que eu tenho a dizer, impotente. Porque a gente fica se reduzindo a uma clínica assistencial, né? Às vezes parece que a gente está trabalhando num ambulatório porque a gente é centro de assistência, de atenção psicossocial, mas o que a gente menos trabalha aqui é o psicossocial. A verdade é essa. Praticamente não existe ressocialização e o que a gente tenta fazer é com um esforço assim colossal, em alguns casos a gente consegue, mas rede ela não existe ainda pra todos os usuários, pra todos os perfis de usuários, por isso que eu me sinto impotente. (B6, informação verbal).

O profissional se depara com alguns empecilhos que limitam as ações essenciais no cotidiano de trabalho. Isso implica, na maioria dos casos, em um sentimento de sobrecarga, impotência e descrença, o que pode torná-lo suscetível ao adoecimento. Nessa perspectiva, o profissional, ao lidar com a precariedade no cotidiano, intensifica os sentimentos de insatisfação no trabalho, o que repercute tanto na saúde do trabalhador como no serviço oferecido ao usuário:

É difícil, é uma sensação de impotência, principalmente porque tem questões que a gente não consegue [...] resolver, se ele precisa de atendimento em outra unidade, de um exame, de uma outra consulta com outro especialista, dificilmente a

gente vai conseguir modificar isso, né? Sem que a rede se articule de uma forma mais eficiente, né? (B8, informação verbal).

As experimentações dos sentimentos que os trabalhadores vivenciam não estão associadas apenas à demanda emocional e às falhas na rede. Também se pode agregar os conflitos que perpassam nas relações da equipe. Silva e Costa (2010) afirmam que o advento do modelo substitutivo aos hospitais psiquiátricos implica na atuação plural dos profissionais.

As equipes que trabalham na atenção psicossocial têm de enfrentar situações conflituosas que estão condicionadas às contradições referentes ao processo de trabalho; quer dizer, diferentes concepções ideológicas e metodológicas desse modelo, além de relações de poder entre os profissionais que compõem a equipe. Ademais, acrescentam-se divergências de valores éticos e morais, pluralidade cultural, desigualdades sociais, favorecimento de alguns em detrimento da exclusão de muitos (OLIVEIRA, 2007), conforme relato a seguir:

Os conflitos? Me afetam mais quando eu vejo que.... É... Fere princípios mesmo, princípios meus assim, que são muito próximos da reforma, que é a questão do respeito da dignidade do outro, respeito à opinião do outro que tem transtorno ou não, respeito ao espaço do outro em geral e o posicionamento do outro, entendeu? Isso mexe comigo, mas enfim. (A6, informação verbal).

As dificuldades de relacionamento na equipe influenciam no seu funcionamento, o que acarreta em não aproveitamento do espaço para a discussão das experiências do processo de trabalho e para a discussão da oportunidade de construção de ideias. Esse contratempo diminui a força

do trabalho em equipe enquanto agente potencializador do suporte social (SANTOS; CARDOSO, 2010a).

Os entrevistados expuseram as suas posturas frente aos conflitos. Referiram-se a manterem um distanciamento das questões conflituosas e a irem ao CAPS para desenvolverem seu trabalho estabelecendo uma boa relação com os colegas. Essa se configura uma estratégia para lidar com as situações, contudo há uma divergência de opinião exposta no discurso a seguir.

Porque eu acho que eu não posso me eximir e dizer: Ah, eu não tenho nada a ver com isso, não estou sofrendo com isso. Eu acho que é uma covardia a gente se eximir do conflito, dizendo não vou entrar porque não quero me desgastar, mas você tá ali todos os dias, se você não entrar no processo, não tentar fazer mudanças nele, você tá contribuindo pra que ele continue, vamos dizer assim, talvez piorando tomando um rumo que não vai ser bacana. (B4, informação verbal).

Além da diversidade dos modos de pensar e agir frente ao processo de trabalho adquiridos pós RP, os diferentes regimes de contratação dos profissionais também são geradores de conflitos na equipe (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011). Tais diferenciações tornam o espaço de trabalho um campo fértil de disputa entre os profissionais com vínculos precarizados e os com vínculos de administração pública (servidor estatutário):

Assim, quando você chega como servidor público, dentro de um serviço em que todas as pessoas têm vínculos, né? Terceirizados, mesmo que seja REDA você cria um certo conflito no serviço, porque é como se você tivesse realmente tomando o lugar dessas pessoas, você não tá, mas elas se sentem como você tivesse tomando, como se a culpa fosse sua e não de uma administração que de uma certa forma colocou vínculos [...] frágeis no serviço, se aproveitando do

trabalho dessas pessoas, ao invés de ter começado com um concurso público e tal. (B2, informação verbal).

Segundo Guimarães, Jorge e Assis (2011), o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu mudanças de modelo nos serviços, inclusive o de SM. Essa mudança constitui um problema no que tange à gestão do trabalho: a precarização do trabalho em saúde, refletida na forma de contratação dos profissionais, permitindo a diferença de vínculos, bem como observando em trabalhadores com vínculos precarizados a falta de suporte social e o não cumprimento dos direitos trabalhistas (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

O município estudado na ocasião da coleta de dados ainda mantinha nos CAPSs diferentes regimes de contratação: o Termo de Ajuste e Conduta (TAC), o Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e o regime de administração pública (estatutário). Segundo os entrevistados, os conflitos que existiram na equipe se relacionaram à entrada dos servidores públicos advindos do concurso sendo acrescentado a essa questão a diferença nos direitos e nas gratificações. Isso refletia na união e na potencialidade da equipe, assim como no processo de trabalho:

Existe e é horrível, é muito ruim, porque cria esses subgrupos, fragmentações que pra mim não fazem o menor sentido, mas isso existe, acontece e isso ressoa nos processos de trabalho, né? É... Eu faço parte dos últimos concursados que ingressaram no serviço e experimentei. É... Assim comportamentos que pra mim é reflexo, não sei, de inveja, de raiva, ódio, medo, de receio, de não sei, sentimentos negativos diversos, das pessoas que não têm a estabilidade e precisam conviver com essa instabilidade em si. [...] e a gente chega parecendo como se fosse uma ameaça a esses que não têm a segurança da estabilidade. É... E é impressionante mesmo, que pra mim não faz sentido algum como isso permanece

assim, como isso não se transforma, como a equipe não consegue superar e avançar essas diferenças contratuais. (A1, informação verbal).

Dentre o total dos profissionais que participaram do estudo, apenas 37,6% possuíam regime de contratação precarizado. Cabe dizer que as situações conflituosas haviam sido mais intensas com a admissão dos profissionais aprovados no concurso, o que correspondeu ao período de transição da substituição dos vínculos precarizados para o vínculo de administração pública.

Guimarães, Jorge e Assis (2011) afirmam que as diferentes formas de inserção nos CAPSs têm colaborado para que o ambiente de trabalho nesses serviços configure em espaço de disputas e de conflitos entre os trabalhadores. Desse modo, é necessária a delimitação de território para aqueles que compartilham o mesmo processo de trabalho.

O processo de trabalho em SM sob a lógica da RP trouxe mudanças profundas não apenas no aspecto organizacional dos serviços, mas na lógica de cuidados aos usuários com transtorno mental. Tais mudanças foram identificadas pelos sujeitos da pesquisa que relataram as principais modificações na organização de trabalho dos profissionais e no cuidado oferecido aos pacientes:

Você tinha um trabalho que embora você tivesse uma equipe com diferentes profissionais a forma de organizar o processo de trabalho era muito centrada na figura do médico e os outros profissionais funcionavam muito no apoio, assim, sem tanta autonomia [...] você tinha algo muito mais focado na medicalização, né? Em ações de maior controle. Mas assim, acho que a mudança do trabalho em equipe acho que isso muda, os recursos que são utilizados na assistência também acho que isso muda bastante. [...] De você ter a figura do técnico de referência, por exemplo, né? Como alguém que vai acompanhar a pessoa nas suas necessidades

e dar direção do tratamento, construir isso com ela, acho que antes ficava muito solto e assim de algum modo sempre o médico que dava a direção do tratamento [...] Você tem um espaço onde que as pessoas têm o livre acesso, têm o direito de ir e vir, isso impacta diretamente também nos profissionais, como a equipe vai lidar com essas questões. Acho que isso também é uma coisa que atravessa o processo de trabalho, do serviço substitutivo ser um serviço, né? Aberto. (B3, informação verbal).

Segundo Santos e Cardoso (2010a), a modificação na lógica de modelo de atenção em SM pressupõe novas exigências não apenas no que se refere às concepções teórico-metodológicas, mas também no que se refere à estruturação física dos serviços e aos cuidados oferecidos ao indivíduo com transtorno mental. Tal mudança necessita de uma adaptação dos atores envolvidos no processo. Para uma lógica de cuidado diferenciada, destacam-se principalmente os profissionais de SM que precisam desenvolver atitudes, habilidades e competências dentro dos pressupostos da atenção psicossocial (ANTUNES, 2013; SANTOS; CARDOSO, 2010b).

O trabalho nos CAPSs não pode ser reduzido apenas às condições organizacionais em si, mas é permeado pelas relações sociais estabelecidas e pelas ações que envolvem o indivíduo e o coletivo. Esse espaço pode ser utilizado para a construção de práticas reflexivas e também para o estímulo da subjetividade, da motivação e dos desejos que emergem como eixos centrais na organização do trabalho que pode produzir prazer ou sofrimento ao trabalhador (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSK, 2011; SILVA; MOURA, 2015).

Dando ênfase às relações sociais que se tornaram mais evidentes no contexto pós-reforma, cabe dizer que uma das principais mudanças adquiridas é o entrosamento entre o objeto de trabalho, o indivíduo com transtorno mental, e

o agente do trabalho, o profissional da SM. Essa constatação é evidenciada pelo discurso a seguir.

Sim, acredito que trouxe mudanças no processo de trabalho em saúde mental a partir do momento que o usuário é... Faz parte ativa nesse processo de tratamento. Então não é mais um considerado como objeto, mas ele é parte ativa desse processo. As coisas são acordadas, são combinadas com ele... Ele opina, ele diz se está gostando, se não está gostando, você avalia ele mais enquanto sujeito. (A8, informação verbal).

Segundo Oliveira (2007), o objeto de trabalho no modelo de atenção psicossocial não é reduzido apenas à dimensão corporal e moral do transtorno mental; é um objeto que envolve maior complexidade e ampliação das dimensões – o que requer novos meios para execução do trabalho, tais como nova configuração de equipe, novos saberes e práticas, relações de poder horizontalizadas, abordagem terapêutica (meios esses que incluem os campos sociais e políticos, além da participação social na conformidade dos processos de trabalho).

Diante da complexidade que envolve o processo de trabalho em SM, os profissionais que ingressaram no Serviço através de concurso e que, no processo formativo, não tiveram contato com a SM explicitaram que não se sentiam capacitados para atuar nesse campo. Os demais, que já tiveram uma qualificação anterior ao ingresso no CAPS, evidenciaram a necessidade de estarem em contínuo aprendizado. Os profissionais relataram ainda que esperavam uma qualificação promovida pela gestão.

Silva e Costa (2008) afirmam que os trabalhadores recém-chegados aos serviços de SM, em decorrência da carência do preparo no processo formativo da graduação,

ficam inseguros e confusos. Essa constatação é explicitada no discurso do profissional A3:

[...] eu comecei trabalhando em saúde mental sem ter nenhum preparo. É... Não foi exigido no edital experiência comprovada na área, então admitiu-se contratar pessoas que não tinham nenhuma experiência em saúde mental. Eu imaginei que a gente receberia alguma capacitação chegando, não aconteceu e eu comecei a trabalhar muito intuitivamente e com orientação de um colega, com sugestão de alguma leitura, com um curso que surgiu fora daqui, com iniciativa própria do meu próprio bolso e aí. Mas, assim, sem uma capacitação, né? Pra atender esse público. (A3, informação verbal).

Santos e Cardoso (2010a), no seu estudo, relacionam a dificuldade enfrentada pelos profissionais em produzir o cuidado embasado no contexto da reforma, visto que a formação do trabalhador se baseia na lógica assistencial-curativa; que é uma postura problematizada pela atenção psicossocial. Oliveira (2007) complementa que essa postura de trabalho no modelo biomédico necessita ser superada pelos profissionais, a fim de se construir o modelo de atenção psicossocial. Isso implica na exigência de novas habilidades e competências que são inerentes ao exercício cotidiano do trabalho.

Um dos motivos dessa carência de preparo dos profissionais para a atuação no campo da SM ocorre porque os cursos formativos, em sua maioria, oferecem processos educativos voltados para o modelo hegemônico biomédico e medicamentoso (SILVA; COSTA, 2008; SILVA; MOURA, 2015). A fim de diminuir o sentimento de despreparo para trabalhar com a SM, os profissionais procuram se qualificar por conta própria, através de cursos de pós-graduação e de extensão nessa temática:

*A primeira dificuldade que eu enfrentei assim é você entrar no serviço e não ter a qualificação pra tal, né? Então assim, quando eu fiz o concurso que eu iniciei eu imaginava que eu teria uma capacitação primeiro, né? Pra atuar de fato e não teve, então, iniciei assim, caindo de paraquedas assim no serviço, né? **Então você tem que indo em busca, tem que ir em busca por conta própria porque se você for esperar ser capacitada é difícil assim. Eu tenho buscado por conta própria mesmo...** (B7, grifo nosso, informação verbal).*

O estudo de De Marco e colaboradores (2008) supõe que, se os profissionais não têm disponível um investimento para a qualificação, uma pequena parcela deles investe por conta própria em processos formativos, com o objetivo de adquirir ou de ampliar o conhecimento no campo da SM. Essa atitude implica na reflexão do trabalhador sobre percepção da reciprocidade que deveria existir entre a organização e o agente do trabalho, porém o que o trabalhador percebe é que ele investe sozinho na qualificação para melhor desenvolvimento do trabalho, sem ter o retorno da organização:

Então praticamente a gente tá trabalhando assim em saúde mental, eu especificamente há 8 anos é... Utilizando conhecimentos que nós investimos. É... Sem recursos, sem supervisão, se a gente quer uma supervisão a gente tem que bancar essa supervisão, uma coisa que estava prevista no projeto inicialmente que a gente chegou a discutir, que a gente teria suporte técnico e supervisão nos casos mais complexos e a gente não tem tido isso em momento algum. (A8, informação verbal).

A ligação entre o processo de trabalho e a satisfação do trabalhador não está relacionada apenas às condições internas (como demanda emocional, conflitos, formação profissional); também é possível considerar as condições

externas (como a infraestrutura e os recursos materiais que influenciam no funcionamento dos serviços e no cuidado projetado aos usuários). Esses aspectos podem causar um sentimento de frustração que ocorre devido à percepção do trabalhador sobre a falta de suporte organizacional (SANTOS; CARDOSO, 2010a; SILVA; MOURA, 2015).

Dentre as principais dificuldades identificadas pelos entrevistados no que se refere à estrutura física, estão o quantitativo de salas insuficientes para atender à demanda de usuários do serviço e a ambiência do CAPS. Esse último se relaciona a um ambiente mais agradável, acolhedor e aconchegante que é preconizado no atendimento humanizado:

A gente não tem espaços adequados, tanto [...] de salas, como de números, como de conforto que gere acolhimento, que gere harmonia, são espaços que tão quebrados, tão desestruturados, que tão caíndo, que estão feios, que estão sujos e tudo isso gera o oposto que o serviço deveria oferecer aos usuários. (A1, informação verbal).

Segundo Guimarães, Jorge e Assis (2011), as questões relacionadas à infraestrutura são motivadoras de insatisfação no trabalho, não apenas tendo a preocupação com o bem-estar do trabalhador no ambiente de trabalho para a execução das atividades, mas a principal preocupação é oferecer ao usuário um espaço melhor para o desenvolvimento do tratamento.

Nessa perspectiva, os profissionais de um dos CAPSs estudados reforçaram que a acessibilidade é um fator importante no ambiente de reabilitação psicossocial, mas, nesse referido serviço, havia um empecilho, visto que a farmácia estava localizada no andar superior da casa. Tal afirmação é evidenciada no discurso:

O acesso para os pacientes, para os usuários, é ruim; então, uma farmácia no primeiro andar numa unidade de saúde mental. Você pensar isso no contexto em que se fala tanto de acessibilidade é péssimo, compromete demais o nosso trabalho e compromete muito o conforto para o paciente. [...] Isso interfere no meu trabalho do ponto de vista de que limita o alcance das ações como elas deveriam ser. (B6, informação verbal).

Salienta-se que os problemas de infraestrutura não são considerados como fatores impeditivos do desenvolvimento do trabalho, contudo essas dificuldades tornavam precarizadas as ações dos profissionais. Dessa forma, para o alcance da finalidade do processo de trabalho, exige-se do agente um investimento maior sobre as ações:

Eu não acho que não tem nada da infraestrutura hoje que talvez impeça o trabalho, né? Mas, assim, a gente acaba fazendo, tem um esforço maior às vezes pra algumas coisas, tem que botar energia mesmo pra coisa acontecer porque é difícil assim, né? (B3, informação verbal).

O nível de satisfação do profissional para com o trabalho poderia ser melhor se houvesse um investimento nos serviços de SM, a fim de oferecer ambientes mais estruturados, com locais mais adequados e acolhedores para os atendimentos da clientela (DE MARCO et al., 2008), ou seja, espaços com maior número de salas, com a ambiência agradável e que permitam a livre circulação dos usuários em todos os ambientes.

Acrescentam-se aos problemas no cotidiano de trabalho a disponibilidade de recursos materiais para o desenvolvimento e o funcionamento ideal das unidades. Os profissionais referiram que faziam pedidos e que os materiais normalmente não eram fornecidos, ou chegavam em quantidade inadequada. Destacaram ainda que parte

do material que era disponibilizado corresponde a artigos administrativos, por exemplo, lápis, caneta, papel:

[...] nós sempre fizemos listas e listas de pedidos e esses materiais nunca chegam, ou chegam de forma incorreta, ou chegam em quantidades [...] inadequadas, logo a gente não consegue realizar os trabalhos. (B4, informação verbal).

Na verdade que eu saiba não existe material fornecido, né? Existe material administrativo. Se você quiser fazer alguma coisa a mais, você tem que bancar, né? Então, enquanto você banca, você faz ou então banca de diversas formas, ou você compra, ou é feito um bazar e a partir daí é gerado uma renda, mas assim não são suficientes. (A8, informação verbal).

A limitação de disponibilidade de material interfere no desenvolvimento das atividades, das ações terapêuticas no CAPS, bem como no desempenho e na satisfação no trabalho. Ressalta-se que, assim como a infraestrutura, a falta de recursos materiais não inviabiliza o trabalho, mas o profissional procura alternativas para trabalhar com o que tem disponível. Dessa forma, eles buscavam fazer bazar e pedir doações inclusive dos próprios usuários, para manterem as atividades:

[...] limita a nossa criatividade e o poder de execução assim, né? Se a gente tivesse... Os materiais que a gente pede ou até mais do que é possível de pedir, a gente estaria criando mais, tendo mais possibilidades de atividades, ofertando mais coisas, isso geraria mais satisfação também para o trabalhador, mais motivação, né? Geraria menos desgaste na gente e você poderia oferecer coisas até mais atrativas, mais funcionais pro paciente, mais efetivas, acho que é isso. (A1, informação verbal).

A falta de recursos no trabalho, quer sejam eles materiais ou físicos, associada à percepção dos profissionais

para com as condições precárias do desenvolvimento do trabalho, é considerada um fator estressante ao trabalhador, tendo como consequência a limitação da atuação do profissional, o que interfere diretamente na qualidade do serviço oferecido (SANTOS; CARDOSO, 2010b).

Silva e Costa (2008) afirmam que os profissionais se sentem desmotivados com a atuação em saúde, dado que os atravessamentos das condições materiais, financeiras e físicas precárias são constituintes da realidade do cotidiano de trabalho. Contudo, Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) avaliam o trabalho em SM não apenas no aspecto das dificuldades enfrentadas no cotidiano, mas destaca-se o trabalho como fonte de prazer. Esses autores reiteram que foi identificada na atitude dos usuários a satisfação sobre a condução do profissional na organização do trabalho e na construção conjunta (usuário e profissional) das atividades; retorno que se reverte em sentimentos positivos, tais quais o reconhecimento, a gratificação e o orgulho para o profissional que executa a atividade laboral.

Os entrevistados mencionaram que a satisfação no trabalho se devia principalmente pelo reconhecimento do usuário para com o desenvolvimento do trabalho. Esse reconhecimento não é caracterizado pelo elogio direto ao profissional, mas por referências positivas do tratamento na vida do paciente:

Os usuários são os que mais valorizam o trabalho, né? Porque são os que recebem os benefícios, né? Então, eles avaliam até melhor porque não fica no plano da imaginação, né? Eles têm uma concretude pra avaliar. (A3, informação verbal).

O prazer com o trabalho também pode ser significado com a relação estabelecida entre usuário e profissional, porque o desenvolvimento das atividades laborais perpassa

por uma relação mútua de intervenção em ato; e essa proporciona confiança e responsabilidade entre profissional e usuário. Tal relação origina satisfação, pois o profissional se sente produzindo saúde mesmo com os problemas oriundos do ato de cuidar (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011):

[...] eu recebo retornos assim interessantes, não retornos necessariamente direto de um usuário dizer, né? Assim é... De uma forma mais direta, mas você percebe, às vezes, ele relatar das mudanças na vida, né? De coisas que ele percebe e aí você com isso se sente, eu me sinto, a sensação é de valorização, mesmo que ela não venha diretamente, né? Em forma de agradecimento, não é nem por aí que eu estou pensando, estou pensando mais de sentimento mesmo, de se sentir valorizado. (B3, informação verbal).

Ademais, nas entrevistas, foi identificada outra fonte de satisfação profissional: essa atribuída ao vínculo empregatício. Os profissionais referiram que ser servidor público traz uma estabilidade maior devido ao regime jurídico em que esse trabalhador está incluído, porém os mesmos não apresentaram elementos para exemplificar tal satisfação. Os profissionais com vínculos precários, que constituíam 37,6% da amostra, relataram que se sentiam inseguros pela iminência do desligamento do serviço:

Acho que meu vínculo é o vínculo mais digno, né? Que atualmente existe nesse quadro de servidores porque o vínculo de estatutário, que é o meu vínculo, ele é o único vínculo que dá respaldo jurídico, único não, mas é o que dá respaldo jurídico pra o servidor. (B6, informação verbal).

Vale ressaltar que o vínculo pode trazer uma satisfação ao profissional, mas as condições de trabalho precarizadas podem instituir tamanha insatisfação no trabalhador que

o próprio vínculo estável pode não ser o suficiente para a manutenção dos sentimentos positivos advindos do processo de trabalho. Tal afirmação é evidenciada no seguinte discurso:

*Com meu vínculo? Eu me sinto bem. E me sinto livre inclusive pra... Eu sou efetiva, né? Eu sou concursada, mas diferente de alguns outros colegas, **não me sinto presa a esse vínculo, ao que ele oferece enquanto estabilidade e exatamente pela minha insatisfação com as condições indignas de trabalho me sinto livre pra deixar ele a qualquer momento.*** (A1, grifo nosso, informação verbal).

Nesse entendimento, todas as dificuldades relatadas no estudo são motivadoras das insatisfações no profissional, acrescenta-se que o prazer do trabalho não consegue equilibrar os sentimentos referenciados pelos sujeitos entrevistados, visto que o processo de trabalho em condições precarizadas limita as ações das práticas de SM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho em SM proporciona ao indivíduo o surgimento de sentimentos que podem se relacionar com o prazer ou com a insatisfação no que tange ao ato laboral. Os sentimentos mais evidenciados pelos entrevistados foram frustração, impotência e angústia, quando se referiram às ações que necessitavam desenvolver no cotidiano de trabalho sem o suporte adequado; desgaste físico e psíquico por conta da demanda emocional densa e dos conflitos na equipe.

Fazendo referência aos conflitos na equipe, esses corresponderam aos diferentes regimes empregatícios existentes na ocasião da coleta dos dados, o que constituía em

uma disputa entre os profissionais (vínculos precarizados e servidores públicos).

Na lógica nova de modelo de Atenção, os profissionais comparam o processo de trabalho nos serviços e os cuidados oferecidos às pessoas com transtorno mental antes e pós RP. Ao trabalharem sob a lógica de serviços substitutivos, os trabalhadores relataram que não se sentiam preparados para atuar nesse novo modelo, principalmente aqueles servidores que entraram no concurso e que não tiveram anteriormente contato com a SM.

Cabe dizer também que as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho atrapalhavam o desenvolvimento das atividades nos serviços. Tais dificuldades se referiam à estrutura física e aos recursos materiais que muitas vezes eram inadequados ou indisponíveis; percalços que não inviabilizam o trabalho, porém as ações tornam-se precarizadas.

Não foram somente as condições precárias do cotidiano de trabalho que poderiam interferir na saúde do profissional, mas surgiram questões positivas que se relacionavam com a satisfação no trabalho decorrente do reconhecimento do usuário do serviço de SM para com os trabalhadores e do vínculo de trabalho como servidor público.

Essa pesquisa não apresenta instrumentos que avaliam o comprometimento da saúde do trabalhador ou determinam o adoecimento dos mesmos. Porém, sugere-se que o processo de trabalho em SM pós RP, em condições limitantes como ocorria nos serviços estudados, poderia estar prejudicando a saúde do trabalhador mesmo que ainda não tivessem se sentido adoecido.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Maria Elizabeth Antunes. Saúde mental e trabalho: limites, desafios, obstáculos e perspectivas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. especial 1, p. 91-98, 2013.

ATHAYDE, Vladimir; HENNINGTON, Élide Azevedo. A saúde mental dos profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise do conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília, DF, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, Célia Maria Sivalli. **Consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil através dos hospitais dia: a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade**. 1998. Tese (Doutorado) – Departamento

de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, 1998.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BARROS, Sônia. Consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil através dos hospitais dia: a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 243-250, jul./set. 2001.

DE MARCO, Patrícia Furato et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 178-183, 2008.

FARIA, Horácio Pereira et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

GLANZNER, Cecília Helena; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane Prado. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um centro de atenção psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 716-721, jun. 2011.

GUIMARÃES, José Maria Ximenes; JORGE, Maria Salete Bessa; ASSIS, Marluce Maria Araújo. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, abr. 2011.

KNOKE, Maria de Fátima Prates. **Trabalho em saúde mental nos centros de atenção psicossocial de Salvador**: processo laboral e a saúde dos trabalhadores. 2011. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

LANCMAN, Selma; PEREIRA, L. M. F. Introdução. In: LANCMAN, Selma (Org.). **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília, DF: Paralelo 15, 2009. p. 9-28.

MERHY, Emerson Elias. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão manicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores**. [S.l.], 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2015.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPJV, Fiocruz, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-19.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 189-199.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-287, 2007.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 694-702, 2007.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 151, fev. 2000.

SAMPAIO, Daniela Márcia Neri; VILELA, Alba Benemerita Alves; PIRES, Vilara Maria M. Mendes. Processo de

trabalho em saúde com ênfase na enfermagem: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico.

Revista Saúde.Com, Jequié, v. 8, n. 2, p. 61-68, 2012.

SAMPAIO, José Jackson Coelho et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Carmen Lúcia. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 245-253, 2010a.

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Carmen Lúcia. Profissionais de saúde mental: manifestação de *stress* e *burnout*. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 67-74, 2010b.

SILVA, Elisa Alves da; COSTA, Ileno Izídio da. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Revista Latinoamericana de Psicopatía Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, dez. 2010.

SILVA, Elisa Alves da; COSTA, Ileno Izídio da. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: um estudo exploratório com os profissionais dos centros de atenção psicossocial de Goiânia/GO. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, jun. 2008.

SILVA, Elizangela Samara da; MOURA, Viviane Guedes Gonçalves de. Crise capitalista e política de saúde pública: tendências atuais pertinentes à saúde mental brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 103-115, jan./jun. 2015.

ADESÃO AO TRATAMENTO: Facilitadores da continuidade do cuidado em Saúde Mental

Maraíze Gomes Cruz

Juliana Jesus Baião

Milena de Almeida Souza

Ana Carolina Cerqueira Medrado

Patrícia Sodré Araújo

Reforma Psiquiátrica (RP) no contexto brasileiro tomou força a partir da década de 1970, com a pretensão de mudança no paradigma do sistema de tratamento clínico de Saúde Mental (SM) e com a pretensão de substituição ou eliminação das internações, que geram exclusão, em substituição às práticas de reabilitação psicológica e reinserção social do sujeito em adoecimento psíquico (ALMEIDA; DIMENSTEIN; SEVERO, 2010).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças e os transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo.¹ De acordo com o Ministério da Saúde (MS), cerca de 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6%, com transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de drogas; e 23% da população necessita de atendimento em SM (BRASIL, 2008). De acordo com dados

¹ EBC. EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO. Saúde mental: transtornos atingem cerca de 23 milhões de brasileiros. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/05/saude-mental-em-numeros-cerca-de-23-milhoes-de-brasileiros-passam-por>>. Acesso em: nov. 2014.

epidemiológicos, cerca de 31 a 50% da população brasileira apresenta, durante a vida, um episódio de transtorno mental (ALVES; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2013).

A Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), de 6 de abril de 2001, trata da RP e do redirecionamento das políticas de saúde, da luta antimanicomial e da substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado no internamento, pelos serviços substitutivos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) – serviços estes que são regulados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, instituídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e são instrumentos da RP no país (AMARANTE, 1998).

Segundo dados do MS de 2002 a 2010, o número de CAPS aumentou de 424 para 1.620, um aumento de cobertura de 21% para 66% de cobertura, nos respectivos anos (BRASIL, 2011). Os CAPSs devem funcionar como modelo de cidadania por oferecerem tratamento às pessoas com transtorno e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou de outras drogas, ao mesmo tempo em que esse público é reinserido no convívio familiar e social (ARAÚJO et al., 2015; BANDEIRA et al., 2011).

Esse novo modelo de cuidado em SM requer dos profissionais, da família e da sociedade em geral uma nova concepção que vai de encontro ao modelo biomédico, não avaliando apenas a relação saúde/doença, mas o sujeito numa dimensão holística levando em consideração suas individualidades biológicas, psíquicas e sociais (BARLETTA; GENNARI; CIPOLOTTI, 2011; SCHOLZ et al., 2014).

A partir desse novo entendimento de atenção psicossocial, foi elaborado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que pode ser entendido como um modelo individualizado de cuidado a ser seguido pelo usuário. Em sua elaboração, o PTS

busca valorizar o saber prévio do indivíduo, assim como suas opiniões em relação ao seu tratamento, a fim de desenvolver uma relação de confiança entre equipe-usuário-família. Ademais, após uma avaliação com um profissional técnico de referência, que tem como função o acompanhamento do usuário ao longo de seu tratamento, o sucesso terapêutico pretendido depende da partilha da responsabilidade entre os envolvidos (ARAÚJO et al., 2015; BASAGLIA, 1985; SCHOLZ et al., 2014).

Ao contrário do modelo asilar, os serviços substitutivos, os CAPSs, possuem equipe multiprofissional habilitada a desenvolver atividades diversificadas voltadas para reabilitação psicossocial. Essas atividades podem ser realizadas em grupo ou individualmente, as quais vão desde terapias lúdicas (artesanato e atividades físicas) às farmacológicas (BOTEGA, 2001). É importante salientar que o comprometimento do usuário/família/Técnico de Referência (TR) com o PTS é de grande relevância para a eficácia terapêutica, bem como para a reavaliação do usuário.

A adesão ao tratamento é de suma importância para o gerenciamento de uma doença, seja ela aguda ou crônica. A adesão ao tratamento é muito importante para o alcance dos resultados dos cuidados à saúde, caracterizando o usuário como aquele que participa e age, sendo sujeito ativo capaz de aceitar ou de rejeitar as recomendações propostas pela equipe (BRASIL, 2001).

Os significados atribuídos à adesão pressupõem uma relação entre usuário e profissional de saúde, significados estes que resultam das experiências prévias e da forma como o usuário interage com o ambiente, bem como resultam das suas representações de saúde e de doença. Logo, o usuário é compreendido como sujeito capaz de responder

pelo seu comportamento, com sentimentos pessoais e implicação em decidir-se ou não participe (OGDEN, 2004 apud BARLETTA; GENNARI; CIPOLOTTI, 2011).

De acordo com Fletcher, Fletcher e Wagner (1989 apud SILVEIRA; RIBEIRO, 2004/2005), o termo adesão está relacionado com o grau de seguimento e com a maneira como o sujeito atende às recomendações médicas; enquanto Botega (2001) traz o conceito ampliado de adesão, que corresponde ao conhecimento da doença, a ideia de cura ou melhora de sua doença e o imaginário que se ia do profissional que o acompanha. E, ainda segundo Botega (2001), a maioria dos indicadores aborda apenas a adesão às terapias farmacológicas, não evidenciando os planos de cuidados (terapias em grupo e individuais), sendo ambos indissociáveis, pois são complementares.

Vista dessa maneira, a adesão deve incluir, além da terapia medicamentosa, a educação em saúde – esta que poderá ajudar o usuário a reconhecer e a aceitar sua condição de saúde, bem como a adaptar-se a um novo estilo de vida; além de ajudá-lo a estreitar a relação usuário/profissional e a adequar-se às modalidades de tratamento e ao reforço psicossocial.

Sob essa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo identificar os fatores associados à adesão ao tratamento nos serviços substitutivos para tratamento a portadores de transtorno mental e aos usuários de álcool e/ou de outras drogas, em um Distrito Sanitário (DS) na cidade de Salvador (BA), bem como compreender de que forma a relação profissional-usuário interfere no processo de adesão ao tratamento e o papel da família no processo da terapêutica sob a perspectiva dos usuários assistidos nesses serviços.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, realizado em duas unidades de SM (CAPS II e CAPSad), em um DS da cidade de Salvador (BA). A coleta de dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2014, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), sob o Parecer nº 759.904, e seguiu a Resolução 466/2012.

A pesquisa foi realizada com 12 usuários dos serviços, para os quais foi apresentado o objetivo da pesquisa, bem como os seus aspectos éticos e princípios. Foram incluídos nesse estudo os usuários orientados alopsiquicamente;² e, como critério de exclusão, usuários que tivessem abandonado o tratamento no período da pesquisa.

Como instrumentos de investigação, foram elaborados um roteiro de entrevista semiestruturado (contendo informações sobre o usuário, os fatores que interferiram na adesão e o conhecimento da doença) e um formulário sociodemográfico.

A coleta de dados foi realizada individualmente de forma face a face; assim, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Para a realização do plano de análise, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, sendo extraídos das entrevistas relatos e observações de relevância. Para identificação dos participantes da pesquisa, foram utilizados os símbolos: E0, para CAPSad; e F0, para CAPS II.

² Orientação alopsíquica é a capacidade que a pessoa tem de orientar-se em relação ao mundo. Essa orientação refere-se ao **espaço**, o lugar onde a pessoa se encontra (nome do bairro, da cidade, da instituição de saúde, etc.) e, ao **tempo**, ano, mês, dia etc.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A adesão e a continuidade ao tratamento em SM estão diretamente relacionadas à aceitação do usuário em seguir ou não as recomendações prescritas pelos profissionais (CAMARGO; CAPITÃO; FELIPE, 2014). O empoderamento e o PTS são conquistas recentes no campo da saúde e da RP no país (CUNHA; GANDINI, 2009). Entende-se por empoderamento o fortalecimento do poder, a participação ativa do usuário, dos familiares e da coletividade na tomada de decisões como estratégia de promoção à autonomia e à reinserção social (CUNHA, 2006).

No contexto da desinstitucionalização, o empoderamento reforça a corresponsabilização entre os participantes do processo de cuidado, de modo que o conceito de tratamento não é caracterizado apenas na lógica de melhora de sintomas e o conceito saúde-doença se desfaz à medida que a relação existência e sofrimento se apresenta em maior relevância a partir de uma perspectiva de cuidado multiprofissional (DALGALARRONDO, 2000).

Nessa perspectiva, as entrevistas coletadas permitiram observar que os entrevistados faziam parte do processo de construção de cuidado que lhes eram ofertados. Sabiam quais atividades frequentavam desde a posologia de medicamentos a dias de atendimento, como segue nas narrativas a seguir.

[...] nortriptilina, depakene metade e agora clonazepam 5 gotas. No caso, antes de vir pra cá, tinha dores de cabeça me pegava direto. Depois da nortriptilina e da depakene, as dores de cabeça tá bem melhor. Tomo 25 de manhã e 70 à noite [...] pra mim é normal, eu gosto de tomar meus medicamentos, procuro sempre tomar minha medicação, eu não esqueço. Antigamente eu achava que só a medicação ajudaria. Mas, depois que eu comecei o tratamento e a terapia,

eu percebi que só a medicação não resolve, tem que ter a terapia, tem que ter a medicação e tem que ter também a colaboração da minha parte, né? (E1, informação verbal).

Minha enfermidade? Antes eu tinha nenhum conhecimento. Depois que eu passei esses anos vindo aqui no CAPS, eu tenho mais um grau elevado do conhecimento devido a auto-observação, digamos assim. Então passei a me observar e senti que a droga me causa danos e danos esses que são realmente profundos se você parar para analisar pra se observar em todas as áreas da vida, na área da autoestima, produção. (E2, informação verbal).

Ribeiro e Poço (2007) discorrem sobre os motivos das altas taxas de abandono ao tratamento em SM, sendo a aceitação ou não da terapêutica oferecida aos usuários e familiares um dos motivos relevantes para a continuidade do tratamento (JORGE et al., 2011).

Os usuários que participavam de forma ativa do processo de cuidado tendiam a ser mais assíduos nas atividades que lhes eram propostas, pois percebiam que adquiriam benefícios. Além disso, por entenderem que o tratamento indicado era de caráter individualizado, essa individualização despertava um sentimento de segurança nesses indivíduos, fazendo com que esses pacientes se sentissem mais seguros e dispostos a darem continuidade ao tratamento.

As narrativas a seguir retratam a participação dos usuários no processo terapêutico, distanciando o novo modelo de cuidado do modelo anterior – o asilar:

Meu dia é só segunda-feira. Se eu não vir, ave Maria. Se eu precisar faltar e já precisou, uma vez que fui tirar uma identidade que foi numa segunda-feira, fui lá, mas voltei aqui pra dar satisfação, pra dizer a ela que estava tudo bem. Eu acho que tem que ser assim, a pessoa não tem que maguear. Acho que se a pessoa assumiu, tem que vir, se não for, tem que chegar no horário certo, que se chega atrasada, atrapalha

e pessoa tem que chegar 8:30, que mora longe... Porque antes eu era pela tarde, eu saía de lá que era 13:30 aqui. Durante o tempo que era de tarde, nunca cheguei atrasada, que é chato você chegar e estar todo mundo conversando, que aí atrapalha, tira a concentração, é isso. (E0, informação verbal).

Uso gardenal, tegretol e o antidepressivo. Me sinto bem com eles, o gardenal me deixava praticamente dormir, dormia o dia todo, tenho que lidar com isso com sono [...] mas conversei com o Dr. (psiquiatra) o psiquiatra para amenizar mais, para eu poder seguir minha vida com mais vontade. (E3, informação verbal).

Assim, o tratamento não é apenas imposto aos portadores de transtorno mental, mas é realizado em conjunto entre profissional e sujeito. Desse modo, o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, deve desenvolver as capacidades de acolher, de responsabilizar, de resolver e de autonomizar (MALDANER et al., 2008).

Bandeira e colaboradores (2011) relatam que, na perspectiva de inclusão do usuário no processo de cuidado, a avaliação subjetiva acerca do serviço e dos resultados do tratamento tem sido recomendada aos serviços de SM pela OMS, pois reflete a relação sujeito e profissional a partir da visão dos usuários, uma análise pessoal que vai além de resultados clínicos (MELCHIOR et al., 2007).

Dentre os relatos, é possível perceber que os usuários sentem-se como parte integrante do processo, visto que discorrem sobre seu adoecimento e tratamento, para além dos benefícios que eram adquiridos em virtude do tratamento disponibilizado pela unidade:

Tá bem [...] pra me cuidar, fazer tratamento e me cuidar para o uso de cocaína e crack. É bem, como muito bem, sou bem atendido até hoje. É bem, superlegal, minhas aulas

mesmo eu gosto, fico muito bem, eu só falto quando não dá pra vir mesmo, mas é beleza. Facilita mais assim mais, porque eu levantava lá e não ligava pra nada mesmo, só droga, droga mesmo, hoje em dia venho pra cá, tenho atividade, tenho atendimento, aí ah... Como é que fala, tirava de tempo, né, o uso de droga, convívio na rua, melhor mais. Eu me sinto bem, com meus tratamento com o pessoal aqui do CAPS, pessoas legal, eu me sinto melhor aqui, me dou bem no tratamento, eu gosto. (E3, informação verbal).

Hoje para o que eu era antes eu sou eu sou 100%, não via os rostos das pessoas como eu tô vendo agora... (F2, informação verbal).

É eu poder me medicar, eu tenho autonomia, eu sei que se não tomar remédio vou ficar doente, eu não deixo de tomar remédio, por mais que esteja boa. [...] é assim, um conjunto o CAPS pra mim é um conjunto da pessoa que dá a medicação, da técnica, do grupo, dos remédios, uma coisa sozinha não ia resolver, é um conjunto. (F1, informação verbal).

Perceber a melhora durante o tratamento e entender que a terapia indicada é individualizada trazem ao usuário segurança e estímulo para dar seguimento ao cuidado que lhe é proposto, ao passo que também reforça a adesão ao tratamento oferecido. Os usuários sabem descrever desde os medicamentos que fazem uso às atividades realizadas nos CAPSs, bem como conseguem descrever a melhora e a evolução do quadro à medida que dão continuidade ao tratamento. Como nos relatos a seguir.

No CAPS, um tratamento diversificado, é muito disciplinar, nós temos uma assistência médica psiquiátrica e administrativa assim, muito disciplinar, muito eficiente. Eu frequento grupo, até esqueci qual é o grupo, tem o grupo que frequento, é a teia de notícias pra gente se atualizar com as notícias, é pra distrair a mente assim, desenvolver a imaginação, desfocar dos problemas, na variedade também tem uma oficina de artes que a gente faz uns trabalhos, artesanato, umas pin-

turas, temos também que eu frequento uma oficina de jogos e brincadeiras que dispersa muito dos problemas pessoais, a gente fica focado na vida como um todo conjunto, que você sozinha, seu problema pessoal, os danos que a droga te faz o que você deixou de produzir, o emprego que você não tem, o salário que você não tem, essas coisas todas [...] é, de forma geral eu acho o tratamento muito gratificante, você, eu acordei pra realidade, minha realidade que tava adormecida, a verdade que eu sou uma dependente química, que eu tô desperdiçando tempo de vida e possibilidades e que eu tô magoando outras pessoas, familiares que sofrem também com essa possibilidade de ter um familiar nessas condições entre aspas, então eu vejo esse tratamento como uma boa chamada para realidade, sabe? (E2, informação verbal).

Aqui você é tratado bem, troca o remédio se não estiver dando certo, o aconchego é bom, só fala mal do CAPS quem não frequenta. (F1, informação verbal).

Os CAPSs têm como objetivo a reabilitação psicossocial do indivíduo, levando em consideração sua singularidade, contribuindo para melhora e para autonomia do sujeito (MIASSO; MONTESCHI; GIACCHERO, 2009). Sendo assim, é possível perceber, no discurso acima, que o tratamento no CAPS é como uma alusão ao renascimento, uma redescoberta de si mesmo como pertencente a um espaço de cuidado, de promoção à saúde e à vida.

A não adesão ao tratamento é considerada um fenômeno universal, principalmente no que tange às doenças crônicas. Um dos aspectos que permite se entenderem as possíveis causas do perfil de abandono é identificar quais as dificuldades e quais as facilidades durante o período de tratamento, sendo que, em psiquiatria, as taxas são mais altas que em outras áreas médicas (MIELKE et al., 2011; MOLL et al., 2012).

Nas entrevistas, buscou-se entender se havia dificuldades durante o processo de cuidado que pudessem comprometer a terapêutica do indivíduo e, a partir disso, identificar se havia fatores que implicavam na não adesão ou se eram questões já percebidas que reforçavam a necessidade de continuidade ao tratamento, conforme descrito nos relatos a seguir.

Tomar remédio é ruim, amargo [...] acho ruim, mas tem que tomar, porque amarga muito, tem vezes que até de manhã está amargando. (F5, informação verbal).

Encontro, porque transporte, porque além do transporte porque é assalariado eu tenho que saltar na Madeira Brotas e vim andando. Mas, eu no caso, eu poderia ir pra outro lugar, mas eu não quero porque estou aqui desde 2007 e eu já tô acostumada com todo mundo aqui. (E1, informação verbal).

Sim, tem a dificuldade do transporte e a alimentação que antes não tinha, mas agora não tem mais isso. Mas, transporte dificulta mesmo, já deixei de vir. (F6, informação verbal).

Acho bom, atende às necessidades. Só precisa melhorar a parte física, eles disseram que vão melhorar. Em relação aqui as pessoas em relação a parte humana, poderia ter mais médicos talvez somente, pra mim está bom, agora mesmo tem 2 psicólogos na sala, a gente que frequenta o grupo terapêutico, está bom... (F7, informação verbal).

A maioria dos usuários não relatam dificuldade com o que é proposto; e, sim, dificuldade de deslocamento para ir ao serviço (CAPS), em virtude de questões financeiras. Durante os relatos, foi possível perceber que essa dificuldade ou a relação com a terapia farmacológica refletem apenas questões individuais, pois, ao retornarem ao serviço, as atividades propostas são retomadas pelos pacientes. O uso de medicamentos é mantido devido à percepção de melhora durante seu uso.

Outro ponto relevante a ser discutido é o perfil clínico apresentado pelos usuários, durante período de pesquisa. Dentre os entrevistados, três usuários definiam-se como usuários de álcool e/ou de outras drogas; um usuário definiu-se como usuário de álcool e/ou de outras drogas e comorbidades (depressão ou outros transtornos); e oito usuários definiram-se como portadores de transtornos mentais graves (transtorno do humor e/ou esquizofrenia). Destaca-se que a maioria dos entrevistados com relato de diagnóstico de depressão, ao serem questionados se sabiam por qual motivo estavam em tratamento nos CAPSs, responderam como no discurso a seguir.

Foi detectado depressão, tinha plano de saúde, depois fui pra médico particular, nessa ida minha pra médico particular, ela atendia no centro médico do vale. Ela disse que a psicóloga de lá falou que tem um CAPS em Pernambués e você tem direito ao CAPS, lá tem o psicólogo e psiquiatra e você faz o tratamento no CAPS, aí realmente eu vim para o tratamento no CAPS. Cheguei aqui tomando 7 medicamentos, naquela fase crítica mesmo. (F1, informação verbal).

Mas aí, o ano passado tive uma crise de depressão muito forte que nunca tinha visto, e é muito difícil. Depressão é uma dor que é crise depressiva, a gente fica num estado que não pensa em outra coisa, não é questão de coisas pessoais, financeira, acho que não esteja relacionado a bens materiais, eu não acho, eu acho que é uma coisa tão difícil o pensamento suicida a gente só pensa em tirar a vida, só vem aquilo na cabeça, eu pensava assim eu tenho que lutar, a gente quer viver, não quer morrer; quando a gente tem esse problema só pensa em tirar a vida [...] depressão. Já tenho desde 2002. A primeira crise que eu tive era em 2002, não sabia o que era depressão, fui adoecendo, emagrecendo, não comia, não dormia, não bebia, muito aérea e uma colega de minha irmã que percebeu e falou com minha irmã para ir lá pra ver por que eu estava muito diferente. (F7, informação verbal).

Cunha e Gandini (2009) discutem sobre a adesão ao tratamento farmacológico em pacientes depressivos e afirmam que a não adesão nesse público é comum. Relatam ainda que o abandono era resultado de uma percepção de melhora e, conseqüentemente, o tratamento é interrompido; além disso, padrão de culpa exagerada, motivação pobre e prejuízos cognitivos eram associados ao abandono em pacientes deprimidos (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Moll e colaboradores (2012) discutiram sobre o perfil dos usuários assistidos em um CAPS. Foi observado que usuários com diagnóstico de esquizofrenia apresentavam maiores taxas de abandono ao tratamento. Contudo, percebeu-se também que a relação com o serviço e a singularidade dos indivíduos também influenciavam na adesão (PEREIRA, 2007).

Estudos sobre a adesão ao tratamento em pacientes depressivos mostraram que a relação profissional-paciente constitui um fator determinante da adesão ao tratamento medicamentoso (CUNHA, 2006; PINTO et al., 2011).

Os achados na pesquisa corroboram com a literatura. Os entrevistados que se definiam com diagnóstico de depressão apresentavam maior adesão ao tratamento, etapa em que a relação com o profissional e a percepção de cuidado foram fatores importantes para garantirem a continuidade do cuidado desse público:

Antigamente eu ficava com medo de me jogar debaixo do carro, ficava com vontade de morrer, aquela tristeza que não me deixava, hoje já administro bem, me aceito melhor. (F9, informação verbal).

Ainda na perspectiva de cuidado, a assistência ao doente mental era baseada no modelo biomédico; contudo, ainda há registros de usuários sem suporte familiar ou a

família apresenta-se apenas como portadora de informações, transferindo a responsabilidade de cuidado para os CAPSs.

A proposta elaborada pelos serviços substitutivos é estabelecida através da relação terapêutica profissional x usuário x família. Navarini e Hirdes (2008) reforçam que a família é um membro integrante do cuidado prestado ao usuário. O adoecimento do membro familiar mobiliza a família toda, ao passo que o ente adoecido não atende às expectativas criadas em virtude da mudança de relações: o impacto produzido pela demanda e pela necessidade de cuidado (PINTO et al., 2011).

A literatura discute sobre o apoio e o suporte familiar durante o processo de cuidado, sobre as facilidades de continuidade no tratamento quando há suporte familiar, reforçando o seguimento para além do CAPS. Camargo, Capitão e Felipe (2014) relatam que o suporte familiar pode influenciar positivamente no processo de adesão ao tratamento e evidenciaram que a adesão é maior quando o sujeito percebe o suporte familiar (RIBEIRO; POÇO, 2006); conforme indica o relato a seguir.

Me relaciono bem com minha família, hoje minha irmã vem conversar [...] vem pro grupo de família, ela está há um ano sem vir por que tem dois netos, mas ela hoje está vindo. [...] bom, no começo uma me acompanhava sempre, mas agora eu tô vindo só, eu não acho necessário eu tomar o tempo dela, ela tem a vida dela [...] é importante sim, se nenhuma tomar conhecimento disso, se nenhuma desse importância para isso, seria péssimo para mim, sempre socializei com minha filha, primo, tio. Ter a família do lado, eu sempre estive do lado deles, nessa maneira se eu me visse sozinha ia ser péssimo para minha recuperação. (F1, informação verbal).

O discurso dos pacientes reforça que o suporte familiar é relevante para a continuidade do cuidado. Os usuários

que tinham suporte familiar sentiam-se seguros e fortalecidos para seguir com o tratamento, pois percebiam que seu adoecimento não era negligenciado, conforme o relato a seguir.

Minha família acha que eu to bem, comparada ao que eu era. Minha família acha que eu tô bem e eu tenho até uma irmã que começou a fazer tratamento no CAPS lá em Vale dos Lagos e ela tá seguindo tudo o que o médico, a médica diz, o psicólogo fala, ela procura fazer corretamente. (E1, informação verbal).

O adoecimento do familiar é um evento inesperado que reestrutura a dinâmica da família, em vistas da necessidade de cuidar do portador de transtorno mental. Contudo, essa reformulação de cuidado propicia um estreitamento na relação da família, favorecendo a inserção do indivíduo no convívio social (SANTIN; KLAFKE, 2011).

No entanto, o discurso predominante apresentado durante as entrevistas era não do suporte familiar, mas sim do abandono dos familiares durante período de adoecimento. A maioria dos usuários relatava que, durante o processo de tratamento, muitos familiares os abandonaram e o discurso também trazia o estigma vivido pelos usuários frente aos familiares:

Praticamente não tenho família. Tenho família, que ela precisa de mim eu preciso dela [...] – não, quase não vejo minha família. Totalmente isolada. – é carência o tempo todo, procurar uma ajuda e não ter, pensa que vai morrer e não ter quem ajudar, difícil, muito doloroso [...] (F6, informação verbal).

Tenho (benefício) mas quem recebe é meu sobrinho, eu não recebo não. [...] não, ele compra alimentos [...] Minha família morreu quase tudo, só tenho uma irmã ainda e um irmão [...] (F5, informação verbal).

A família não tem papel na minha vida não. A minha família por acaso, se vê obrigada agora por causa do CAPS, o CAPS que chamou a atenção deles para me darem um pouquinho de importância, a minha família não me dá importância não. (E2, informação verbal).

Sobre o papel do familiar no tratamento ao portador de transtorno mental, a literatura reforça a importância do suporte da família como fundamental ao tratamento. Em contraste aos achados, o discurso dos usuários apresenta o abandono familiar no período de adoecimento; ainda que o apoio familiar seja relevante na adesão ao tratamento, mesmo havendo sujeitos que não tinham o suporte da família, este não foi fator determinante para o abandono ao tratamento.

O que se percebe é que há uma transferência de cuidado. Os entrevistados entendiam o cuidado dos profissionais e o suporte que o serviço prestava como suficientes para continuidade ao tratamento. Nessa perspectiva, a relação profissional e usuários é fator decisivo para contribuir com a adesão. Quando questionados sobre a relação com o profissional e sobre como lidavam com o que era proposto, a maioria dos usuários seguia o que era sugerido pelo técnico de referência.

Pereira (2007) discorre sobre as relações de dependência, destacando os portadores de transtorno mental que dependem excessivamente de qualquer relação, o que impacta negativamente na sua autonomia. O profissional, nesse momento, tem papel de facilitador no processo de reconstrução da autonomia, surgindo como catalisador na reabilitação psicossocial (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

O vínculo entre profissional e paciente é caracterizado como uma relação de interdependência, compromisso e

troca de saberes, funcionando como ferramenta na relação de cuidado em SM (SILVA; COSTA, 2010). Essa relação é primordial para a continuidade terapêutica do sujeito, construída através dos sentimentos de angústia, impotência, preocupações e responsabilizações (SILVEIRA; RIBEIRO, 2004/2005).

Levando em consideração a adesão ao tratamento, na perspectiva de relação com o serviço x profissional, os usuários entendem que a melhora está associada ao seguimento do que lhe é proposto, ao seu plano terapêutico, assim há uma garantia implícita de melhora. A relação entre profissional e usuário reflete na relação de poder discutida por Basaglia (1985) entre os detentores do conhecimento: o profissional e o usuário. Ainda que haja um processo de autonomia em crescimento, não se percebeu, durante a pesquisa, o fortalecimento do fazer sozinho, os entrevistados necessitavam de um “aval” para realizar escolhas e seguir caminhos:

Eu me sinto bem acolhida, eles dão sugestões, porque falamos nossa vida pra eles, eles só ouvem, é difícil encontrar uma pessoa que nos ouça e nos entenda. Então, ela ouve a gente e indica meios para que a gente melhore, até em relação com a minha família mesmo. Meu marido tem problema com álcool ela pediu para que ele fizesse tratamento aqui. (F7, informação verbal).

Fator que me facilita minha permanência aqui é que os profissionais daqui é de alto nível, são realmente excelentes. Eu chamo de excelentes, agem de uma maneira tal, que nos sentimos acolhidos, nos sentimos representados, nos sentimos bem tratados, nos sentimos respeitados de maneira excelente, por isso que facilita minha estada aqui sem questões [...] Sim, porque eu confio nela, na excelência dela, pessoa

que está muito integrada com o paciente, em geral com todos os pacientes dela. (E2, informação verbal).

Percebeu-se que a pesquisa corrobora com dados descritos na literatura, ao discutir sobre o empoderamento dos usuários em SM. A relação com o técnico de referência apresenta fator primordial no entendimento do usuário como melhora, o que implica no processo de adesão. A percepção de liberdade, de cuidado e de melhora vem em conjunto com o discurso do profissional; os relatos ilustram que há uma necessidade explícita em seguir o que é proposto como condição para seguir uma vida que é percebida por eles como saudável e normal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa proporcionou conhecer quais fatores estão associados à adesão ao tratamento em SM na perspectiva dos usuários, avaliando os fatores do empoderamento do usuário, o papel da família, as dificuldades durante o tratamento, a enfermidade e a relação do profissional com o usuário.

No entendimento dos usuários, sobre seu processo de adoecimento, o conhecimento sobre a doença e a aceitação ao proposto pelo profissional favoreciam à adesão. Os resultados obtidos demonstraram que, quanto maior a implicação no cuidado e o conhecimento sobre sua doença e seu plano terapêutico, maior era adesão do sujeito por se sentir agente participativo do processo de cuidado.

Ainda nessa perspectiva, os usuários entendiam que a família tinha papel importante durante o tratamento, sentiam-se fortalecidos enquanto o suporte familiar andava em parceria com o serviço. No entanto, a pesquisa confronta

os achados literários ao demonstrar que, ainda que a maioria dos entrevistados tenham sido abandonados pelos seus familiares, a adesão ao tratamento não foi comprometida, visto que houve uma transferência de cuidado, do suporte familiar para os serviços substitutivos que acompanha os usuários. O discurso variava entre “eu preciso ouvir” e “ele (profissional) sabe o que é melhor pra mim”. O sentimento de ter um cuidador, ainda que não seja um ente familiar, não implicou na adesão do sujeito ao tratamento entre os entrevistados.

Até o momento, não existe consenso na literatura acerca do termo “adesão em saúde mental”. A definição para esse termo é bastante ampla, haja vista que sua definição parte desde o uso de medicamentos prescritos até a assiduidade do sujeito no serviço. Deste modo, a identificação dos agentes facilitadores que proporcionam a adesão dos portadores de transtorno mental ao tratamento favorece a continuidade do cuidado, visto que o abandono apresenta grande relevância para a saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kamila Siqueira de; DIMENSTEIN, Magda; SEVERO, Ana Kalliny. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 577-589, jul./set. 2010.

ALVES, Tarcísia Castro; OLIVEIRA, Walter Ferreira de; VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A visão dos usuários, familiares e profissional acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

ARAÚJO, Lamara Nogueira et al. Projeto terapêutico para usuário de múltiplas substâncias na atenção à saúde mental: relato de experiências. **SANARE**, Sobral, v.14, n. 2, p. 130-134, jul./dez. 2015.

BANDEIRA, Marina de Bittencourt et al. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da escala de mudança percebida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011.

BARLETTA, Janaína Bianca; GENNARI, Marcelo de Souza; CIPOLOTTI, Rosana. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 396-413, dez. 2011.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BOTEGA, Neury José. **Prática psiquiátrica no hospital geral**. Porto Alegre: Artemed, 2001.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2008. 75 p.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 2001, de 6 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. **Diário Oficial**

[da] **República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, n. 69, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, de Álcool e outras Drogas. **Saúde mental em dados – 8**. Brasília, DF, 2011. (Informativo eletrônico, v. 6, n. 8). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

CAMARGO, Luiza Azem; CAPITÃO, Cláudio Garcia; FELIPE, Elvira Maria Ventura. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 2, p. 221-232, maio/ago. 2014.

CUNHA, Marinel de Fátima. **Adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão**. 2006. 181 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2006.

CUNHA, Marinel de Fátima; GANDINI, Rita de Cássia. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 409-418, jul./set. 2009.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 2000.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento,

corresponsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

MALDANER, Cláudia Regina et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 647-53, dez. 2008.

MELCHIOR, Regina et al. Desafios de adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 87-93, 2007.

MIASSO, Adriana Inocenti; MONTESCHI, Maristela; GIACCHERO, Kelly Graziani. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, jul./ago. 2009.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 265-276, jul./out. 2011.

MOLL Marciana Fernandes et al. O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um centro de atenção psicossocial. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, n. 1, p. 18-27, jan./dez. 2012.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, out./dez. 2008.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção.

Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007.

PINTO, Diego Muniz et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva.

Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-302, jul./set. 2011.

RIBEIRO, Mário Sérgio; POÇO, José Luís da Costa. Motivos referidos para abandono de tratamento em um sistema público de atenção em saúde mental. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 136-145, jul./dez. 2006.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, 2011.

SCHOLZ, Danielle Celi dos Santos et al. A construção do projeto terapêutico de um CAPS no sul do Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 14, n. 27, p. 64-69, jul./dez. 2014.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008.

SILVA, Elisa Alves da; COSTA, Ileno Izídio da. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Revista Latinoamericana de Psicopatía Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, dez. 2010.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 91-104, set. 2004/fev. 2005.

O DISPOSITIVO AMBULATORIAL DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE CONSTRUÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS DE CUIDADO PSICOSSOCIAL

Catarina Prado Sakai

Taiane Cerqueira Borba

Cibele Nascimento dos Santos

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens que perpassam por territórios diversos: os governos federal, estadual e municipal; as universidades; o mercado de serviços de saúde; os conselhos profissionais; as associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares; os movimentos sociais; o imaginário social e a opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da RP avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (TENÓRIO, 2002).

Na década de 1920, no Brasil, com a implantação da Política Assistencial de Higiene Mental (PAHM), que visava à prevenção dos transtornos mentais na população, foi criado o primeiro ambulatório de psiquiatria do Brasil pela Liga Brasileira de Higiene Mental, ou LBHM (SANTOS, 2007). Estes serviços foram fundados e estiveram historicamente ligados a uma lógica de atendimento centrada no saber psiquiátrico, ocupando uma função complementar, e não

substitutiva aos hospitais psiquiátricos, cumprindo o papel tanto de agenciar a demanda, com encaminhamento para serviços mais complexos, quanto de prestar atendimento a uma clientela que apresentava transtornos mentais menos graves.

Não existia a perspectiva de que o ambulatório pudesse evitar internações psiquiátricas, de modo que sua atuação se limitava à distribuição de psicofármacos, através de um modelo de trabalho importado dos consultórios médicos particulares. Assim, este dispositivo se constituiu como assessorio do hospital, perpetuando a centralidade do tratamento às pessoas em sofrimento mental no modelo asilar manicomial.

Até os dias de hoje, os ambulatórios têm um funcionamento pouco articulado com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e baixa resolutividade; além disso, geralmente possuem imensas listas de espera e as crises no seu funcionamento são frequentes. Entretanto, o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (RGMS) de 2007/2010 que faz avaliação dos serviços ambulatoriais dos anos de 2002 a 2010, mostra que a região Nordeste multiplicou por oito vezes o número de CAPS, aumentando de 71 (2003) para 597 (2010). Do total de 1.620 CAPS existentes no Brasil em 2010, 170 estavam no estado da Bahia, com indicador de 0,82 CAPS/100.000. O país avançou na apreensão qualificada dos dados sobre o número, a configuração e o modo de funcionamento desse tipo de serviço (BRASIL, 2011a).

Os ambulatórios de SM funcionam ainda sob a normatização da portaria do Departamento de Programas de Saúde (DPS), da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) do Ministério da Saúde (MS), PT MS/SNAS nº 224 de 1992, que orienta a assistência deste dispositivo

às pessoas com transtornos mentais menores (BRASIL, 1992). Assim, esses serviços são referência para uma grande quantidade de consultas de Psiquiatria e Psicologia e são especialmente necessários em municípios maiores, que possuem alta demanda de atenção aos transtornos mentais em geral (BRASIL, 1992).

Vive-se hoje um contexto de produção de novas estratégias de acolhimento e cuidado em SM, com o objetivo de aprimorar as tecnologias de cuidado e a promoção da reinserção social dos indivíduos. Por isso, os dispositivos existentes precisam ser constantemente questionados a respeito da efetividade da sua função, que é de, sobretudo, produzir saúde e novas formas de cuidar das complexas demandas do adoecimento mental.

Várias legislações surgiram nos últimos anos buscando efetivar, controlar e fiscalizar o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no país. Mais recentemente, a Portaria Federal nº 3.088 de dezembro de 2011, no seu Artigo 5º, lista os componentes da RAPS (BRASIL, 2011b). São eles: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial. Dentro de cada um destes componentes, são listados serviços e dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS), responsáveis por ofertar assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico. Por exemplo, na Atenção da Urgência e Emergência, fazem parte o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, as portas hospitalares de urgência e emergência e as salas de estabilização. O ambulatório especializado em SM, no entanto, não é citado em

nenhum dos componentes desta Portaria. No que diz respeito à distribuição de verbas para SM, não há referência ao serviço ambulatorial (BRASIL, 2011b).

Diante da possibilidade de este dispositivo deixar de existir por falta de financiamento e de regulamentação, faz-se necessária a problematização do lugar e da função dos ambulatorios de SM no âmbito da RP brasileira. Além disso, investigar a assistência prestada nestes serviços é fundamental para que o campo da SM articule melhor a relação entre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e os ambulatorios, bem como a relação entre o território e a Atenção Básica (AB); como também planeje e proponha ações efetivas que garantam o fortalecimento da rede e o cuidado integral para as pessoas em sofrimento psíquico.

Consideramos especialmente importante conhecer o sujeito que busca o serviço ambulatorial e quais as características deste público, para que tenhamos indicadores que sirvam para avaliação da assistência oferecida nos ambulatorios. Esses indicadores também poderão ser utilizados para o planejamento de ações futuras com relação à RAPS no Brasil, em especial na Bahia.

Assim, este artigo tem como objetivo analisar o perfil clínico e sociodemográfico dos usuários de um ambulatório especializado em SM da cidade de Salvador, dando ênfase à discussão das tecnologias de cuidado desenvolvidas e ao papel que este dispositivo possui no contexto atual da RP.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este artigo é um recorte de um projeto de pesquisa intitulado *Perfil clínico e sociodemográfico dos usuários assistidos em um ambulatório especializado em saúde mental*. As autoras deste projeto foram alunas da Residência

Multiprofissional em Saúde (RMS), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), e tiveram como um de seus campos de prática o ambulatório analisado.

O serviço está situado na cidade de Salvador (BA). Funciona, no local, um centro de SM que comporta, no mesmo prédio um CAPS II, uma farmácia (que distribui medicamentos para toda cidade) e o ambulatório objeto deste estudo.

O ambulatório oferece aos seus usuários atendimentos em sua maioria individuais, mas existe a possibilidade de participação em grupos, incluindo alguns grupos que acontecem no CAPS II. No período da coleta de dados da pesquisa, esse espaço possuía três assistentes sociais, uma fonoaudióloga, quatro psicólogas e cinco psiquiatras. Esses profissionais do ambulatório, com exceção dos médicos psiquiatras, reúnem-se semanalmente com a equipe do CAPS e realizam compartilhamento e discussão de casos, além de algumas ações conjuntas na tentativa de matricular o território.

No ano de 2013, quando foi realizada a coleta de dados, o ambulatório possuía cerca de 5.000 usuários ativos. São considerados ativos aqueles pacientes que comparecem ao serviço nos últimos cinco anos. Os médicos atendem em média 20 pacientes por turno e o aprazamento entre as consultas médicas dos usuários é em torno de três meses.¹

Existe um momento de acolhimento único para os novos pacientes, que buscam o CAPS II e o ambulatório. Neste acolhimento, é feita uma entrevista inicial e uma triagem a respeito da demanda do sujeito.

¹ Informação fornecida pela Coordenação do Ambulatório lócus da pesquisa.

O ambulatório é voltado para o atendimento de adultos e não de crianças, porém alguns profissionais abrem espaço nas suas agendas para esse público, mas isso se configura como exceção e não como regra; por esse motivo, ter menos de 18 anos foi critério de exclusão para os sujeitos da pesquisa.

Foi realizado um estudo descritivo de caráter exploratório, com abordagem quantitativa, obtido com preenchimento de questionário com dados dos prontuários dos usuários acompanhados pelo serviço. Em consonância com resoluções e leis brasileiras que regulamentam as pesquisas com seres humanos, o projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil (PB) e aprovado com número do Parecer 183.183.

Este mesmo comitê de ética isentou o projeto da necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), diante da argumentação de que não foi utilizado na pesquisa o nome dos participantes, tampouco o número dos prontuários. As informações clínicas e sociodemográficas são amplas e os diagnósticos pesquisados não permitem a identificação dos pacientes. Além disso, foram utilizados prontuários de usuários que estiveram no serviço nos últimos cinco anos, mas que não necessariamente estavam frequentando as consultas, o que torna complexo o acesso a estes pacientes. Por fim, o aprazamento entre as consultas é de cerca de três meses, o que inviabilizou o acesso direto para obtenção do TCLE para amostra desejada no tempo previsto para coleta de dados.

A amostra utilizada para pesquisa foi uma amostra por acessibilidade ou por conveniência, na qual o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que possam representar um universo. Essa amostra por conveniência

foi obtida entre os 5.000 prontuários ativos, entre os quais chegamos ao número de 588 prontuários.

O instrumento abarcou dados sociodemográficos de tempo de tratamento, idade, sexo, endereço e escolaridade, além de informações clínicas, como as medicações em uso, tipo de atendimentos realizados no ambulatório e diagnósticos. Todos os dados foram armazenados em banco de dados *on-line* através do sistema de gerenciamento do MySQL e, posteriormente, procedeu-se a análise estatística descritiva. Além disso, foi realizada uma entrevista semiestruturada com o coordenador do serviço, para obtenção de dados relacionados ao histórico e à dinâmica de funcionamento atual do ambulatório e sua relação com o CAPS II.

Limitações metodológicas

A metodologia deste estudo apresenta algumas lacunas analisadas após a conclusão da discussão dos dados. Por exemplo, a opção pela amostra de conveniência ocorreu devido ao baixo custo e à rapidez para realizar a pesquisa. No entanto, sabe-se que as amostras obtidas desse modo não são representativas da população e, em geral, são enviesadas; além disso, não é recomendada quando se trata de avaliar seriamente o valor de um universo (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2012).

Outra limitação ocorreu pelo fato de não ter sido feita a fase de pesquisa-piloto, o que resultou em alguns equívocos e em algumas limitações no instrumento de coleta, que não puderam ser identificados e corrigidos no início do estudo. Por exemplo, a Classificação Internacional das Doenças (CID) foi coletada através dos grupos/domínios, por exemplo, de F00 a F09, não sendo possível identificar

aqueles que são especificamente F01, F02 e assim sucessivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, somados à revisão bibliográfica a respeito da RP brasileira e das práticas de cuidado em SM, foram selecionados três aspectos a serem aprofundados na discussão deste artigo, são eles: *Território e rede em saúde mental; Interdisciplinaridade no cuidado; e O sujeito do ambulatório e as tecnologias de cuidado*. A partir desses tópicos, buscou-se interrogar o papel do ambulatório no contexto da Saúde Pública que está sendo construída nas últimas décadas no país.

Território, rede e atenção integral à saúde

O primeiro ponto destacado para discussão partiu dos dados sociodemográficos relacionados ao local de moradia dos usuários. Moravam no mesmo Distrito de saúde do ambulatório 409 pessoas (69,5%), 148 (25,1%) moravam em outros Distritos, 19 (3,2%) em outros municípios e 12 (2%) prontuários não informavam o endereço do paciente.

Tabela 1 – Local de moradia dos usuários do ambulatório, Bahia, 2013

Local de moradia	Usuários	%
Mesmo distrito do ambulatório	409	69,56
Outros distritos	148	25,17
Outros municípios	19	3,63
Não informado	12	2,04
Total	588	100

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No ano de realização dessa pesquisa na cidade de Salvador, funcionavam cinco ambulatórios especializados em SM,² para atender às demandas dos seus quase 3 milhões de habitantes. Segundo a Portaria SNAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992 que ainda regulamenta o funcionamento dos ambulatórios especializados, os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população/referência de cada unidade assistencial serão estabelecidos pelo órgão gestor local.

Assim, durante períodos e gestões municipais diversas, o ambulatório foi orientado de diferentes maneiras quanto ao acolhimento de usuários residentes na Bahia. Já foi referência para todo estado, apenas para o município de Salvador e também já delimitou seu território de abrangência ao Distrito Sanitário (DS) onde se localiza. Desse modo, é possível questionar se está sendo feito um cuidado integral e articulado com AB e outras instituições importantes para assistência em SM que se localizam no território, quando 31% dos usuários pesquisados não residem no bairro de abrangência do ambulatório.

A partir da implantação do SUS no final da década de 1980, estruturou-se no país uma rede de serviços em nível crescente de complexidade norteadas pelo ideal de justiça social. As redes de cuidado estão diretamente relacionadas à ampliação do conceito de saúde, que deixa de ser, gradativamente, reduzido à simples ausência de doença, e passa a ser determinado por múltiplos fatores sociais, culturais e

² BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Apresenta o cadastro dos estabelecimentos de Saúde por localização geográfica. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Est_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=292740&NomeEstado=BAHIA>. Acesso em: 9 jul. 2013.

históricos (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011). Assim, para responder a esse processo complexo e multideterminado, é necessário criar ferramentas e tecnologias diversificadas, além de articular saberes e dispositivos, com o objetivo de ofertar saúde universal e integral à população (BRASIL, 2009).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, instrui como deve se dar o planejamento e a assistência em saúde, a partir da divisão de regiões de saúde e da divisão das responsabilidades de cada ente federativo (BRASIL, 2011a). Esse decreto também define, como RAS, o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; e afirma que a integralidade na assistência se inicia e se completa na RAS, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual.

Certamente, o trabalho articulado em rede implica mais do que a oferta de serviços em um mesmo território geográfico. Implica na comunicação e nas relações estabelecidas entre os diferentes dispositivos, além do modelo de gestão atuante.

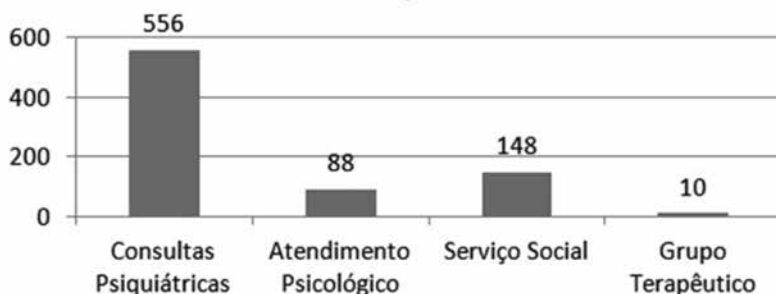
Sabemos que o ambulatório em que se realizou este estudo funciona no mesmo prédio de um CAPS II e que muitos pacientes circulam entre as duas instituições. Porém, nesse estudo não foi possível ampliar de que modo essas relações estão estabelecidas. Como o tema das redes de saúde está sendo cada dia mais requisitado, esse aspecto merece ser aprofundado em pesquisas futuras.

Interdisciplinaridade no cuidado

Do total de 588 prontuários analisados, 556 (94,5%) eram atendidos pelo médico psiquiatra; 88 (14%) tinham

atendimento psicológico – sendo que 60 destes também tinham consultas psiquiátricas; dez (1,7%) fazem grupos terapêuticos; e 148 (25%) foram assistidos pelo serviço social em algum momento do tempo em que estiveram matriculados no serviço – sendo que 144, dessas que tiveram assistência social, iam também às consultas psiquiátricas.

Gráfico 1 – Tipos de atendimento realizados pelos usuários do ambulatório, Bahia, 2013



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Apesar de ser a assistência multiprofissional/interdisciplinar preconizada na literatura e na orientação prevista em lei para o cuidado aos portadores de sofrimento psíquico, comprovamos que isto ainda não se fazia realidade na prática. O que demonstra, principalmente, a hegemonia ainda existente do saber psiquiátrico no tratamento do adoecimento psíquico. Para que o restabelecimento da saúde, especialmente a SM, seja efetivo, é necessário ter um olhar para as diversas formas de abordagem do sofrimento, trabalhando a reabilitação psicossocial, através da promoção da saúde e da prevenção de enfermidades de maneira integral.

Desse modo, no trabalho em saúde é como se não existisse uma autossuficiência, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade satisfatória, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos indivíduos. A rede que se forma e as ações assistenciais fazem com que uns encontrem potência em outros – o processo produtivo é altamente relacional e guiado pelas necessidades e demandas do cuidado ao usuário (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Assim, a assistência interdisciplinar integral pode ser compreendida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo e com uma visão abrangente do ser humano, enquanto sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, bem como ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (MIRANDA, 2015). Esse complexo objeto da SM precisa ser visto sob pontos de vista distintos, possibilitando a criatividade, a inventividade de uma clínica inovadora que a RP propõe.

No texto *A instituição inventada*, Rotelli (1988) afirma que a instituição que colocamos em questão nos últimos 30 anos não foi o manicômio, mas sim a loucura e o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e relações de poder estruturados em torno da “doença”. A psiquiatria construiu uma instituição para gerir a separação entre a loucura e a sociedade. Desse modo, “doença mental” representa um objeto criado intencionalmente para possibilitar a exclusão dos sujeitos, em detrimento da compreensão da “[...] existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social” (ROTELLI, 1988, p. 1).

Outro aspecto a ser destacado, quando analisamos os tipos de atendimentos realizados no ambulatório de SM, é a ínfima existência de atividades grupais – apenas 1,7% da amostra se inseria nesta modalidade de atendimento. Porém, as atividades grupais devem ser priorizadas na SM, diante da maior adequação da demanda à capacidade de cobertura existente. Somado a isso, a ressocialização e a reabilitação social são facilitadas pela convivência grupal, esta que estimula a produção de vínculos e a produção de uma rede de suporte para os usuários.

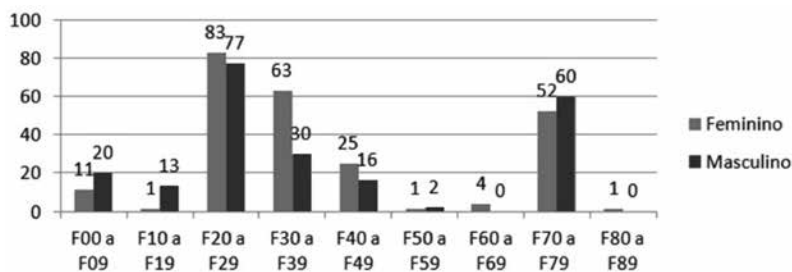
O sujeito do ambulatório e as tecnologias de cuidado

Com relação ao uso de medicamentos, apenas 29 (4,9%) usuários da amostra não faziam uso de psicotrópicos, os outros 95,1% faziam uso de um ou mais medicamentos, podendo ser ansiolíticos, estabilizadores de humor, antidepressivos, anticonvulsivantes e/ou antiparkinsonianos. Destacamos que, destas 29 pessoas que não faziam uso dos fármacos, 28 estavam em acompanhamento psicológico e uma não fazia acompanhamento psicológico, mas estava inserida em grupo terapêutico. Além disso, das pessoas que não faziam uso de medicação, 27 não tinham CID definido e duas estavam classificadas dentro do grupo de F40 a F48 – transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes.

No que diz respeito aos principais diagnósticos encontrados nos prontuários analisados, de acordo com a classificação dos diagnósticos da CID em sua 10ª versão (CID-10), em 427 (72,6%) pessoas a CID-10 estava presente e em 161 (27,4%) esteve ausente. Dentre os diagnósticos que prevalecem tanto nas mulheres quanto nos homens, estão

a Esquizofrenia, os transtornos esquizotípicos e os transtornos delirantes (F20 a F29), totalizando 160 pessoas (34,93%). Seguindo-se esses diagnósticos, observa-se que o código diagnóstico F70 a F79, correspondente ao retardo mental, também apresenta uma alta prevalência entre os usuários do ambulatório, somando 112 (24,45%) pessoas. O grupo F30 a F39, que são os transtornos de humor, corresponde a 93 (20,3%) pessoas. Ocupando um lugar de menor prevalência estão os transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos, F00 a F09, com 31 (6,76%); os transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de substâncias psicoativas, F10 a F19, com 14 (3,05%); e os transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes, F40 a F48, o que corresponde a 41 (8,95%).

Gráfico 2 – Diagnóstico de transtornos psíquicos dos pacientes do ASM conforme o sexo, Bahia, 2013



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quando reduzimos a existência-sofrimento a um conjunto de sinais e sintomas de uma doença, nós a tiramos do mundo social e a colocamos no mundo patológico; e, assim, o profissional de saúde se torna soberano e pode aplicar

tudo o poder do seu conhecimento sob o corpo de um sujeito que não mais pode controlá-lo. O olhar do profissional já vem carregado do estatuto epistemológico do doente/doença (MERHY, 2002).

A discussão a respeito da intensa medicalização social dos dias atuais é central para o campo da SM e para o desenvolvimento de tecnologias de cuidado para além da prescrição de psicofármacos. De acordo com o conceito de biopolítica foucaultiano, a medicalização se origina no momento em que a regulação médico-sanitária da vida é utilizada como estratégia para ordenar a relação entre Estado e indivíduos. A medicina, para Foucault é uma das instituições ou disciplinas, assim como a escola, o exército, os presídios, que auxiliam e constituem o Estado moderno nessa tarefa de organizar a vida coletiva e individual, além de separar a doença do doente nas chamadas espacializações da doença (FOUCAULT, 1988, 2003). A ação profissional nesse contexto medicalizador de ideias e valores tende a transformar toda queixa em síndrome, “transtorno” ou doença de caráter biológico, desligando-a da vida vivida pelo doente e considerando-a realidade distinta e independente (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

No campo das políticas sociais de saúde, com as suas ações de extensão de serviços e/ou de cobertura, com as quais contingentes populacionais cada vez maiores dependem da ação dessas políticas públicas, observamos uma elevação do fenômeno da medicalização social. Assim, a medicalização pode ser entendida, de um lado, como ampliação do acesso social aos serviços de saúde, e do outro, como alargamento da normatização médica sob o imaginário social do conjunto dos grupos sociais. Podemos, ainda, identificar a medicalização como estratégia de constituição

e de reprodução das relações sociais capitalistas, na sua dimensão subjetiva e material (MERHY, 2002).

Assim, vemos transformados em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de autocuidado. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários. Há ainda uma desvalorização da abordagem do estilo de vida como fator relacionado ao processo saúde-doença (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Somado aos fenômenos da classificação nosológica e da medicalização dos sujeitos em sofrimento mental, os dados relacionados ao tempo de tratamento dos usuários matriculados no serviço apontavam para a cronificação desses usuários. Verificou-se que 59,84% dos usuários do ASM em estudo possuíam mais de dez anos de consultas no ambulatório. Sendo que 23,46% possuíam de 11 a 15 anos, 17% e 19,38% mais de 20 anos. Apenas 25,33% tinham até sete anos de tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados nesta pesquisa, somados à revisão de literatura realizada sobre os aspectos centrais da construção do cuidado no âmbito da SM, ajudaram a realizar a problematização do lugar e da função dos ambulatórios de SM no âmbito da RP brasileira nos dias atuais. Objetivamos, com este trabalho, proporcionar discussões que permitam articular melhor a relação entre os ambulatórios, os CAPSS, o território e a AB, além de planejar e de propor ações efetivas que garantam o fortalecimento da

rede e a atenção integral para as pessoas em sofrimento psíquico.

Certamente, a investigação realizada possui limitações para uma análise mais abrangente dos indivíduos assistidos pelo serviço ambulatorial. Sugerimos que estudos futuros possam analisar de modo mais qualitativo a relação desses usuários com a instituição e também como se dá a circulação destes indivíduos pelos demais serviços de saúde, como a AB, os hospitais e a rede de urgência e emergência.

O cuidado integral vem sendo um desafio na construção de novos modelos assistenciais. A inserção social de pessoas vulneráveis e o desenvolvimento de formas de convívio com a diferença exigem transformações profundas nos modos de conceber o cuidado e de organizar os serviços. O modelo substitutivo de atenção à SM contempla uma perspectiva interdisciplinar com vistas à integralidade do cuidado, em detrimento do modelo tradicional, que é centrado na figura do médico. Além disso, está presente a flexibilidade do serviço, que incorpora novos modos de fazer SM, em resposta às complexas demandas da sociedade contemporânea (MERHY, 2002).

Desse modo, ainda que se opte pela permanência dos ambulatórios especializados em SM, esse dispositivo exige urgente reformulação de sua normatização e regulamentação. É preciso rever os objetivos e as finalidades do atendimento realizado, para que estes estejam em consonância com os princípios de reinserção social e promoção da cidadania e da autonomia aos seus usuários. A análise constante do trabalho em saúde evita a captura dos sujeitos e das equipes, dando a possibilidade de questionar posicionamentos normativos e burocratizantes que o mundo do trabalho nos impõe; além de estimular a

criatividade, a autonomia e o desejo de mudança pautado na ética do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zélia Z. Introdução ao método epidemiológico. In: ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Maurício L. **Epidemiologia e saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2012. p. 77-85.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, n. 123, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011b. Seção 1, n. 251, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as normas e diretrizes para o funcionamento ambulatorial e para o hospital dia em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1988. v. 1.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 19-40.

MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Saúde mental e família: dilemas e propostas na construção da assistência integral e o resgate da cidadania do doente mental.

UNOPAR Científica, Ciências Biológicas e Saúde, Londrina, v. 1, n. 1, p. 77-83, out. 1999.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

ROTELLI, Franco. **A instituição inventada**. Publicado originalmente na revista Per la salute mentale/For mental health, Trieste, v. 1, n. 88, 1988, do "Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia". Disponível em: <http://www.oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

SANTOS, Yalle Fernades dos. **O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal/RN**. 2007. 168 f. Dissertação (Mestrado em

Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SEVERO, Ana Kalliny; DIMENSTEIN, Magda. Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental.

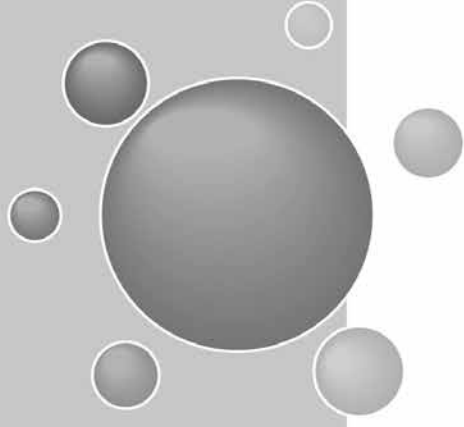
Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: reforma e conceitos.

História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Acolhimento e (des)** medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

PARTE II



ADULTOS COM ANEMIA FALCIFORME E A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Ana Valéria Souza Soares
Andréa Broch Siqueira Lusquinhos Lessa*

A expressão Doença Falciforme (DF) caracteriza um grupo de doenças hereditárias determinadas por um tipo de hemoglobina mutante designada hemoglobina S (HbS) e, entre elas, destaca-se a Anemia Falciforme (AF) por apresentar maior gravidade dos sinais e sintomas. A mutação teve origem no continente africano, em algumas regiões da Ásia e do Mediterrâneo. Hoje, devido ao processo de escravidão e migração desses povos, a DF se encontra difundida na população mundial (BRASIL, 2009b; JESUS, 2010).

No Brasil, a AF é a doença hereditária monogênica mais comum, sendo mais frequente em estados com maior concentração de população afrodescendente. Estima-se que, no país, existam de 25 a 30 mil pessoas com DF (CANÇADO; JESUS, 2007). É uma doença de caráter crônico, cujos sinais e sintomas representados por crises álgicas, infecções e complicações em vários tecidos e órgãos, responsáveis pelas repercussões físicas, sociais e emocionais na vida das pessoas que vivem com a doença e, assim, necessitam de acompanhamento de saúde precoce (JESUS, 2010; PEREIRA et al., 2008).

Devido à sua elevada prevalência e morbimortalidade, a DF é caracterizada como um problema de saúde pública;

fato que mobilizou os movimentos sociais organizados de homens e mulheres negras e das associações das pessoas com DF, impulsionando o desenvolvimento de políticas e de programas destinados a ofertarem adequada assistência a essas pessoas no âmbito de um sistema público de saúde (KIKUCHI, 2007).

Em decorrência destas reivindicações, o Ministério da Saúde (MS) publica, em 2005, a Portaria nº 1.391, que institui as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral (PNAI) às Pessoas com DF e outras Hemoglobi-nopatias no Sistema Único de Saúde (SUS) e torna legalmente reconhecido o acesso às ações e aos serviços de saúde, para garantir a integralidade da atenção, extrapolando a competência da hemorrede (BRASIL, 2005); isto, porque, historicamente, a assistência a pessoas com AF esteve restrita aos serviços especializados, como ambulatórios dos hemocentros e de hospitais de referência (KIKUCHI, 2007). O cuidado à pessoa com AF deve envolver os diversos níveis de atenção à saúde, visando assistência integral que contribua para sua melhor qualidade de vida (GOMES et al., 2014).

Neste cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura uma importante ferramenta na organização dos serviços de saúde no SUS. Nas Unidades de Saúde da Família (USFs), as equipes multiprofissionais atuam na promoção da saúde, na prevenção de doenças e agravos, e ainda na recuperação e manutenção da saúde, devendo acolher os usuários, bem como promover a vinculação e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. Essas unidades devem preferencialmente ser a porta de entrada do

usuário do SUS na Rede de Atenção à Saúde e isto inclui a pessoa com DF (BRASIL, 2012; GOMES et al., 2014).

Desta forma, somada à assistência dos hemocentros e centros de referência, a assistência às pessoas com AF nas USFs deve envolver ações de cuidado relacionado ao acompanhamento de rotina, além dos cuidados preventivos, como a educação em saúde, voltada principalmente para o autocuidado. Entretanto, ao consultar a literatura científica, percebeu-se a existência de poucas pesquisas sobre a inserção de pessoas com DF nos serviços da ESF e os poucos estudos encontrados comprovam que as pessoas com DF não estão sendo assistidas por estes serviços (GOMES et al., 2014).

Portanto, ao considerar que as pessoas com DF não devem estar à margem das ações desenvolvidas na APS, sendo o atendimento nas USFs essencial para contribuir com a qualidade de vida das mesmas, uma vez que o vínculo entre elas, seus familiares e a equipe de saúde amplia a compreensão sobre a doença, antecipa situações de riscos e evita complicações que requeiram internação hospitalar (GOMES et al., 2013). Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo identificar a utilização dos serviços da ESF por adultos com AF no município de Lauro de Freitas (BA).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada em Lauro de Freitas, município que compõe a região metropolitana de Salvador (BA). O município apresenta população estimada de 188.013 mil habitantes (IBGE, 2015) e se destaca quanto à incidência de DF na BA (AMORIM et al., 2010).

A cobertura da ESF neste município corresponde a 63% da população de acordo com Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.¹ A Atenção Especializada do município conta com um serviço de referência para assistência a pessoas com DF desenvolvido na Unidade de Saúde Especializada Bem Querer - USEBQ, cujo atendimento ambulatorial é realizado por equipe multiprofissional composta por dois médicos hematologistas (um pediátrico e um adulto), uma enfermeira e um assistente social.

A busca dos sujeitos iniciou-se a partir da lista de usuários com DF cadastrados na USEBQ. Assim, excluídas as crianças e os adolescentes, encontraram-se 59 pacientes adultos com DF, porém como esta pesquisa buscou as pessoas com diagnóstico de AF (HbSS),² identificaram-se 27 pessoas. O contato ficou dificultado, pois muitos números telefônicos e endereços da lista estavam desatualizados e, dessa forma, não foi possível o contato com todas as pessoas.

Os critérios de inclusão foram: ter entre 18 e 59 anos; ter diagnóstico de AF; ser cadastrado na USEBQ e em uma USF; e aceitar participar da pesquisa. Desta forma, esta pesquisa contou com a participação de cinco pessoas adultas com AF.

Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro contendo questões que caracterizaram os aspectos sociodemográficos e econômicos

¹ Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

² A hemoglobinopatia apresenta as formas clínica homozigótica SS, que é denominada anemia falciforme (HbSS), e heterozigóticas, onde ocorre associações de HbS com outras variações de hemoglobinas (FELIX; SOUZA; RIBEIRO, 2010).

do sujeito, aspectos específicos sobre o diagnóstico e sobre as questões norteadoras desenvolvidas para responder aos objetivos da pesquisa. As entrevistas ocorreram entre os meses de novembro de 2014 a janeiro de 2015, conforme a disponibilidade de local e horário do entrevistado e foram realizadas individualmente, gravadas e, posteriormente, transcritas para análise.

Os discursos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo de Bardin (2002), os quais, após leituras exaustivas, permitiram a definição das unidades de significado, dando origem às categorias e às subcategorias que compõem os resultados e as discussões deste artigo.

Esta pesquisa faz parte do projeto matriz *Assistência à saúde das pessoas com anemia falciforme no município de Lauro de Freitas (BA)*, desenvolvido por residentes em Saúde da Família (SF) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Contemplando os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto referente a esta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNEB, em 29 de agosto de 2014, sob o nº 759.916. Todos os entrevistados participaram desta pesquisa mediante aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo assegurado o sigilo de sua identidade. Para garantia do anonimato dos sujeitos, esses foram denominados de P1, P2, P3, P4 e P5.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo as pessoas com anemia falciforme

Considera-se importante a apresentação do perfil das pessoas que participaram desta pesquisa, haja vista que, além dos aspectos orgânicos inerentes à própria doença, a influência dos fatores raciais, culturais e socioeconômicos faz-se presente de maneira significativa na vida da pessoa com AF e na evolução da doença (ASSIS, 2004).

Dentre os participantes, três são do sexo feminino e dois do sexo masculino. No período da coleta dos dados as idades variaram entre 18 e 36 anos, todos eram solteiros e residentes em Lauro de Freitas (BA). Quanto à cor auto atribuída, três entrevistados se autodeclararam da cor preta; um definiu-se como branco; e um não quis declarar sua cor. Quanto à escolarização, um informou ter o Ensino Fundamental (EF); um cursar o Ensino Médio (EM); dois terem concluído o EM; e um cursar o Ensino Superior (ES).

Em relação aos aspectos de trabalho e renda três informaram não ter ocupação profissional formal, sendo que dois declararam serem dependentes da renda de seus familiares e não souberam informar a renda familiar. Além disso, um entrevistado relatou receber auxílio-doença, no valor de um salário mínimo; dois afirmaram ter ocupação profissional formal com renda compreendida entre 1 a 2 salários mínimos. Quanto à religião, três declararam ser evangélicos, um candomblecista e um não quis informar.

Todos os entrevistados tiveram o diagnóstico da AF na infância e se referiram à existência de outra pessoa com essa doença na família. Cabe salientar que a gravidade da doença foi verificada durante a busca dos participantes desse estudo

e também nas entrevistas, quando era sabido, por meio de um familiar, que a pessoa que se procurava havia falecido e quando um entrevistado informou ter sofrido um acidente vascular encefálico como complicação da doença.

A seguir serão apresentados em destaque os relatos verbais (depoimentos) dos participantes dessa pesquisa, cujos conteúdos das entrevistas realizadas foram agrupados por categorias analíticas.

O acompanhamento da saúde nos centros de referência

A presença da pessoa adulta com AF nos serviços de saúde, para promoção, prevenção e tratamento adequado, tem por objetivo minimizar ou reduzir a frequência das manifestações clínicas e evitar as complicações da doença, tendo influência direta na longevidade e na qualidade de vida dessa pessoa (BRASIL, 2009a). Deste modo, esta primeira categoria buscou identificar se os sujeitos entrevistados estavam realizando regularmente o seu acompanhamento de saúde.

Todos os pesquisados realizavam acompanhamento de saúde em um serviço de referência para DF. Sendo que quatro deles informaram fazer esse acompanhamento na USEBQ, em Lauro de Freitas; e um no serviço do Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e também na Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA), ambos em Salvador (BA), onde vinha sendo acompanhado há muitos anos.

Destaca-se que os quatro entrevistados atendidos na USEBQ eram pacientes da Fundação HEMOBA e, a partir da criação daquela unidade, que passa a assistir pessoas com AF no município, eles migram para esse serviço, passando

a utilizá-lo no acompanhamento de sua saúde, conforme evidenciamos depoimentos:

Era do HEMOBA, aí quando fez o Bem Querer aqui, fomos transferidos para cá, porque estava mais próximo da gente. (P2, informação verbal).

Fazia no HEMOBA, mas agora faço lá, no Bem Querer. (P5, informação verbal).

A presença do serviço de saúde especializado no município de residência dessas pessoas é fato relevante, visto que essa condição pode contribuir para um melhor acesso aos serviços de saúde e facilitar o acompanhamento da saúde das pessoas com AF, haja vista que evita longos deslocamentos e reduz custos com transporte. Reforçando a importância da existência de um serviço próximo à sua residência, um outro estudo realizado com pessoas com DF evidenciou que estas tinham situação financeira precária, o que dificultava o deslocamento para realizar o acompanhamento especializado, já que este não era disponibilizado no município de residência (FERREIRA et al., 2013).

Nesse sentido, é preciso que haja comprometimento da gestão municipal para garantir que as pessoas com AF tenham continuidade no seu acompanhamento de saúde, seja por meio da oferta de atenção especializada no próprio município, seja por meio do auxílio dirigido a estas pessoas, através de serviço de assistência social atuante, para facilitar o deslocamento das mesmas para município onde o atendimento seja disponibilizado pelo SUS.

Apesar de todos os entrevistados estarem vinculados a um serviço de referência para a DF e apesar da maioria deles (quatro) estarem na USEBQ, apreendeu-se, em suas falas,

que ainda existem dificuldades e entraves que tornam os serviços incompletos, o que interfere no cuidado integral.

Neste tocante, uma pessoa declarou não se sentir totalmente atendida pelo serviço, pois esclarece que, ao necessitar de uma avaliação com especialista (neurologista), não houve a disponibilização deste profissional no município, como ilustra sua fala:

[...] às vezes não, teve uma vez que a gente teve que ir pra justiça procurar o acompanhamento de neurologista. (P5, informação verbal).

Outra pesquisa realizada nesse mesmo município identificou que mães de crianças com AF também relataram dificuldades ao utilizarem os serviços da USEBQ, principalmente no que concerne ao acesso a outras especialidades – como o neurologista e o cardiologista – e a exames específicos – como o doppler transcraniano e as ultrassonografias (ROSAS; LESSA, 2015).

Ainda em relação às dificuldades nos serviços, o entrevistado que frequenta o Hospital das Clínicas e a HEMOBA também declarou sentir falta de acolhimento e de orientação para a resolução de questões burocráticas:

Assim, porque, eu precisei da médica para fazer esse relatório para mim e ela disse que não era com ela. Que tinha que [...] ir atrás de um médico que eu nem sei se tá no hospital, que os médicos sempre tá mudando de emergência em emergência, então aí me dificulta, uma coisa que dificulta muito na minha situação. (P1, informação verbal).

A respeito desse resultado, ainda que somente dois dos entrevistados tenham se referido a alguma insatisfação com os serviços por eles utilizados, é importante considerar que o depoimento dos mesmos pode estar representado no

cotidiano de muitas pessoas com AF. Demonstrando as mesmas dificuldades, um estudo sobre a experiência de uma família que vivencia a condição crônica por AF em dois filhos adolescentes retratou que, em determinados momentos na vida desses adolescentes, para que eles pudessem realizar exames ou adquirir medicamento, foi preciso recorrer a uma instância mediadora formal para o atendimento dessas necessidades (WEIS et al., 2013). Tal situação demonstra que, diante das inúmeras necessidades de saúde de uma pessoa com AF (consultas periódicas, exames, medicamentos), a escassez e a desorganização da oferta de serviços tornam o cotidiano delas e de suas famílias sofrido e desgastante.

Logo, a organização de ações e de serviços de saúde no sentido de garantir a integralidade do cuidado à pessoa com DF relaciona-se, diretamente, com a efetivação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, para uma maior eficácia na produção de saúde; de modo que, quando essa pessoa necessite de consulta médica especializada ou mesmo de um exame, por exemplo, tenha para onde ser direcionada, sendo-lhe assegurado este direito (BRASIL, 2010).

A relação de cuidado na Estratégia de Saúde da Família

Apesar desta pesquisa ter confirmado a presença das pessoas com AF nos serviços de referência, entende-se que essas pessoas também precisam estar integradas a todos os níveis de atenção à saúde, sendo a Atenção Básica (AB) considerada a porta de entrada dos serviços de saúde. Assim, esta segunda categoria investigou a utilização dos serviços oferecidos na USF por estas pessoas, sendo que todas elas eram cadastradas nesta unidade.

A assistência ao adulto com AF nos serviços de APS pressupõe consultas com o médico, com o enfermeiro, com o dentista, atendimentos pelos técnicos de enfermagem e acompanhamentos das suas famílias pelos agentes comunitários de saúde, os ACSs (GOMES et al., 2014; SOUZA et al., 2008); e também a sua inclusão em programas e ações desses serviços, principalmente no âmbito da promoção da saúde e da prevenção de doenças e outros agravos. Destarte, as USFs representam papel essencial frente às ações de caráter primário junto aos pacientes com AF (SOUZA et al., 2008).

Apesar do reconhecimento para que as pessoas com AF também sejam acompanhadas nos serviços de APS, como prevê a Portaria 1391/2005 do Ministério da Saúde, essa pesquisa constatou que a maioria dos entrevistados não frequenta com regularidade as USFs nas quais são cadastrados e, conseqüentemente, não utilizam os seus serviços, referindo-se que estas unidades não suprem suas necessidades:

O daí (referência à USF) praticamente não resolve muita coisa, né? Até remédio mesmo que às vezes eu preciso não tem, então, não é útil para mim. (P1, informação verbal).

Por que não tem utilidade pra mim. (P3, informação verbal).

Esse resultado mostra que as pessoas com AF ainda não consideram as unidades de APS como um local para a assistência à sua saúde, situação já identificada por outros autores (GOMES et al., 2014; SILVA; BELLATO; ARAÚJO, 2013). É importante sinalizar que a pessoa com AF não é apenas um ser que vive com uma doença crônica, mas que essa pessoa é, antes de tudo, uma criança, um adolescente, uma mulher, um homem, que tem necessidades

de saúde que vão muito além da própria AF e, assim, deve estar incluída nas ações de saúde desenvolvidas nas USFs.

Tal panorama sugere, mas não somente, a invisibilidade da pessoa com AF para os profissionais de saúde das USFs, pois, tendo em vista que os entrevistados são vinculados a uma equipe de Saúde da Família, caberia a estes profissionais fortalecer o vínculo com essas pessoas, o que facilitaria a sua compreensão sobre a atuação da ESF podendo ser mais um recurso para o seu cuidado. Essa invisibilidade é ainda sinalizada por pesquisas que têm revelado o baixo conhecimento dos profissionais de saúde quanto à AF e, assim, não se sentem seguros em assistirem efetivamente essas pessoas (GOMES et al., 2013).

Outro estudo que pesquisou sobre os conhecimentos de profissionais da ESF acerca da AF identificou que os médicos tinham um bom conhecimento sobre a doença e, portanto, estariam capacitados para atenderem essas pessoas. Entretanto, a pesquisa também identificou baixo conhecimento sobre a doença entre os enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e ACSs, o que, dessa forma, não viabilizaria a assistência multiprofissional (AMARAL; LESSA, 2015).

Além de retratar a invisibilidade da AF para estes profissionais, o resultado desse estudo também chama a atenção para a necessidade de comprometimento dos gestores municipais em assegurar a capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família, qualificando-os para o atendimento às pessoas com DF e promovendo a compreensão da relevância do seu papel nos serviços de APS para o cuidado a essas pessoas.

Na presente pesquisa, somente dois entrevistados afirmaram frequentar as USFs nas quais são cadastrados, para

a realização de exames e para serviço de imunização, porém de forma esporádica:

Têm alguns exames que eu faço no posto, exame de sangue [...]. (P4, informação verbal).

Quando tem alguma coisa lá no posto, a agente de saúde vai lá e fala: "Hoje tem vacina contra gripe". A gente vai lá e toma. (P2, informação verbal).

As falas mostram que essas pessoas têm utilizado a USF apenas para serviços de atendimento a demanda espontânea, e não para serem acompanhadas regularmente pela equipe de Saúde da Família, confirmando a subutilização dos serviços de APS por elas. Uma pesquisa também identificou que a procura da unidade de APS por pessoas com DF é mínima e se dá em caso de exames, algumas consultas e algumas intercorrências clínicas, como episódios de dor e febre (GOMES et al., 2014).

Essa situação se assemelha à encontrada em outro estudo que verificou limitada utilização dos serviços das USFs por adultos com DF e que os mesmos não eram acompanhados pela equipe de saúde do território de abrangência (FERREIRA et al., 2013). Interessante considerar que é ideal que essas pessoas realizem nas USFs o acompanhamento médico, de enfermagem e odontológico periodicamente, pois, como a DF apresenta caráter crônico, requer uma rotina de cuidados específicos.

Apesar de a DF ter sido descoberta há mais de 100 anos e muitas pesquisas terem sido desenvolvidas sobre a temática, esses conhecimentos não se reverteram em cuidados para as pessoas com a doença. Este fato demonstra a falta de interesse das políticas públicas e de conhecimentos dos profissionais de saúde de forma geral

sobre o assunto, o que dificultou a ampliação dos cuidados à saúde das pessoas com DF que, historicamente, ficou a cargo dos centros de referência ou dos serviços de emergência. Assim, nesta pesquisa, investigou-se se esses usuários haviam recebido dos profissionais dos serviços de referência que frequentam, alguma orientação quanto à realização do acompanhamento de saúde nas USFs. Desse modo, apenas duas pessoas referiram que, em um único momento, foram informadas a buscarem os serviços dessas unidades:

Sim, já me orientaram a procurar a assistente social. (P4, informação verbal).

A marcar os exames, a ver o peso se tá normal, ver a pressão. Isso que eles mandam fazer no posto. (P3, informação verbal).

Esses resultados apontam um cenário de distanciamento entre as pessoas adultas com AF e as USFs. Assim, embora ainda não exista um fluxo de encaminhamento efetivo dessas pessoas dos serviços de referência para que elas também sejam acompanhadas pela equipe de Saúde da Família, cabe a esta equipe assumir o seu papel no cuidado a essas pessoas, haja vista que, quanto mais cuidados forem oferecidos à pessoa com AF, melhor qualidade de vida elas terão.

Considerando que o funcionamento de um sistema de referência e de contrarreferência é item fundamental para que as ações e os serviços de saúde se desenvolvam de forma integrada numa rede de serviços (SERRA; RODRIGUES, 2010), o fato de somente duas pessoas terem sido orientadas a procurarem as USFs pode apontar para possíveis deficiências da não estruturação desse sistema na organização

dos serviços, comprometendo a continuidade da atenção ao usuário. Concernente a isto, idealmente essas pessoas deveriam ser orientadas e encaminhadas formalmente pelos serviços de referência a também realizarem o acompanhamento de sua saúde nas USFs nas quais estão cadastradas, visto que, devido à cronicidade da doença, é fundamental o acompanhamento compartilhado com os serviços de APS por meio de um efetivo sistema de referência e de contrarreferência, para favorecer a integralidade do cuidado (AMARAL et al., 2015).

O olhar da pessoa com AF sobre os serviços de saúde

Entendendo-se que a visão do usuário sobre o serviço de saúde é de grande importância, pois reflete como as ações estão sendo desenvolvidas e podem servir para o direcionamento e o planejamento das mesmas (MOIMAZ et al., 2010), a terceira categoria apreendeu dos sujeitos as suas considerações sobre o que poderia ser melhorado nos serviços de saúde que eles frequentam, sejam eles os de referência ou os da APS, no tocante às necessidades da pessoa com AF, visando uma atenção mais qualificada.

Nesse sentido, eles apontaram a necessidade de acompanhamento médico mais frequente nos serviços e de haver disponibilidade de medicamentos na RAS:

Os serviços de modo geral ter acompanhamento de mês a mês, não de ano em ano. (P3, informação verbal).

Que botasse remédio. (P5, informação verbal).

Por apresentarem um adoecimento crônico que levam à ocorrência de situações agudas tais como crises dolorosas, infecções, úlceras em perna, acidente vascular encefálico e outras complicações, as pessoas com AF necessitam de cuidados de saúde frequentes, com acompanhamento de equipe multidisciplinar, além da utilização de medicamentos, como, por exemplo, o ácido fólico, analgésicos e/ou antibióticos, a depender da necessidade que apresente (BRASIL, 2009b).

Tal situação exige uma organização de toda a rede assistencial do SUS, para que possa dar suporte efetivo a todas as necessidades dessas pessoas, principalmente quanto ao acesso ao serviço de saúde e disponibilização de recursos terapêuticos, ainda mais porque muitas delas, por razões históricas, vivem em estado de vulnerabilidade social, associado a condições de pauperização, de baixa escolaridade, de escassa possibilidade de profissionalização, e contam exclusivamente com os serviços públicos de saúde (FERREIRA et al., 2013).

É ainda preciso considerar, frente à necessidade do acompanhamento contínuo das pessoas com AF, a importância das mesmas serem assistidas pela equipe de Saúde da Família, uma vez que o acompanhamento em centros de referência ocorra de forma pontual a depender da evolução clínica do paciente, sendo os agendamentos mensais, bimestrais, trimestrais ou mesmo semestrais. O serviço de APS deve configurar como a porta de entrada preferencial dessas pessoas na rede de saúde, e, quando não for resolutivo à suas necessidades, deve por meio da relação com o serviço especializado, facilitar o acesso das mesmas toda vez que precisarem de atenção especializada fora das datas preconizadas (BRASIL, 2009b).

Outro aspecto bastante considerado, pela totalidade dos entrevistados, foi a necessidade de humanização na assistência e de reconhecimento por parte dos profissionais de que as pessoas com AF precisam receber um olhar diferenciado devido às suas possibilidades de progredir para complicações graves da doença:

Eu acharia que deveria ter mais atenção, dos próprios postos de emergência [...] no caso, se for tomar uma medicação forte e essa medicação demora para ser aplicada, então a minha dor vai aumentar exageradamente, então preciso ser tratada de uma forma mais rápida. [...] às vezes, os próprios médicos não têm esse tato, entendeu? [...] é raro você ver uma pessoa que tenha amor à profissão, então isso dificulta a situação de quem tem anemia falciforme. (P1, informação verbal).

Melhorar mais o atendimento [...] na maioria dos postos, ter mais prioridade para aqueles que têm anemia falciforme, aquele que é fraco, mais fraquinho, melhorar mais. (P3, informação verbal).

Eu acho assim, que as pessoas (referindo-se aos profissionais) deveriam ter mais paciência, porque às vezes a gente chega com dor, e eles acham que é brincadeira ou então invenção pra gente passar na frente de outras pessoas [...] E não é. No nosso caso, quem tem anemia falciforme, é dor de verdade [...]. (P4, informação verbal).

A dor – resultante da isquemia da microcirculação da medula óssea, sintoma muito frequente nas pessoas que têm AF – pode ser leve e tratável em domicílio, mas quando muito intensa e progressiva (BRASIL, 2015), requer prioridade no atendimento, assim como compreensão e humanização na assistência.

As falas revelam a carência de uma assistência humanizada no cotidiano dos serviços de saúde e a necessidade

de implantação da prática de acolhimento ao usuário do serviço, como destaca a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS.

Acolher, não se restringe a uma recepção cordial, se faz por meio de uma escuta qualificada oferecida pelos profissionais às necessidades dos usuários. O acolhimento deve permear a relação profissional/usuário para que esta possa se desenvolver com compromisso, confiança e vínculo entre os mesmos, sendo que estes valores precisam ser divulgados e assumidos em todos os níveis de atenção à saúde. Esse tipo de relação contribui para a efetividade das práticas de saúde, podendo assegurar, por exemplo, que os indivíduos sejam assistidos com prioridade, a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Perante as considerações manifestadas, infere-se que o alcance da assistência integral e qualificada às pessoas com AF, já instituída e difundida pelas políticas públicas, pressupõe ações efetivas da gestão e organização dos serviços, além da construção de novas práticas em saúde orientadas pelo acolhimento e pela assistência humanizada às pessoas com AF nestes serviços.

CONCLUSÃO

À luz dos resultados, foi identificado que os sujeitos dessa pesquisa realizavam o acompanhamento de sua saúde apenas nos centros de referência, apesar dos dez anos de publicação da Portaria nº 1.391/2005, que trata da atenção integral às pessoas com DF no SUS, e da Lei nº 1.145/2005, que institui o *Programa de prevenção, diagnóstico, assistência médica integral e orientação educacional às pessoas com DF e outras Hemoglobinopatias*, no município de Lauro

de Freitas (BA). Portanto, eles ainda não estavam inseridos nos atendimentos das USFs ou subutilizavam seus serviços.

As USFs as quais estas pessoas estavam vinculadas ainda não eram identificadas por elas como um serviço que oferecesse a atenção à saúde que necessitavam. Neste tocante, torna-se necessário um trabalho de sensibilização de profissionais e de usuários no sentido do reconhecimento de que, na organização do sistema de saúde, a ESF pode agregar e complementar cuidados de saúde às pessoas com AF.

Concomitante à ação de sensibilização, faz-se necessário que os profissionais atendam às pessoas com responsabilidade, permitindo a construção de vínculos efetivos, aproximando-as dos serviços da APS, a fim de acompanhá-las nas suas necessidades de saúde de forma integral.

Para tanto, é necessário que os serviços de referência desenvolvam um fluxo de encaminhamento da pessoa com AF para o nível primário de atenção, de modo a ressignificar a importância dela ser contemplada nas ações e nos programas das USFs, o que irá trazer significativa contribuição para o seu cuidado, uma vez que, havendo vínculo, responsabilização, o cuidado será mais acolhedor e o acesso facilitado, e isso pode ser determinante na redução e no espaçamento das crises e das complicações da doença.

Por fim, é preciso identificar e corrigir os “nós” críticos que têm limitado a assistência a pessoas com AF nas USFs. Assim, gestores, coordenadores e profissionais da APS precisam engajar-se na consolidação da assistência às pessoas com DF nos serviços de saúde, nesse nível de atenção.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Júlia Lamese et al. Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de adultos com doença falciforme. **Revista Rene**, v. 16, n. 3, p. 296-305, maio/jun. 2015. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1908/pdf>>. Acesso em: 4 set. 2015.

AMARAL, T. S.; LESSA, Andréa Broch Siqueira Lusquinhos. **Conhecimento de profissionais da estratégia de saúde da família para a assistência as pessoas com anemia falciforme**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2015.

AMORIM, Tatiana et al. Avaliação do Programa de Triage Neonatal da Bahia entre 2007 e 2009: as lições da doença falciforme. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 80, n. 3, p. 10-13, ago./out. 2010. Disponível em: <[http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1103/1059HYPERLINK "http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1103/105914"14](http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1103/1059HYPERLINK%20http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1103/105914%2014)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

ASSIS, Rosemary. **Qualidade de vida do doente falcêmico**. 2004. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise do conteúdo**. 2. ed. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de educação em saúde**: v. 1: autocuidado na doença falciforme. Brasília, DF, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de educação em saúde**: v. 2: linha de cuidado em doença falciforme. Brasília, DF, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica do DAB**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88-93.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

CANÇADO, Rodolfo D.; JESUS, Joice Aragão de. A doença falciforme no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 3, p. 203-206, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a02.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

FELIX, Andreza Aparecida; SOUZA, Helio M.; RIBEIRO, Sonia Beatriz F. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 3, p. 203-208, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/2010nahead/aop72010.pdf>>. Acesso em: jun. 2017.

FERREIRA, Silvia Lúcia et al. Vulnerabilidade de pessoas adultas com doença falciforme: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 711-718, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18723>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

GOMES, Ludmila Mourão Xavier et al. Acesso e assistência à pessoa com anemia falciforme na Atenção Primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 348-55, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0348.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

GOMES, Ludmila Mourão Xavier et al. Understanding of technical education level professionals regarding sickle cell disease: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 2, p. 482-90, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4034>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@. **Bahia**: Lauro de Freitas. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291920&search=bahia|lauro-de-freitas>>. Acesso em: 2 jun. 2015.

JESUS, Joice Aragão de. A. Doença falciforme no Brasil. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 80, n. 3, p. 8-9, ago./out. 2010. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1102/1058>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

KIKUCHI, Berenice A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 3, p. 331-338, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a27.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

MOIMAZ, S. A. S. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

PEREIRA, Sônia A. S. et al. Doença falciforme e qualidade de vida: um estudo da percepção subjetiva dos pacientes da Fundação Hemominas, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 5, p. 411-6, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v30n5/v30n5a15.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2015.

ROSAS, Juliana Laurentino; LESSA, Andréa Broch Siqueira Lusquinhos. **Cuidadoras de crianças e adolescentes**

com anemia falciforme: experiências na rede de atenção à saúde. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2015.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

SILVA, Alessandra Hoelscher da; BELLATO, Rosene; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de. Cotidiano da família que experiência a condição crônica por anemia falciforme. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 437-46, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a17.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SOUZA, Karen Cordovil M. de et al. Acompanhamento nutricional de criança portadora de anemia falciforme na Rede de Atenção Básica à Saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 400-404, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n4/a15v26n4.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

WEIS, Margani Cadore et al. A experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 597-609, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a07v37n99.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

EXPERIÊNCIAS DE MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ANEMIA FALCIFORME NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM LAURO DE FREITAS (BA)

*Juliana Laurentino Rosas
Andréa Broch Siqueira Lusquinhos Lessa*

A doença falciforme (DF) é a enfermidade hereditária mais prevalente no Brasil e no mundo (CANÇADO; JESUS, 2007; YOONG; TUCK, 2002). Consiste numa mutação da globina beta da hemoglobina, em que a valina substitui o ácido glutâmico, sexto aminoácido da cadeia, modificando a estrutura da molécula (CEHMOB, 2005; ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2004). As principais manifestações clínicas causadas por esta alteração constituem um conjunto de sinais e sintomas exemplificados por: dor, anemia hemolítica e comprometimento de múltiplos órgãos (CEHMOB, 2005; ZAGO; PINTO, 2007).

A DF é caracterizada por um grupo de fenótipos, que apresenta o gene da hemoglobina S, a HbS (CEHMOB, 2005; GALIZA NETO; PITOMBEIRA, 2003; ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2004). As formas mais frequentes da doença são: anemia falciforme (HbSS); hemoglobinopatia SC (HbSC); e HbS/ β -talassemia, em que ocorre interação da HbS com a β -talassemia (ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2004; ZAGO; PINTO, 2007).

Entre as DFs, a anemia falciforme (AF) destaca-se devido à sua morbidade e alto índice de mortalidade, sendo

apontada como uma questão de saúde pública. Dados coletados apenas nos estados que realizaram triagem neonatal durante o ano de 2013, mostram que nascem por ano no Brasil aproximadamente 1.000 RN com DF. Esta doença se distribui na população brasileira de forma heterogênea, com maior prevalência nos estados com mais concentração de pessoas afrodescendentes em segmentos sociais mais vulneráveis. Assim, dados dos Programas Estaduais de Triagem Neonatal (PETN) mostram uma incidência na Bahia 1:650. A letalidade das crianças com DF, não cuidadas é alta (80%) nos cinco primeiros anos de vida (BRASIL, 2013a).

A HbS, hemoglobina mutante, teve origem na África e foi introduzida no Brasil através da imigração forçada dos povos africanos. A miscigenação da população brasileira, contudo, favoreceu a dispersão da hemoglobina S, tanto em homozigose (AF), quanto em heterozigose, isto é, o traço falciforme (ZAGO; FALCÃO; PASQUINI, 2004). Desta forma, estima-se que a prevalência do gene é de 3% no Nordeste e de 5,5% no estado da Bahia (BRASIL, 2001).

A magnitude das repercussões da DF determina que a pessoa com a doença tenha acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, o que requer políticas públicas direcionadas para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Uma dessas ações foi a Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001 que institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), que estabelece a inclusão do diagnóstico da DF por meio do “teste do pezinho” a ser realizado em todos os recém-nascidos brasileiros (RAMALHO; MAGNA; PAIVA-E-SILVA, 2003).

A Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com DF e outras Hemoglobinopatias, por meio da Portaria nº

1.391, de 16 de agosto de 2005, visa à organização da Rede de Assistência a essas pessoas (BRASIL, 2005) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Doença Falciforme, apoiado na Portaria nº 55, de 29 de Janeiro de 2010, que considera a necessidade de se melhorarem parâmetros sobre a DF no Brasil e de atualizarem as diretrizes nacionais para diagnóstico e acompanhamento dos indivíduos com esta doença (BRASIL, 2010a); todas elas consistem em movimentos da esfera governamental para o alcance da integralidade na atenção à pessoa com DF.

A Bahia é o estado brasileiro com a maior incidência de DF. Sendo constituído por 417 municípios e tendo uma população estimada em 15.126.371 (IBGE, 2014), torna-se primordial a descentralização da assistência à pessoa com DF. Desta forma, as diretrizes da Política de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias no Sistema único de Saúde (SUS) vêm assegurar a participação dos municípios na assistência e no cuidado a estas pessoas, quando se propõem a oferecer serviços que complementem a rede de assistência à pessoa com DF no âmbito municipal (BRASIL, 2005).

Neste sentido, Lauro de Freitas foi a terceira cidade baiana a criar o Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme, a partir da Lei Municipal nº 1.145, de novembro de 2005, que institui o programa de prevenção, diagnóstico, assistência médica integral e orientação educacional às pessoas portadores de DFs e outras hemoglobinopatias (LAURO DE FREITAS, 2005).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida pela Portaria nº 4.279, de 2010, como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que buscam garantir a integralidade do cuidado, através de diferentes densidades tecnológicas,

integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010b). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a RAS de Lauro de Freitas conta com 256 estabelecimentos de saúde, desde a Atenção Básica (AB) até os serviços de alta e média complexidade, incluindo as redes pública e privada (BRASIL, 2015). Entre estes serviços, entretanto, destacam-se 15 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), a Clínica Especializada da Criança, a Unidade de Saúde Especializada Bem Querer (USEBQ), um Laboratório Central de Análises Clínicas (LCAC), o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e quatro hospitais, sendo dois deles da rede pública.¹

Diante deste contexto, chama-se a atenção para a criança e para o adolescente com DF, em especial vivendo com AF, pois, sendo seres em crescimento e desenvolvimento, precisam ter suas necessidades de saúde atendidas, inclusive para além da própria doença. Assim, o diagnóstico precoce e o acompanhamento no serviço especializado são determinantes para a melhoria da sua saúde e para a redução da morbimortalidade pela doença.

Na condição de pessoa com doença crônica, a criança e o adolescente com AF necessitam do apoio de um responsável, geralmente tem sido das mães, para acompanhá-los aos serviços de saúde para o tratamento, devendo ser garantido o acesso aos serviços que devem estar disponíveis na RAS. Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi descrever as experiências vivenciadas por mães de crianças ou adolescentes com AF na RAS em Lauro de Freitas, município da região metropolitana de Salvador (BA).

¹ Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, recorte de um projeto-matriz, desenvolvido por enfermeiras residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), intitulado *Assistência à saúde das pessoas com anemia falciforme no município de Lauro de Freitas (BA)*. Participaram desta pesquisa mães de crianças e/ou de adolescentes com AF residentes naquele município e acompanhados no ambulatório da USEBQ, cuja equipe de saúde é constituída por dois hematologistas (um para adultos e um pediátrico), uma enfermeira e um assistente social.

O referido Serviço é oferecido desde 2005, após a implementação da Lei Municipal nº 1.145, elaborada com base na Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, que instituiu o Programa de Assistência voltado às Pessoas Portadoras de DF e outras Hemoglobinopatias em Lauro de Freitas (BA).

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: ser mãe de pessoas com menos de 18 anos com AF assistidas na USEBQ; ter idade mínima de 18 anos; aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo: aqueles que não se enquadravam nos quesitos supracitados; mães de crianças e/ou de adolescentes que estivessem hospitalizados, no momento da entrevista; e ocorrência de mais de duas tentativas de entrevistas, sem êxito.

A busca pelos sujeitos ocorreu por meio de uma lista das pessoas cadastradas no Programa de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme da USEBQ. Assim, foram identificados pelo critério idade cronológica, as crianças e

os adolescentes com diagnóstico de AF; o nome do responsável e o contato telefônico. A lista era constituída por 43 crianças e adolescentes com DF. Dentre estes, 22 tinham o diagnóstico de AF. A busca telefônica permitiu o contato com dez responsáveis por crianças e/ou adolescentes com AF. Não houve êxito com os demais contatos, pois os números telefônicos estavam desatualizados. Entre as dez mães contatadas, três foram excluídas, pois duas não manifestaram interesse em participar da pesquisa; e uma, porque a filha encontrava-se hospitalizada por complicação da doença. Deste modo, foram entrevistadas sete mães de crianças e/ou de adolescentes com AF.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de outubro a novembro de 2014, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNEB, conforme Parecer nº 759.916, aprovado em 29 de agosto de 2014, seguindo os critérios éticos da Resolução nº 466/2012. O local das entrevistas foi escolhido pelas entrevistadas. De modo geral, aconteceram em seus domicílios, na USEBQ ou na UBS próxima às suas residências, todos em Lauro de Freitas (BA); e se davam após explicação sobre os objetivos da pesquisa e seguido pela assinatura do TCLE.

As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado, gravadas e transcritas imediatamente, para garantir a fidedignidade dos relatos. O roteiro continha informações sociodemográficas, incluindo dados de identificação sobre a família, a mãe, a criança e/ou adolescente e as questões norteadoras quanto à RAS utilizada por elas.

De modo sistemático, as entrevistadas foram denominadas de: A, B, C, D, E, F e G. Com a intenção de assegurar o anonimato e apreender as experiências vivenciadas por estas mães para o acompanhamento de seus filhos. O material

transcrito foi submetido a tratamento de dados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (2002), o que permitiu a construção das categorias temáticas abordadas a seguir.

RESULTADOS

Conhecendo crianças e adolescentes com DF e suas mães

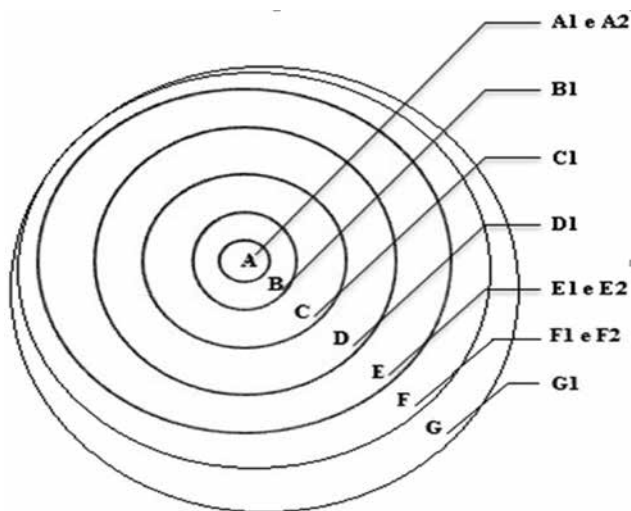
Neste estudo, as principais responsáveis pelo acompanhamento das crianças e dos adolescentes com AF foram suas genitoras. Assim, foram entrevistadas sete mães, sendo que duas delas possuem dois filhos com AF e cada uma das outras quatro entrevistadas possui apenas um filho com a doença. Torna-se relevante caracterizar essas mães, pois fatores raciais, culturais e socioeconômicos influenciam a dinâmica da saúde das pessoas com DF.

De acordo com a cor ou raça, três se autodeclararam preta e quatro, parda. A idade variou de 26 a 44 anos, com predomínio da faixa entre 30 a 39 anos, representada por quatro delas. Quanto ao estado civil, todas afirmaram ser casadas. Com relação à profissão, três se ocupam do lar; duas são diaristas; uma doceira; e uma funcionária pública. A renda familiar relatada por todas as entrevistadas variou de 1 a 2 salários mínimos. A investigação sobre escolaridade mostrou que: um tem nível superior, dois têm nível médio completo, um tem nível médio incompleto e três possuem nível fundamental incompleto.

Quanto aos seus filhos, seis são do sexo masculino e quatro são do sexo feminino. Suas idades variaram de 4 a 14 anos, sendo seis classificadas como crianças e quatro, como adolescentes, de acordo com o Estatuto da Criança e

do Adolescente (ECA), que considera criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos e adolescente o indivíduo cuja faixa etária está entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990). Mencionados pelas mães em algumas falas, foram denominados de A1, A2, B1, C1, D1, E1, E2, F1, F2 e G1, tendo em vista que A, E e F são mães de dois filhos com AF (Figura 1). Entre tais crianças e adolescentes, um possui plano de saúde, enquanto os demais são exclusivamente dependentes do SUS.

Figura 1 – Diagrama de associação entre mães e filhos



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Tentando apreender as experiências vivenciadas por estas mães, para o acompanhamento e o tratamento de seus filhos na RAS, a partir de suas falas, emergiram duas categorias analíticas: 1) *A descoberta da doença e a busca*

do atendimento especializado para o filho; e 2) Desafios enfrentados para o acompanhamento do filho na RAS.

A descoberta da doença e a busca do atendimento especializado para o filho

A maior parte das crianças e dos adolescentes desta pesquisa obteve o diagnóstico precoce da AF, por meio da triagem neonatal, como referiram suas cuidadoras:

Quando fiz o “teste do pezinho”, B1 devia estar com uns 15 dias e eu descobri que ele tinha anemia falciforme com um mês e 15 dias. (B, informação verbal).

Fui fazer o “teste do pezinho” quando ele estava com três dias... Mandaram eu repetir o exame e deu a mesma coisa: anemia falciforme. (C, informação verbal).

Contrário a isso, três entre os filhos dessas mães entrevistadas, todos adolescentes, tiveram o diagnóstico da AF de forma tardia:

Fiz o “teste do pezinho”, mas como era aquela dificuldade pra gente, aí não peguei o resultado. Vim descobrir quando E1 tava com dois anos, que ele teve uma crise de dor... Uma vez a gente levou ele no hospital e a médica passou exames pra saber se ele tinha anemia falciforme. (E, informação verbal).

F1 nasceu em 2000. Fez o “teste do pezinho”, mas o resultado ainda não dizia se tinha anemia falciforme. Descobri quando ele tinha três anos. Ele ficava muito inchado... Ele só vivia com dor e eu levava ele pra emergência. (F, informação verbal).

Após receberem o diagnóstico da AF, precoce ou tardio, as crianças desta pesquisa foram encaminhadas para serviços especializados no atendimento a esta patologia. As crianças que receberam o diagnóstico por meio do “teste

do pezinho” foram imediatamente inscritas no atendimento do serviço de referência para a triagem neonatal do estado da Bahia, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE):

Quando eu fui lá (posto de coleta da triagem neonatal), nos informaram que tinha sido feito esse agendamento pro APAE, com data e hora marcada. (A, informação verbal).

Primeiro começou na APAE. Aí quando ele completou nove anos, aí transferiu para o HEMOBA. (C, informação verbal).

Em 2005, com a criação da USEBQ, as mães migraram com seus filhos para este serviço no município de Lauro de Freitas, mas não se desvincularam dos serviços utilizados anteriormente:

Eu creio que ele ficou lá (na APAE) até 2010, mais ou menos. Depois eu consegui aqui em Lauro, aí eu fiquei lá e cá, pra não perder os dois serviços. Aí, como ele tava fazendo muitos exames lá e cá, aí eu optei por ficar só aqui, em Lauro, porque passou a ter uma assistência melhor... Atualmente, eu to fazendo o acompanhamento dele na Unidade de Saúde Bem Querer. (B, informação verbal).

Ela me disse que não ia precisar tirar meus filhos do atendimento de Salvador (HEMOBA). As médicas de lá também pediram para não tirar eles daqui (Bem Querer), mas eu poderia ter o atendimento com a médica daqui de Lauro de Freitas também. (F, informação verbal).

Quando questionadas sobre a satisfação com o serviço especializado oferecido pelo município, apontaram que gostam do atendimento, quando se referem às consultas com a hematologista:

Com o Bem Querer eu tô satisfeita. O que eles têm lá pra anemia falciforme é só uma consulta clínica com hematologista.

Então, essa parte aí eu não tenho do que reclamar. (B, informação verbal).

O serviço é bom, porque ela acompanha, passa receita. Se precisar de algum medicamento, se tiver lá, ela dá, e se não tiver, ela manda pegar no posto. (D, informação verbal).

A médica é uma profissional que sabe lidar com as situações que aparecem. (A, informação verbal).

Importante sinalizar que os depoimentos das mães classificavam o serviço como bom, referindo-se ao atendimento humanizado, feito pelas profissionais de saúde que acompanham seus filhos naquela unidade:

Eu acho o atendimento bom, porque a médica tem um carinho... a enfermeira também trata todo mundo bem. Quando a gente chega lá, é bem recebida. A assistência é boa. (E, informação verbal).

Gosto muito do tratamento dela (hematologista), da maneira como ela lida com as crianças. A gente sente nela o desejo de ajudar. Ela busca orientar direito, com alegria, não tem pressa com os pacientes dela. (A, informação verbal).

Muito importante o tratamento acolhedor e competente desses profissionais, pois muitas vezes as mães se depa-ram com uma doença desconhecida, sendo primordial que recebam, o quanto antes, orientações sobre a patologia:

E aí eu fiquei desesperada, né?! Porque inclusive tinha sido minha primeira filha, eu não sabia ainda lidar com a situação. (A, informação verbal).

Foi um choque para mim e para o pai, né?! Porque eu conhecia por alto a doença, eu não sabia o tanto da gravidade que era. (B, informação verbal).

Quando questionadas sobre a utilização das UBSs para acompanhamento do tratamento do filho, além de demonstrarem desconhecimento sobre o papel destes serviços, afirmaram que não os utilizavam com regularidade, por não terem médicos especialistas e preferiam o atendimento especializado:

O posto de saúde daqui nunca fica com um pediatra que a gente gosta. Com essa mudança, todo dia uma informação da criança... pergunta tudo de novo. Aí eu parei de ir... A1 e A2 não têm usado o serviço da unidade básica, porque eu tenho conseguido resolver as necessidades deles, entre o APAE e Bem Querer. (A, informação verbal).

Levo eles na unidade básica bem pertinho, mas não levo para o pediatra, porque levo mais na médica de anemia falciforme. (E, informação verbal).

Outro aspecto importante para o tratamento da criança com AF é o acesso às vacinas especiais. Com relação a isto, as mães referiram ter acesso mesmo precisando se deslocarem para os serviços oferecidos na capital:

Nunca encontrei problemas em dar vacinas. Desde que a A1 é pequenininha, eu me desloco daqui pra o CRIE, lá no hospital das clínicas e todas as vacinas especiais deles, eles tomam lá... até as normais, eu nem dou aqui, já vou direto pra lá. (A, informação verbal).

Ele começou tomando no Hospital das Clínicas. Depois passei a dar aqui em Lauro de Freitas. Não tenho dificuldade. (G, informação verbal).

Desafios enfrentados para o acompanhamento do filho na Rede de Atenção à Saúde

Apesar das mães terem manifestado satisfação nos serviços de saúde utilizados por seus filhos, foi possível identificar que elas enfrentavam alguns desafios para o acompanhamento de saúde destes, no seu cotidiano. Uma das queixas citadas foi a falta de outros especialistas:

Lá (no Bem Querer) é só consulta com hematologista. Outras especialidades, a gente tem que se virar pra conseguir pelo município. (B, informação verbal);

Prefiro continuar com ele lá (HEMOBA), porque lá tem bastante médico. O neuro é lá. Eu nunca consegui marcar um neuro pra eles aqui. Cardiologista deles também é tudo lá. (F, informação verbal).

As mães apontaram que, apesar de terem acesso às consultas periódicas com os hematologistas, o acesso a alguns exames era bastante difícil, o que elas consideraram como oferta de serviço incompleto:

A consulta no Bem Querer é muito fácil. A parte ruim é a de exames. Não é no Bem Querer, é no município todo. Falta muita coisa pra fazer o acompanhamento completo dele aqui em Lauro de Freitas. (G, informação verbal).

Às vezes encontra o serviço aqui. Difícil é lugar específico para exames, porque a gente faz um aqui, outro ali... Se tivesse um lugar só, que fizesse todos os exames de quem tem anemia falciforme, como eu tenho dois filhos com anemia falciforme, trazia os dois no mesmo momento e ficava mais fácil. (E, informação verbal).

Assim, a dificuldade em realizar exames no município tais como Doppler, ultrassonografias e exames laboratoriais mais específicos exigia deslocamento das mães para os

centros de referência da capital ou realização dos exames em serviços particulares:

Às vezes, a enfermeira do Bem Querer marca pra mim o ultrassom e esses exames que fazem aqui. Os exames dele são com plaqueta e aqui não faz. Eu tive que pagar. (C, informação verbal).

Aqui em Lauro de Freitas, eu faço exames de laboratório... Têm alguns que não faz pelo SUS. Aí eu pago. O de F2 eu nunca fiz em Lauro de Freitas, porque eu faço tudo na APAE. E o de F1 eu não conseguia fazer aqui... Aí eu pagava pra fazer, mas no HEMOBA faz. Uma vez fiz a ressonância deles na particular, que tem convênio com a prefeitura... Eu nunca tinha feito raio x, ultrassom aqui, esse ano que eu consegui fazer, mas Doppler não faz aqui. F2 faz doppler de três em três meses e F1 faz de ano em ano. (F, informação verbal).

Com relação à aquisição de medicamentos, também houve relatos de dificuldades, porque algumas vezes não foi dispensada a quantidade certa ou não foram obtidos e, assim, precisam comprá-los:

Consigo os medicamentos aqui em Lauro de Freitas, mas têm vezes que não consigo a quantidade certa. A médica passa pra F2, quatro pen ve oral (referindo-se à penicilina via oral), quatro dipirona e 120 comprimidos de ácido fólico, mas, no posto da mulher (Unidade Básica de Saúde da Mulher), ela só me dá dois pen ve oral (idem) e somente 15 ácido fólico. (F, informação verbal).

Por enquanto, ele tá usando só ácido fólico. Eu pego aqui mesmo, na rede pública de Lauro de Freitas. E agora ele tem que tomar hydrea e o Estado tá sem dar há quatro meses. (G, informação verbal).

Os medicamentos eu compro. Não consegui nem um polaramine essa semana ali no posto, que, além da anemia falciforme, ela tem crise alérgica. (A, informação verbal).

Uma mãe, cujo filho tinha apresentação mais severa dos sintomas, relatou que, quando a criança precisava de transfusões sanguíneas, não conseguia fazer no município e, assim, decidiu manter o acompanhamento do filho no serviço da capital:

Quando ele deu problema na ultrassom, uma pedra na vesícula, em novembro de 2013, eu deixei de vim pra cá. Eu saí daqui (do Bem Querer) porque agora ele tá fazendo transfusão direto. Então fica difícil. Aqui em Lauro de Freitas poderia ter uma unidade desse atendimento, fazer uma transfusão de emergência. (C, informação verbal).

As falas comprovam que são inúmeras as necessidades de saúde de uma pessoa com AF. A escassez e a desorganização da oferta desses serviços, entretanto, tornam o cotidiano das mães muito desgastante:

Então, ou eu corro com E2, ou eu corro com E1. Aí E1 agora tá fazendo Doppler. Amanhã eu já tenho que fazer o Doppler dele, porque ele fez e deu uma alteraçãozinha e vai ter que repetir. E2 fez, mas graças a Deus não deu nada. Ela pediu para repetir o de E2 daqui a seis meses. Aí eu fico dividida, porque sou eu sozinha... E às vezes não consigo fazer tudo sozinha. Aí tá um pouquinho difícil. (E, informação verbal).

Eu passo um babado pra ir pra Salvador com esses dois. Só chego de noite. Eu nunca consegui um carro pra me levar. Se eu não tiver transporte, eles ficam sem médico. (F, informação verbal).

DISCUSSÃO

A morbimortalidade da DF tem sido reduzida nos primeiros cinco anos de vida, devido ao diagnóstico, à intervenção precoce e acompanhamento de saúde adequado

(ALMEIDA; HENTHORN; DAVIES, 2001). Em relação à triagem neonatal, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que o período ideal para a coleta das amostras é de até sete dias de nascido, ao passo que o período de 8 a 30 dias é aceitável. A coleta feita em idade superior a 30 dias é considerada inapropriada, no sentido de aumentar a sensibilidade para o diagnóstico de doenças e de localizar o paciente, para a confirmação diagnóstica e o início do tratamento ainda dentro do período neonatal (BRASIL, 2003).

Este estudo constatou que seis crianças e um adolescente, que nasceram após a implantação do Programa de Triagem Neonatal (PTN) no município, realizaram o “teste do pezinho” no período ideal ou aceitável. Este resultado favorável decorre de esforços políticos e sociais para ampliar o diagnóstico precoce da AF, o que é determinante para mudar a história natural da doença. Assim, quando se introduzem medidas profiláticas e tratamento específico antes do período sintomático da doença, ocorre um impacto significativo (WALTER, 2003).

Infelizmente, contrário a este resultado, também se pode perceber que três adolescentes tiveram o diagnóstico tardio e sua qualidade de vida afetada, já que a ausência de cuidados profiláticos os levou ao atendimento emergencial, principalmente por crises álgicas e outras complicações da AF.

A crise dolorosa é uma das principais manifestações clínicas da DF, podendo ser a primeira manifestação da doença. A intensidade da dor é variável, podendo ser moderada e transitória ou severa a ponto de necessitar de internação hospitalar. Crianças menores de cinco anos costumam apresentar a dactilite, que consiste numa crise dolorosa nas mãos e nos pés, decorrente de necrose da

medula óssea, nas porções distais dos membros (SERJEANT et al., 1994). Assim, se estas pessoas tivessem recebido o diagnóstico precoce, talvez muitas dessas crises pudessem ter sido evitadas ou minimizadas.

Confirmando a importância da triagem neonatal, Vichinsky (1988 apud MARTINS; MORAES-SOUZA; SILVEIRA, 2010) comparou a sobrevivência de pacientes que receberam o diagnóstico no período neonatal com aqueles diagnosticados após três meses de idade e evidenciou que os primeiros apresentaram uma taxa de mortalidade de 1,8%, enquanto os segundos tiveram uma taxa de mortalidade de 8%.

Neste tocante, salienta-se que, de acordo com as características epidemiológicas da DF na Bahia, há grande prevalência de indivíduos com a doença e com o traço falciforme, visto que sua população é eminentemente afrodescendente e a incidência de DF é de um nascido vivo com DF para cada 650 nascimentos (BRASIL, 2013a). O município do Lauro de Freitas (BA), situado na região metropolitana de Salvador, tem uma população predominantemente negra (81,32%) e uma criança nasce com DF a cada 594 nascimentos, o que representa um quantitativo maior que a média estadual (LAURO DE FREITAS, 2006).

Desta forma, é importante o planejamento dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) para facilitar o acesso dos usuários tanto à rede de coleta quanto à cobertura assistencial (RAMALHO; MAGNA; PAIVA-E-SILVA, 2003). Assim, desde 2001, a APAE de Salvador é a unidade responsável por toda cobertura do “teste do pezinho” no estado da Bahia, sendo credenciada pelo MS e pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) como o SRTN do estado, habilitado na fase II, por englobar triagem para Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria e DF, além de ser

responsável pelo tratamento e pelo acompanhamento dos casos confirmados destas doenças (BOTLER et al., 2010).

Neste sentido, percebe-se que as crianças nascidas a partir da implantação do PNTN tiveram acesso aos postos de coleta no seu município, sendo diagnosticadas precocemente e encaminhadas para atendimento no SRTN, demonstrando que houve uma coesão no fluxo do atendimento da criança com AF entre o posto de coleta e a inscrição na APAE.

Além do serviço da APAE, o indivíduo com DF no Estado da Bahia pode ter acompanhamento clínico na Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA). Esta instituição tem como missão coordenar a Política de Sangue, assegurar a oferta de sangue e seus componentes e prestar assistência em Hematologia e Hemoterapia à população do estado.² Assim, esta pesquisa identificou que as crianças iniciaram seu acompanhamento de saúde na APAE e, posteriormente, por volta dos cinco anos de idade, elas foram transferidas para a HEMOBA. Um fluxo necessário, haja vista que o estado da Bahia tem a maior prevalência da doença no Brasil. Assim, os casos confirmados pela triagem neonatal requerem o acolhimento dessas novas famílias na APAE.

Sendo atendidas na APAE ou na HEMOBA, esta pesquisa mostrou que as crianças e os adolescentes foram incluídos em um serviço de referência, o que foi determinante para sua saúde, já que devem ser acompanhadas, ao longo da vida, em um centro de tratamento que ofereça abordagem de uma equipe multiprofissional especializada e capaz de

² Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hemoba/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=74>. Acesso em: 12 ago. 2015.

realizar avaliações clínicas periódicas (RAMALHO; MAGNA; PAIVA-E-SILVA, 2003).

Uma das ações após a implantação do programa municipal foi a criação de um Centro de Referência Municipal (CRM) na USEBQ, que atende crianças e adultos com DF, oferecendo atendimento ambulatorial regular, com equipe multidisciplinar composta por hematologista, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, enfermeira e terapeuta ocupacional. As crianças desta pesquisa, que, inicialmente, faziam seus acompanhamentos na APAE e na HEMOBA, passaram a utilizar os serviços na USEBQ, mas mantiveram-se vinculadas também às instituições de origem.

O fato das mães terem tido acesso a estes serviços foi relevante, visto que, para elas, o momento do diagnóstico foi considerado difícil. Este resultado corrobora com uma pesquisa também realizada no interior da Bahia sobre o cuidado prestado pelas mães aos filhos com DF, a qual apontou que, para elas, o diagnóstico do filho foi um momento terrível e a oportunidade de receber precocemente informações sobre a doença nos serviços de saúde foi importante, pois as tranquilizou e lhes oportunizou aprenderem como cuidar de seus filhos (LESSA, 2012).

A descoberta da DF, independente do momento, causa alterações na vida da criança e na dinâmica familiar (ROCHA, 2004). De forma geral, as doenças crônicas infantis trazem implicações psicossociais que envolvem a criança e sua família e esta deve ser considerada como aliada no acompanhamento do doente crônico, compartilhando perdas, limitações e cuidados (STRAUB, 2005).

Desta forma, estas mães, ao serem inseridas com seus filhos nos serviços de saúde, foram, aos poucos, sendo instrumentalizadas para com o cuidado ao filho. O contato com

os profissionais de saúde, especialmente as médicas hematologistas, favoreceu-lhes a oportunidade do acolhimento, do atendimento humanizado e da educação em saúde de que tanto necessita uma pessoa que descobre que conviverá e cuidará de uma pessoa com AF.

Nas falas destas mulheres, foi possível identificar que consideraram a competência técnica do serviço de referência oferecido pela USEBQ, bem como a cordialidade e o respeito por parte da médica hematologista e da enfermeira que assistiram os seus filhos. Salienta-se que a assistência humanizada fortalece a adesão da criança e do adolescente com AF ao tratamento, através da família, visto que esse tipo de assistência ameniza a situação enfrentada por estes membros, ao obterem o direcionamento adequado na atenção à saúde.

Destaca-se que o acesso à consulta com hematologista representa apenas uma parte das necessidades da pessoa com AF. Neste tocante, apesar de as mães terem referido que têm acesso à hematologista no seu município, os seus discursos também apontaram que elas apresentavam dificuldade em conseguir consulta com outros especialistas, como neurologista e cardiologista.

Da mesma forma, as mães referiram que, para elas, é difícil agendar exames mais complexos, como ultrassonografias e Doppler transcraniano, que são essenciais para monitorar a saúde do filho. Outra dificuldade apontada é a falta de medicamentos básicos na rede municipal. Assim, elas colocaram que a ausência ou pouca oferta desses serviços tornava sua rotina muito cansativa e desgastante. Isto foi principalmente citado pelas mães que têm dois filhos com a doença, já que, muitas vezes, quando conseguiam agendar os exames, não conseguiam fazer o agendamento

em datas e horários iguais para os dois filhos, requerendo delas muitos deslocamentos e gasto financeiro.

Outro ponto trazido por uma mãe, em especial, foi a dificuldade quando seu filho precisava realizar transfusão sanguínea, pois, segundo ela o serviço não era oferecido no município, implicando no seu deslocamento com a criança para a HEMOBA, localizada em Salvador (BA).

O tratamento da pessoa com DF requer realização de exames laboratoriais de rotina, esquemas de imunização especiais, acesso a medicamentos comuns (ácido fólico e antibióticos profiláticos) e específicos (hidroxiuréia), exames de imagem tais como ultrassonografias e Doppler transcraniano e consultas com outros especialistas (cardiologista, neurologista, entre outros) (BRASIL, 2013a). Em função dessa variedade de necessidades, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com DF e outras Hemoglobinopatias traça como diretriz a articulação em rede que garanta a promoção da integralidade da atenção a esta pessoa.

Neste sentido, para favorecer o tratamento adequado a estas pessoas, cabe uma cooperação técnica e administrativa entre municípios e Estado. Nesse tocante, o artigo 8º, inciso II, do Programa de Prevenção, Diagnóstico, Assistência Médica Integral e Orientação Educacional às Pessoas Portadoras de DFs e outras Hemoglobinopatias de Lauro de Freitas (BA), define que a Prefeitura Municipal poderá estabelecer convênios com maternidades, hospitais congêneres, hemocentros, demais serviços de saúde, instituições e associações outras, visando ao acompanhamento especializado aos portadores de DF e outras Hemoglobinopatias (LAURO DE FREITAS, 2005).

Na perspectiva de oferecer a atenção integral por intermédio do atendimento por equipe multidisciplinar que estabeleça as interfaces entre as diferentes áreas técnicas e visando à articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede, esta pesquisa buscou saber se estas mães complementavam os cuidados à saúde dos filhos por meio das UBSs.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é especialmente importante por promover a saúde e por prevenir as doenças. Ela funciona, estrategicamente, em territórios, que geralmente localizam-se nas periferias das cidades, por meio das UBSs. Desta forma, é notório que este nível de atenção poderia ser um importante aliado no acompanhamento de pessoas com DF. Este estudo identificou que as mães subutilizam estes espaços de saúde, ao referirem que usam apenas os serviços das salas de vacinas e das farmácias para aquisição de medicamentos. Informaram também que não houve dificuldades para a imunização dos filhos, mesmo que em algumas vezes tivesse sido necessário o deslocamento para os centros de imunização na capital, mas relataram dificuldade na aquisição dos medicamentos. Tal fato evidencia falhas na dinâmica de referência e de contrarreferência, uma vez que, diagnosticados com DF, após a realização da triagem neonatal nas UBSs, crianças e adolescentes são captados pelos serviços de referência e não retornam aos serviços de APS regularmente.

O paciente acompanhado por hematologista pediátrico recebe prescrição de ácido fólico e, no caso dos menores de cinco anos, da penicilina profilática, medicamentos esses que são básicos no tratamento de pessoas com AF (AMORIM; RIBEIRO, 2011). A hidroxiuréia, por sua vez, é utilizada em pacientes selecionados, a fim de aumentar níveis de

hemoglobina fetal e de reduzir complicações clínicas. Isto é garantido pela Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, a qual assegura que o acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolo, além de imunobiológicos especiais e insumos, deve ser garantido às pessoas com DF (BRASIL, 2005). No entanto, o estudo demonstrou que, embora garantidos pela Portaria nº 1.391 de 2005, as mães relataram dificuldade no acesso aos referidos medicamentos, o que pode ocasionar surgimento de complicações decorrentes da doença, comprometendo a saúde e a qualidade de vida dessas crianças e desses adolescentes.

Comprovando a subutilização das UBSs, as mães não aderiam às consultas médicas dos postos, pois, segundo elas, além de não haver o profissional médico sempre disponível, acreditavam que seu filho necessitava apenas do hematologista. Corroborando com este resultado, outra pesquisa (LESSA, 2012) mostrou que as mães de crianças com DF também não estavam vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde eram cadastradas. É importante ressaltar que, para extrapolar o serviço da Hemorede, essas crianças, ao serem inseridas na ESF, podem ter acompanhamento nutricional e de enfermagem, no que concerne ao crescimento e ao desenvolvimento; atendimento odontológico e ações gerais de orientação à saúde que terão impacto positivo na sua condição de saúde.

Apesar dos relatos das mães terem trazido pontos positivos sobre a RAS do seu município, outra parte dos relatos também trouxeram os pontos que ainda merecem atenção por parte dos profissionais de saúde e gestores, para que, verdadeiramente, as pessoas com DF naquele município possam receber uma assistência integral à saúde.

CONCLUSÃO

A maior parte das crianças e dos adolescentes desta pesquisa recebeu o diagnóstico precoce da AF e pôde ser inserida num serviço de referência para iniciar seu cuidado à saúde. Isto, sem dúvidas, foi determinante para a melhoria da sua condição de saúde e para a qualidade de vida de toda sua família.

A existência de um atendimento ambulatorial em nível municipal foi vista de forma positiva pela maioria das entrevistadas. A continuidade deste atendimento, entretanto, foi apontada como algo que necessita de melhoria, especialmente no que se refere ao agendamento dos exames, ao acesso aos medicamentos e a outras especialidades médicas. Além disso, o deslocamento das responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes para o acompanhamento necessário do filho implica no desgaste emocional e financeiro, o que causa impacto na dinâmica familiar. Desta forma, observa-se a importância da estruturação de uma rede pública de serviços, organizada e descentralizada, norteadas pela lógica da existência de referência e de contrarreferência, a fim de que ocorra a potencialização dos serviços existentes e as lacunas encontradas nesta rede não ocasionem prejuízos na integralidade da assistência a crianças e a adolescentes com AF.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M; HENTHORN, J. S; DAVIES, S. C. Neonatal screening for haemoglobinopathies: the results of a 10-year programme in an English Health Region. **British Journal of Haematology**, v. 112, n. 1, p. 32-35, jan. 2001.

AMORIM, Tatiana; RIBEIRO, Rosana. Triagem neonatal para doença falciforme. **Revista Baiana de Pediatria**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 50, set. 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise do conteúdo**. 2. ed. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BOTLER, Judy et al. Triagem neonatal: o desafio de uma cobertura universal e efetiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 493-508, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da População Negra**: uma questão de equidade. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.391, de 16 de agosto de 2005. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 ago. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 29 de janeiro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2010b. Seção I, p. 88-93.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em:
<http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VES-tado=29&VCodMunicipio=291920&NomeEstado=BAHIA>.
Acesso em: 12 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme**: condutas básicas para tratamento. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Relatório de gestão 2012 [da] Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados**. Brasília, DF, 2013b. 242 p.

CANÇADO, Rodolfo D.; JESUS, Joice Aragão de. A doença falciforme no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 3, p. 203-206, 2007.

CEHMOB. CENTRO DE EDUCAÇÃO E APOIO PARA HEMOGLOBINOPATIAS. **Protocolo de atendimento aos eventos agudos da doença falciforme**. Belo Horizonte, 2005.

GALIZA NETO, Gentil Claudino de; PITOMBEIRA, Maria da Silva. Aspectos moleculares da anemia falciforme. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 51-56, 2003.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil estados**: Bahia – 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

LAURO DE FREITAS. Lauro de Freitas cria programa de combate à anemia falciforme. **Diário Oficial dos Municípios, Prefeitura Municipal de Lauro de Freitas**, Salvador, 21 fev. 2006. Suplemento Especial Diário Oficial dos Municípios nº 19.065. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.com.br/prefeitura/laurodefreitas/iframe.cfm?pagina=abreDocumento&arquivo=33E30551884B>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

LAURO DE FREITAS. **Prefeitura Municipal de Lauro de Freitas** [internet]. Salvador, 2005. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.com.br/prefeitura/laurodefreitas/iframe.cfm?pagina=abreDocumento&arquivo=33E30551884B>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

LESSA, Andréa Broch Siqueira Lusquinhos. **Cuidados prestados pelas mães aos filhos com doença falciforme**: superando desafios. 2012. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

MARTINS, Paulo Roberto Juliano; MORAES-SOUZA, Hélio; SILVEIRA, Talita Braga. Morbimortalidade em doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Ribeirão Preto, v. 32, n. 5, p. 378-383, 2010.

RAMALHO, Antonio Sérgio; MAGNA, Luís Alberto; PAIVA-E-SILVA, Roberto Benedito de. A Portaria nº 822/01 do Ministério da Saúde e as peculiaridades das hemoglobinopatias em saúde pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1195-1199, jul./ago. 2003.

ROCHA, Heloisa Helena Gallo da. **Anemia falciforme**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

SERJEANT, Graham R. et al. The painful crisis of homozygous sickle cell disease: clinical features. **British Journal of Haematology**, v. 87, n. 3, p. 586-591, 1994.

STRAUB, Richard O. A psicologia da saúde ao longo do curso da vida. In: STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde**. Tradução de Ronaldo C. Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 535-544.

WALTER, John H. Arguments for early screening: a clinician's perspective. **European Journal of Pediatrics**, v. 162, suppl. 1, p. S2-S4, 2003.

YOONG, W. C.; TUCK, S. M. Menstrual pattern in women with sickle cell anaemia and its association with sickling crises. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 22, n. 4, p. 399-401, jul. 2002.

ZAGO, Marco Antonio; FALCÃO, Roberto Passetto;
PASQUINI, Ricardo. **Hematologia**: fundamentos e prática.
São Paulo: Atheneu, 2004. p. 285-95.

ZAGO, Marco Antonio; PINTO, Ana Cristina Silva.
Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação
genética à insuficiência de múltiplos órgãos. **Revista
Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Ribeirão
Preto, v. 29, n. 3, p. 207-214, 2007. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a03>>.
Acesso em: 12 ago. 2015.

VIVÊNCIA DE RESIDENTES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA INSTITUIÇÃO HIPERCOMPLEXA

*Diego Rangel dos Anjos Prata
Paulo Roberto Lima Falcão do Vale
Ângela Cristina Fagundes Góes*

Descreveremos, nas próximas linhas, os aspectos envolvidos no processo de gestão da Atenção Básica (AB) em âmbito nacional; contudo, faz-se necessária a discussão sobre a gestão interfederativa da saúde, com responsabilização executiva dos três entes da federação, a saber: União, Estado e Município.

A condução do Sistema Único de Saúde (SUS) de modo interfederativo requer um constante processo de comunicação entre os três entes da federação, por tratar de um federalismo brasileiro cooperativo, solidário e interdependente. Tais relações de interdependência organizativa são intensamente determinadas pelo financiamento da saúde, assumindo o Ministério da Saúde (MS) um papel central no planejamento global das ações de saúde desenvolvidas nos municípios (SANTOS, 2013). Compõe a discussão contemporânea o papel exercido pelo ente federado Estado no processo de gestão do SUS, no qual se identifica uma prática reducionista, reguladora e homologadora dos serviços de saúde, em contraposição ao poder propositivo e deliberativo que o Estado poderia assumir para o fortalecimento do SUS e em especial a AB (BRANT, 2004; SANTOS; ANDRADE, 2011).

Cabe destaque para a autonomia organizativa e jurídico-administrativa da municipalização em saúde, por meio da qual, apesar de ter dependência quase total dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo pelo MS, o município pode efetuar o comando único da atenção à saúde, exercendo a ampla capacidade de execução das práticas de saúde (SANTOS, 2013).

Portanto, não há transferência de responsabilidade na execução das ações da AB, aqui reside o nível de atenção com total organização executiva dos gestores municipais (BRASIL, 2012). Para melhor compreensão desse estudo, entende-se a AB como um nível de atenção à saúde dos sujeitos, organizada pela lógica da promoção da saúde e da emancipação dos sujeitos ao seu cuidado, bem como pela lógica da prevenção dos riscos e agravos, com exploração predominante das tecnologias leves e compreensão do processo saúde-doença como um fenômeno social (BRASIL, 2012; MERHY, 2002; RODRIGUES et al., 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define as equipes de Saúde da Família (SF), equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), profissionais atuantes em equipes de AB tradicional, trabalhadores da estratégia do Consultório na Rua (CR) e equipes de SF Fluviais e Ribeirinhas, como os serviços de atenção à saúde pertencentes à AB (BRASIL, 2012).

Nesse particular, de modo a expandir, qualificar, fortalecer e ampliar a capacidade resolutiva da AB, o Departamento de Atenção Básica (DAB), pertencente à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do MS, busca organizar seus processos de trabalho de acordo com as políticas de fortalecimento direcionadas à AB, como o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da AB (PMAQ-AB); o incentivo para a

reforma, a ampliação e a construção das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), através do Programa Requalifica UBS; o Programa Saúde na Escola (PSE); a estratégia Telessaúde Brasil Redes (TBR); a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS); entre outras estratégias.

O presente estudo foi motivado a partir das inquietações dos autores em refletirem acerca dos desafios, das fragilidades e dos avanços da AB, inquietações despertadas pelo exercício profissional dos residentes na qualidade de profissionais integrantes de uma equipe de SF de um município da Região Metropolitana de Salvador (BA), bem como na posição de “apoiadores institucionais” do DAB do mesmo município e da Diretoria da AB, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Pretende-se, nesse estudo, descrever as experiências de residentes em Saúde da Família (SF) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), durante intercâmbio no DAB do MS, em Brasília, no período de fevereiro a março de 2016.

Espera-se que esse texto reúna potencialidades de induzir o leitor para reflexões e possíveis mudanças no pensar e no agir das práticas e do cotidiano em saúde. Compartilhar as experiências enriquecedoras para o processo de formação em saúde, no âmbito da gestão nacional da AB, pode contribuir para o aprimoramento das práticas dos gestores e, conseqüentemente, para aperfeiçoar o processo de trabalho em saúde, com aumento da resolutividade na AB.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, elaborado a partir das atividades desenvolvidas por residentes em SF, do PRMS da UNEB, durante imersão no DAB do MS, localizado em Brasília, Distrito Federal (DF). O período da vivência ocorreu de 15 de fevereiro a 31 de março de 2016.

O desenho do intercâmbio foi elaborado de acordo com as expectativas dos residentes, demonstradas em carta de intenção previamente elaborada, bem como trajetória profissional percorrida durante processo de formação. Nesse arranjo, foi contemplada imersão no DAB, com atuação intensa na Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB) e no Grupo Técnico Especializado em Projetos (GTEP). Cabe destacar que, além das vivências nessas duas coordenações, foram desenvolvidas atividades, de forma conjunta, inclusive com residentes de outros programas, oriundos de diferentes regiões do Brasil.

A CGGAB é a coordenação do DAB responsável pela elaboração e implementação de quase todas as políticas e estratégias que integram a AB. O planejamento da CGGAB estrutura o desenvolvimento das suas atividades em comissões e frentes temáticas; e, associado a tal estrutura, dispõe-se a realizar o Apoio Institucional (AI) dos estados e municípios. Para tanto, apresenta uma organização nas seguintes frentes temáticas: NASF, CR, Gestão do Trabalho, Telessaúde, UBSs Fluviais e Ribeirinhas, Saúde Prisional.

O GTEP constitui-se por um conjunto de profissionais especializados em propostas e projetos de fortalecimento da AB por meio de transferências de recursos da União para estados e municípios. Em suma, o GTEP é responsável pela transferência financeira fundo a fundo, obedecendo aos

critérios estabelecidos por bloco de financiamento, pelo estabelecimento de contratos e convênios, pelo monitoramento de obras e pela aplicação de recursos financeiros na AB, além de estar imbuído do cadastramento e do acompanhamento das emendas parlamentares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O intercâmbio no DAB/MS nos permitiu conhecer os “meandros” de uma instituição hipercomplexa, desde os modos de organização e de funcionamento da SAS do MS, órgão responsável pelo maior orçamento da pasta da saúde nacional, até as estratégias relacionais estabelecidas entre os três entes federativos que compõem a República Federativa do Brasil (RFB), utilizando, de maneira predominante, a lógica organizativa do Apoio Matricial (AM).

Destacam-se como os principais resultados aqui descritos: a atuação compartilhada com outras residentes das regiões Nordeste e Centro-Oeste do país; a capacidade de explorar com veemência os recursos da plataforma virtual denominada Comunidade de Práticas (CP); a reflexão crítica sobre as potencialidades e sobre os limites da PNIPCS; a transformação nos processos de trabalho, principalmente na CGGAB/DAB e no GTEP/DAB; o envolvimento nos espaços de articulação intraorganizacional e intersetorial; e, sobretudo, a oportunidade de vivenciar um momento de grande instabilidade no cenário político do país.

Integração entre residentes: espaço de trocas, consensos e dissensos

A interação com profissionais de outros programas de residência foi possibilitada pelo desenho do estágio optativo,

reunindo enfermeiro, farmacêutico, médicas e terapeuta ocupacional, dos respectivos Programas: Saúde da Família (SF-PRMS), Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) e Gestão de Redes de Atenção à Saúde (GRAS).

Logo nas primeiras semanas, a agenda conjunta dos residentes foi relevante para uma forte interação e para a constituição de um espaço potente para a troca de saberes e experiências, mesmo nas divergências de posicionamentos e opiniões. Nesses espaços de debate, formados entre residentes e preceptores, foi possível percebermos o quanto o processo de formação em saúde permanece na lógica fragmentada, com pouca ou nenhuma interação entre as categorias profissionais, sobrecarregada de transmissão de conhecimentos técnico-científicos que muitas vezes distanciam os profissionais de uma abordagem mais humanista no processo de cuidado. Identificamos ainda que a relação academia-serviço apresenta-se muito superficial, com resultados pouco efetivos para a transformação das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde e que os espaços de gestão do SUS permanecem sendo campos de prática pouco explorados no processo de formação.

Plataforma virtual “Comunidade de Práticas”

Trata-se de uma estratégia alternativa de compartilhamento, cooperação e discussão entre trabalhadores, gestores, pesquisadores e os mais diversos atores da AB à saúde, cujo objetivo reside em aproximar as reflexões de saúde existentes em cada lugar do Brasil “continental” e plural. De forma horizontal, acredita-se que o compartilhamento de saberes e de experiências é uma estratégia potencializadora para elevar a resolutividade da AB no país, o que se dá através da ferramenta da Web 2.0.

O contato com a CP ocorreu de imediato à nossa entrada no DAB/MS. Após acolhida calorosa dos profissionais da Coordenação Geral de Áreas Técnicas (CGAT), também responsáveis pela CP, foram-nos apresentados os mecanismos de utilização da plataforma virtual. O compartilhamento e a troca de experiência podem se manifestar por meio dos relatos de experiências, através das comunidades criadas pelos próprios usuários e com espaço aberto para todos os posicionamentos possíveis, bem como através dos cursos *on-line*, totalmente gratuitos, autoinstrutivos e potencialmente capazes de produzirem sentidos aos usuários da plataforma.

Não há como compreender todos os recursos da CP senão explorando-os, então fomos à prática. Em um primeiro momento, ao se imergir nas discussões contidas nas comunidades e no conteúdo dos relatos, percebeu-se a predominância de discussões nacionais sobre estratégias de fortalecimento da AB, tal como: esclarecimentos sobre o PMAQ-AB; discussões sobre o processo de trabalho das equipes de SF e do NASF; atualizações acerca da proposta inovadora dos sistemas de informação do SUS; e dúvidas sobre o Programa Mais Médicos (PMM), entre outras temáticas. Em decorrência da situação epidemiológica associada às arboviroses, um tema muito abordado nos espaços da CP era a articulação entre a AB e a Vigilância em Saúde, através das ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e Agentes de Combate a Endemias (ACEs).

Ainda através da CP, foi possível aprofundar o conhecimento sobre a PNPICS. Entre os cursos disponíveis, os residentes optaram por cursar: a *Gestão de práticas integrativas e complementares*, que aborda a capacidade de gestão das

práticas integrativas e complementares, com vistas a fortalecer a utilização dessas ações e desses serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RASs); e o *Curso Introdutório em Práticas Integrativas e Complementares – Antroposofia aplicada à saúde* que visa qualificar os profissionais do SUS sobre a abordagem antroposófica e as possibilidades da inserção da antroposofia aplicada à saúde nos serviços, com intuito de ampliar a utilização dessas práticas nas RAS.

Rompendo com a racionalidade medicalizante

A aproximação com a PNPICS foi possível através da participação em uma oficina, promovida pela CGAT que abordou a temática das racionalidades médicas.

Além de nos apropriarmos sobre as práticas que compõem a PNPICS, tais como: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Homeopatia e Termalismo Social/Crenoterapia. Logo nos momentos iniciais da oficina, foi possível refletirmos sobre como as nossas práticas, enquanto profissionais de saúde, permanecem centradas na Medicina Tradicional, focadas na realização de procedimento e na utilização de insumos farmacêuticos industrializados, não considerando novos modos para complementar o processo de cuidado.

Tal pensamento faz todo sentido no cotidiano de trabalho das equipes de AB, devendo os profissionais de saúde visualizar o sujeito nas suas múltiplas dimensões: pertencente a um sistema familiar, dotado de valores, crenças e costumes e que apresenta um saber próprio para atuar na melhoria das suas condições de vida e saúde. Cabendo, então, a esses trabalhadores, identificar e valorizar esse conhecimento popular, de modo a tornar os sujeitos protagonistas dos respectivos processos de saúde-doença.

CGGAB: a “mola” propulsora da Gestão da Atenção Básica

Propor a realização de um intercâmbio no DAB/MS, com o intuito de conhecer os aspectos envolvidos no âmbito federal da gestão da AB, e não vivenciar o processo de trabalho da CGGAB dificultaria a compreensão das relações entre Federação, Estados e Municípios. A imersão nessa coordenação nos possibilitou, logo nos primeiros momentos, integrar ativamente o grupo de trabalho responsável pela condução das ações relacionadas às frentes de ação do NASF e do CR.

A aproximação com a frente temática do NASF, estratégia da AB de intensa afinidade dos autores há algum tempo e que fez parte da nossa trajetória de formação durante a Residência, induziu novas reflexões e perspectivas quanto ao significado do apoio matricial (AM), permitindo a análise dos limites e dos avanços alcançados até o momento. A participação nas webconferências, com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), possibilitou que alimentássemos um debate, utilizando-se de uma linguagem bem próxima da prática, acerca do processo de trabalho do NASF e de como o AM pode influenciar na integração com as equipes de SF e, consequentemente, na oferta de cuidado aos usuários.

A oportunidade de contribuir com a elaboração do boletim nº 02 do NASF, material informativo dirigido aos gestores estaduais e municipais, proporcionou ainda um melhor conhecimento sobre o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e identificarmos o quanto essa ferramenta pode contribuir com a gestão no acompanhamento das ações desenvolvidas pelas equipes de NASF, de modo a nortear os gestores na qualificação dessas práticas.

A atuação junto ao grupo condutor do CR nos demandou construir os relatórios dos indicadores produzidos pelo FormSUS, pelo e-SUS e pelo Sistema de Apoio à Pesquisa e Estatística (SIAPES), bem como construir uma crítica reflexiva e propositiva ao conteúdo do *Caderno do Tutor do Curso de Cuidado à População em Situação de Rua* e participação na Câmara Técnica de Saúde (CTS) do CR, composta por representantes do MS e dos movimentos sociais.

Após essa semana intensa de agendas, proporcionadas pelo envolvimento com as pautas do NASF e do CR, nós nos aproximamos da frente temática da Gestão do Trabalho. Tal pauta apresenta uma interface importante com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES), com a qual nos foi demandado participar da leitura da publicação sobre *Remuneração por Desempenho*, que seria introduzido no portal do DAB. Nesse caso, acreditamos ter atingido o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento do material, ao agregar outros pensamentos sobre uma temática recente e ainda pouco explorada na gestão da saúde pública.

A aproximação com as pautas do Telessaúde, das equipes de SF Ribeirinhas e Fluviais e Saúde Prisional, apesar de rápida, proporcionou-nos a compreensão da ampla dimensão e das particularidades que envolvem a implementação dessas políticas.

Para além do conjunto de ações que compreendem as frentes temáticas, os trabalhadores da CGGAB propõem-se a realizar, paralelamente, apoio institucional aos estados e aos municípios brasileiros. Com vistas à aproximação das atividades do apoio e ao aperfeiçoamento dos instrumentos de Apoio Institucional, buscamos dar resolutividade às demandas encaminhadas por instâncias estaduais e/ou

municipais, além de refletir sobre o papel do AI nas situações de respostas aos processos destinados aos órgãos de controle.

Portanto, de modo transversal, a reflexão sobre o significado real de realizar o AI acompanhou-nos permanentemente durante toda a vivência, cabendo pensarmos em um AI que tem, entre tantas atribuições, a defesa de um projeto complexo, diversificado e que, muitas vezes, é divergente entre os entes federativos e os atores sociais envolvidos.

A imersão na CGGAB possibilitou compreender o processo de trabalho dessa coordenação, cujo dinamismo, planejamento das ações desenvolvidas e abrangência das políticas que compreendem a AB são características que se destacam. Além disso, a participação nos espaços colegiados da CGGAB nos motivava a criar microespaços de debate entre nós residentes e com os preceptores; e, a cada roda de conversa, a possibilidade de refletir sobre a conjuntura política e a sua interferência na prática da gestão federal.

Das políticas aos projetos: adentrando o GTEP

Partindo para a engrenagem rígida da maquinaria do DAB, adentramos o GTEP, área responsável pelos aspectos relacionados ao financiamento das estratégias da AB, bem como o gerenciamento do Programa Requalifica UBS. Realizado o mapeamento da coordenação e diante da necessidade de promover reflexões acerca dos processos que são operacionalizados pelo GTEP, fomos desafiados a contribuir na construção de um material de apoio para os gestores, como forma de instrumentalizá-los na implantação dos serviços da AB e como proposta para a qualificação da gestão local, diante da troca de gestores municipais, decorrente do processo eleitoral deste ano.

Tal proposta desencadeou um exercício intenso de “Educomunicação”, promovendo uma minuciosa análise e reflexão dos modos e das formas de se comunicar, a fim de que esse ato seja sensibilizador e provocador de impactos para com as necessidades de saúde da população. Além disso, fez-se necessário realizar uma articulação com técnicos de outras áreas do DAB, *experts* em Telessaúde, PSE e Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde, a fim de avançarmos na elaboração do manual.

O envolvimento com esta atividade apresentou uma potencialidade, na medida em que possibilitou conhecer os aspectos envolvidos no processo de implantação dos serviços de saúde, no âmbito da AB, bem como o fluxo para credenciamento e os critérios para o custeio das equipes.

Compor o grupo de trabalho do GTEP nos permitiu identificar a relevância do processo do trabalho individual desempenhado, desde a existência de equipamentos nas UBS até a continuidade das grandes transferências fundo a fundo. Em paralelo, a vivência despertou, ainda, reflexões acerca da importância do trabalho coletivo, de modo que a atuação relacional ressignifique, permanentemente, a imagem-objeto que existe como objeto do trabalho.

Conjuntura política do Brasil

Não há outra palavra que descreva tão bem os resultados trazidos a seguir, senão: GUERRA DAS TRINCHEIRAS, parafraseando Mário Testa. Não há também aspecto tão relevante a ser tratado nesse momento do que a vivência de residentes dentro e fora do MS, às margens de uma praça dos três poderes que clama por democracia, paz no presente e glória: “*Ad Eternum.*”.

A riqueza da vivência no âmbito federal da gestão da AB vai além da atuação profissional nas dependências do Edifício Premium, onde está localizado o DAB/MS, estendendo-se à possibilidade de ter ocupado outros espaços de formação que induziram diversas reflexões em nossas mentes, carregadas de ideais revolucionários que se aproximam das lutas por direitos sociais.

Essa afirmação se dá devido aos acontecimentos no campo político, vivenciados naquele momento. As largas vias do plano piloto, do DF, foram preenchidas por uma multidão, cada sujeito carregando os respectivos interesses e ideais. Não se trata de um posicionamento político partidário, mas de um *mix* de pensamentos que turbilhavam entre o dia e a noite, entre uma sessão e outra da Câmara dos Deputados no Congresso Nacional.

De fato, a instabilidade política no país e o momento pré-*impeachment*, ou melhor, pré-golpe, da Presidenta Dilma Rousseff, vivenciado pelos residentes, foi determinante dos processos de trabalho no DAB, concebido com dinamicidade e alternâncias entre os projetos de gestão assumidos por cada trabalhador do DAB, modificando o cotidiano do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência reacendeu a força política de cada residente em defesa do SUS. Estar nos meandros do mais alto nível de gestão da AB transpareceu os verdadeiros desafios, ameaças e mazelas que devem ser enfrentados em favor da política pública de saúde, não apenas e só contribuir com o fortalecimento da AB; promoveu intensa troca de saberes com os técnicos de referência do MS; e induziu a construção de respostas criativas, diversificadas e específicas para

os mais diversos problemas de saúde existentes no país continente chamado Brasil.

Com a mesma autonomia dos manifestos que aconteceram no mês de março em todo o Brasil, nós, residentes, fomos protagonistas do nosso processo de trabalho no DAB. A potencialidade dessa vivência em âmbito nacional reside na possibilidade de refletir sobre as especificidades municipais; de compor um grupo de trabalhadores e/ou militantes do SUS que questionam o modelo biomédico hegemônico e lançam mão de estratégias para uma AB de qualidade, resolutive, com ampla integração a uma única Rede de Atenção à Saúde; de sensibilizar-se do quão é determinante a micropolítica social no ambiente de trabalho de uma instituição hipercomplexa. Portanto, perpassa pela relevância de articular-se com todos os atores sociais envolvidos em prol do SUS – gestores, trabalhadores, movimentos sociais e usuários.

Retornar à Bahia com apenas uma bandeira, apenas um projeto. Essa é a única certeza, a defesa de um Sistema Único de qualidade, com AB resolutive e acessível a todos. Seguimos a missão.

REFERÊNCIAS

BRANT, Lêda Menezes. **O papel do Estado no Sistema Único de Saúde**: uma investigação teórico-bibliográfica e prática em Minas Gerais. 2004. 62 f. Monografia (Especialização em Política Social de Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política**

Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

MERHY, Emerson Elias. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, Emerson Elias. **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde:** os desafios da gestão interfederativa. Campinas, SP: Saberes, 2013.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

ESTRATÉGIAS DE EMPODERAMENTO IDENTIFICADAS NO PLANO DE SAÚDE (2014-2017) DE UM MUNICÍPIO DA BAHIA

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale

Diego Rangel dos Anjos Prata

Camila Oliveira Araújo

Maricarla Barbosa Cordeiro

Ângela Cristina Fagundes Góes

Empoderar, do inglês *empowerment*, é um termo utilizado, há certo tempo, nos campos da política e da sociologia, datando as primeiras aplicações entre 1960 e 1970. Na contemporaneidade, reconhece-o como emergente entre a Administração, a Economia, a Saúde Pública e a Psicologia, sendo utilizado dentro das mais diversas conceitualizações, assumindo uma polissemia entre os autores que o utilizam conforme suas posições ideológicas (HOROCHOVSKI, 2006).

O domínio das tecnologias da informação e da comunicação potencializa gestores, trabalhadores, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a se aproximarem da perspectiva do empoderamento. Trata-se de buscar e/ou de oferecer condições para a ampla compreensão dos direitos e dos deveres relacionados às políticas sociais, econômicas e de saúde, incluindo o manejo do próprio processo saúde-doença e do controle social (LACAZ; FLÓRIO, 2009).

Silva, Cruz e Melo (2007) afirmam que o pleno acesso aos aspectos econômicos, financeiros e epidemiológicos

subsídia critérios para a programação, a execução, o acompanhamento, a avaliação e, também, a elaboração e a aprovação do Plano de Saúde (PS), bem como o estabelecimento de estratégias para a sua execução.

A efetividade das políticas públicas de saúde tem como elemento central a gestão do SUS. Ao dominar os principais instrumentos de trabalho como o PS, o plano plurianual de saúde, o relatório anual de gestão e a lei de diretrizes orçamentárias, o chefe do executivo da saúde deve mediar o processo de negociação entre os diferentes atores envolvidos, de modo que, em cada instrumento citado, contenha o amplo posicionamento da soberania popular (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

Vilasbôas e Paim (2008) consideram o planejamento como um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, a fim de alcançar uma dada ação. Por mais que este conceito apresente-se com objetividade para a sua compreensão, vale incorporar à reflexão o papel social do planejamento, designando-o como dependente de um processo social que deva ressaltar a subjetividade dos trabalhadores e dos usuários do SUS.

O estudo de Matus (2000) fortalece o propósito de pensar o PS como um processo social, dinâmico e singular, com compreensão da situação de saúde atual, o que exige a construção de um planejamento repetitivo que objetiva apenas o cumprimento legal da prática de gestão. Tais condições podem distanciar o alcance da imagem-objeto pensada inicialmente, resultando no desenvolvimento de práticas que não atinjam impactos de saúde positivos.

Schraiber e colaboradores (1999) afirmam que o manuseio dos aspectos sociais a partir da interatividade e da

comunicação é uma das problemáticas das técnicas de gestão, ressaltando que os problemas dos sujeitos (e seus valores) e os problemas das culturas (e seus comportamentos práticos) são parte das flexibilizações das normas.

A construção de relações entre sujeitos está inerente ao processo de trabalho em saúde. Com essa afirmativa, entendemos que, a partir dos encontros entre os sujeitos, cria-se a possibilidade de orientação da ação humana de maneira mais específica, justificada pelo amplo conhecimento da situação de saúde. Portanto, corroboramos com Vieira (2009), quando ele defende que a lógica ascendente deve ser o eixo estruturante de um planejamento que considere o processo social. A partir dessa condição, acreditamos que os problemas envolvendo o contexto cultural, econômico, social, histórico, incluindo as ações interpessoais, também passem a compor o planejamento em saúde.

O Ministério da Saúde (MS) orienta que a elaboração dos PSs siga uma lógica de ascendência (do nível local até o federal) para o planejamento do SUS, perspectiva que deve nortear a formulação das programações de saúde, destacando a construção das políticas de saúde a partir das necessidades locais (VIEIRA, 2009).

Schraiber e colaboradores (1999) referem-se ao planejamento descendente, realizado apenas pelo planejador direto, como uma modalidade de realizar seu trabalho sobre o trabalho do outro, fundado na necessidade de racionalização do trabalho produtor direto dos cuidados, pois a finalidade do planejamento é instruir e a da gestão é processar tal instrução sobre processos de intervenção em saúde.

Vieira (2009) considera que, em muitos casos, a constituição do PS em si não leva a resultados práticos, desse modo o planejamento acaba sendo feito para o cumprimento

de exigência legal ou como base para a alocação de recursos. Com uma oposição de pensamento, Testa (1995, p. 28) enfatiza:

A importância da participação no processo de elaboração das propostas programático-estratégicas, pois possibilitaria a acumulação de poder para os dominados e a mudança das relações de poder, por meio da formação de uma consciência sanitária social e de classe.

A elaboração do PS requer o inteiro envolvimento dos usuários do SUS. É preciso esgotar todos os canais de comunicação disponíveis; elaborar meios de comunicação em saúde inovadores; problematizar saberes que constituam novas formas de pensar em saúde e que, consequentemente, sejam cogestores do sistema de saúde. As estratégias descritas oferecem possibilidades do empoderamento dos sujeitos, tais como: estimular que as informações em saúde sejam alcançadas; monitorar e avaliar a situação de saúde vivenciada; e propor estratégias que devam compor o PS.

A motivação para o estudo surge da experiência vivenciada pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e no Departamento de Atenção Básica (DAB) de um município da Bahia. A partir de então, emerge a inquietação dos autores dessa pesquisa em conhecerem as Estratégias de Empoderamento (EdE) que compõem um PS.

O objetivo do estudo é descrever as EdE identificadas no PS (2014-2017) do município de Lauro de Freitas (BA). Espera-se que esse estudo seja relevante para que os atores

do SUS, principalmente gestores, conselheiros e militantes, reconheçam as EdE que frequentemente compõem um PS, permitindo a reflexão sobre o potencial empoderador de cada estratégia e sobre quais as EdE que podem ser priorizadas quando da construção de um PS, com vistas à expansão das ações de promoção da saúde e ao alcance de impactos positivos na situação de saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Segundo Minayo (2007) e Trivínos (2008), a metodologia refere-se às atividades sistemáticas e racionais, com o objetivo de apresentar, de forma clara e coesa, o caminho proposto para se alcançarem os objetivos da pesquisa, capaz de orientar a investigação científica e de direcionar os dados essenciais para realização da análise.

Tipo de estudo

O estudo caracteriza-se como do tipo exploratório, com análise documental e com abordagem qualitativa, que compõe uma pesquisa na modalidade “guarda-chuva”, intitulada *As diversas compreensões e estratégias direcionadas ao empoderamento dos sujeitos*. A pesquisa tem caráter exploratório por aproximar-se de determinado fato e por ter como finalidade esclarecer o problema estudado, através de vários métodos, incluindo a descrição dos fenômenos envolvidos no estudo (GIL, 1999).

Cenário do estudo

O campo empírico do estudo foi o município de Lauro de Freitas (BA), o qual possui uma população de 188.013 habitantes, distribuídos em 57 km², resultando em apro-

ximadamente 3.196 habitantes/km², pertencente à Região Metropolitana de Salvador (IBGE, 2014).

Os serviços de Atenção Básica (AB) do município são compostos por 15 USFs distribuídas em quatro distritos sanitários (Caji-Areia Branca, Itinga, Centro e Portão), totalizando 30 equipes de Saúde da Família (SF). Integra ainda o escopo de ações da AB o serviço para acolhimento e atendimento de usuários em situação de rua por meio da atuação de uma equipe multiprofissional do Consultório na Rua (CR).

Técnica de produção e análise dos dados

A análise documental é definida por Gil (1999) como técnica essencial para os estudos que utilizam dados secundários, por isso optou-se por tal técnica para realizar o levantamento das estratégias de empoderamento contidas no Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2014-2017.

O acesso ao referido OS foi possível no endereço eletrônico do Conselho Municipal de Saúde (CMS). A análise documental foi orientada por meio do roteiro sistemático, construído pelos autores, composto pela seção 1, destinada à análise dos elementos pré-textuais de cada documento; e pela seção 2, que resume a matriz de análise das EdE – apresentada na seção de *Resultados e Discussão*, como Quadro 1. Ao corroborar com Salci e colaboradores (2013) e Buss (2009), adota-se, nesse estudo, a concepção de que todas as EdE possuem potencial para promover a saúde; logo, todas as propostas e todas as diretrizes contidas nos documentos foram analisadas a partir do entendimento de promoção da saúde como a transformação dos determinantes e dos condicionantes do processo saúde-doença, através de contribuições da Socioantropologia e da Biopolítica.

Durante a construção do estado da arte sobre o tema, os autores dessa pesquisa identificaram, em diversos estudos, características relevantes para a análise das EdE. Tais características foram denominadas como analisadores das EdE e o seu conjunto compôs a matriz de análise utilizada para ordenar os dados, permitindo a análise e a inferência dos pesquisadores sobre cada estratégia contida nos documentos. A análise quantitativa se deu a partir de procedimento matemático simples, com uso de percentual estatístico para melhor descrição de cada analisador.

O primeiro analisador aborda a responsabilização/*accountability* da EdE, definido como a responsabilização dos agentes públicos perante os cidadãos, podendo assumir três modelos: 1) **vertical**, caracterizando-se por relações de controle e fiscalização de baixo (Sociedade Civil) para cima (Estado) ou vice-versa; 2) **horizontal**, onde há mutualidade nas relações, havendo autonomia e equilíbrio entre os poderes; 3) **societal**, desempenhada apenas pela sociedade por meio de mecanismos institucionalizados, como os conselhos e as conferências de saúde; ou não institucionalizados, como reivindicações à ouvidoria e manifestações públicas (O'DONNEL, 1998).

Partindo da concepção de Baquero (2012), a dimensão educativa ou política apresenta-se como o segundo analisador, distinguindo-se de acordo com os propósitos sociais e, conseqüentemente, modificando os objetivos das EdE. Apesar de corroborar com Baquero (2012), ao afirmar que tais dimensões são indissociáveis, buscou-se, pedagogicamente, apontar as principais características de cada dimensão a fim de facilitar a análise de cada EdE na matriz. A **dimensão educativa** é entendida como toda ação que envolve, prioritariamente, a experiência de vida dos sujeitos

e a transformação do saber, de modo a aproximar-se da dialogicidade proposta por Freire (2014). A **dimensão política** abrange as EEs que enfatizam as disputas de poder entre Estado e Sociedade Civil, com estratégias de articulação política partidária ou não, concentrando recursos financeiros consideráveis e exigindo uma participação social efetiva.

O terceiro analisador faz referência aos diferentes níveis de organização do empoderamento: o **nível individual**, que encontra fundamento na teoria salutogênica de Antonovsky (1979) e considera que as pessoas possuem potencialidades para ganhar conhecimento e controlar as forças pessoais (OLIVEIRA; COSTA, 2012), refere-se às condições de desenvolver habilidades pessoais e comportamentais, resultado da interação relacional com o ambiente e com as pessoas (BAQUERO, 2012); o **nível organizacional**, buscando o fortalecimento de determinada organização através da mobilização participativa de recursos, significa optar por decisões mais coletivas e horizontais nas organizações em termos de desburocratizar para melhores resultados na produtividade; **nível comunitário**, refere-se ao momento em que a estrutura das mudanças sociais e a estrutura sociopolítica estão em foco, envolvendo as pessoas de forma articulada diante de um grupo desfavorecido, em defesa dos seus interesses.

Para complementar a análise, embasado no arcabouço teórico de que as EdE são ferramentas para a promoção da saúde (SALCI et al., 2013), o último analisador busca classificar as estratégias de acordo com os campos de ação propostos pela Carta de Ottawa (1986):

- 1) Construindo Políticas Públicas Saudáveis (CPPS): Refere-se a todas as ações diretas e indiretas que envolvem o campo da saúde, abrangendo todas as ações intersetoriais, com abordagens complementares que incluem legislações, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais;
- 2) Criando Ambientes Favoráveis (CAF): Compreende as ações que possuem abordagem sociológica da saúde, prioriza a conservação dos recursos naturais, indica que o trabalho e o lazer devem ser fontes de saúde, atentando para os impactos que os recursos tecnológicos, o trabalho, a produção de energia e a urbanização causam sobre o processo saúde-doença;
- 3) Reforçando a Ação Comunitária (RAC): Esse campo de ação diz respeito às ações comunitárias, com fortalecimento do poder na comunidade e domínio dos seus próprios recursos humanos e materiais, o que requer um acesso contínuo a informações e apoio financeiro e social adequado;
- 4) Desenvolvendo Habilidades Pessoais (DHP): Acredita-se que as ações devam priorizar o desenvolvimento pessoal e social através da educação para a saúde e da intensificação das habilidades vitais, empoderando os sujeitos para a melhor condução do seu processo saúde-doença;

- 5) Reorientação dos Serviços de Saúde (RSS): Fundamenta suas ações no princípio da integralidade, requerendo mudança de atitude e organização dos serviços de saúde para focalizar as necessidades globais do sujeito, com respeito às peculiaridades culturais e ao fortalecimento da promoção da saúde.

De posse do documento, foi realizada a leitura exploratória, identificando todas as diretrizes contidas no PS e as propostas inseridas no Relatório Final da Conferência Municipal de Saúde (RFCMS) para posterior composição da matriz de análise. Ao pensar na melhor compreensão dos resultados, entende-se que os termos “diretriz” e “proposta” podem ser sinônimos de EdE, sendo este o termo adotado nessa pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da matriz de análise, foi possível compreender, minuciosamente, alguns aspectos intrínsecos às EdE, o que permitiu um aprofundamento teórico-prático sobre o *accountability*, a dimensão, o nível de organização e o campo de ação de cada EdE. No mais, encontrou-se um total de 15 EdE, com características semelhantes entre cada uma delas.

Descrevendo as EdE identificadas no plano municipal de saúde (2014-2017)

Destaca-se que, entre as EdE contidas no PS do município de Lauro de Freitas (2014-2017), prevaleceram as seguintes características: o *accountability* vertical, o desenvolvimento prioritário da dimensão educativa e do nível de organização do tipo organizacional, bem como o campo de

ação disposto a construir Políticas Públicas (PPs) saudáveis e a reorganizar os serviços de saúde.

O Quadro 1, a seguir, apresenta todas as EdE contidas no PS e seus respectivos analisadores.

(Continua)

ESTRATÉGIAS DE EMPODERAMENTO	ACCOUNTABILITY / RESPONSABILIZAÇÃO	DIMENSÕES		NÍVEIS DE ORGANIZAÇÃO			CAMPOS DE AÇÃO
		Educativa	Política	Individual	Organizacional	Comunitária	
1) Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde.	Vertical	X			X		CPPS
2) Reorganização da AB em consonância com princípios e diretrizes do SUS e com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), garantindo a promoção, prevenção, recuperação e integralidade da Saúde Bucal (SB).	Vertical		X		X		RSS
3) Promover a saúde integral das crianças e adolescentes atendendo às necessidades básicas.	Vertical	X			X		RSS
4) Garantia da Atenção Integral à Saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.	Horizontal	X			X		RSS
5) Promoção da atenção integral à saúde da mulher e implementação da Rede Cegonha.	Vertical		X		X		CPPS
6) Promover a melhoria do estado nutricional da população.	Horizontal	X		X			DHP

(Continuação)

ESTRATÉGIAS DE EMPODERAMENTO	ACCOUNTABILITY / RESPONSABILIZAÇÃO	DIMENSÕES		NÍVEIS DE ORGANIZAÇÃO			CAMPOS DE AÇÃO
		Educativa	Política	Individual	Organizacional	Comunitária	
7) Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências (RAU), com construção e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de Prontos-Socorros e Centrais de Regulação.	Vertical		X		X		CPPS
8) Fortalecimento da Rede de Saúde Mental (RSM), com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.	Vertical	X			X		CPPS
9) Promoção da saúde do trabalhador atendendo à Portaria da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) – 2437/2005.	Vertical	X			X		RSS
10) Implementar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS municipal.	Vertical		X		X		RSS
11) Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e Vigilância em Saúde.	Horizontal	X			X		CPPS

(Conclusão)

ESTRATÉGIAS DE EMPODERAMENTO	ACCOUNTABILITY / RESPONSABILIZAÇÃO	DIMENSÕES		NÍVEIS DE ORGANIZAÇÃO			CAMPOS DE AÇÃO
		Educativa	Política	Individual	Organizacional	Comunitária	
12) Interface dos serviços de saúde com instituições públicas e privadas de ensino, visando à troca de experiência, à formação de sujeitos que virão a atuar no setor de saúde, e implementar a política de formação, desenvolvimento e valorização do servidor da área de saúde.	Horizontal	X		X			DHP
13) Melhoria da infraestrutura das unidades de saúde, garantindo melhores condições de trabalho à equipe e conforto para os usuários.	Vertical		X		X		CAF
14) Fortalecer a gestão do Sistema Municipal no seu papel de líder das ações e serviços de saúde.	Vertical		X		X		CPPS
15) Fortalecimento da participação da sociedade na gestão do SUS.	Horizontal		X			X	RAC

Quadro 1 – Matriz de análise das EdE identificadas no Plano de Saúde do município de Lauro de Freitas, Bahia, 2014-2017

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto ao analisador *accountability*, dez das EdE (66%) foram classificadas como do tipo vertical e cinco delas (34%) como do tipo horizontal, o que pode representar uma centralidade na responsabilização do poder executivo para o desenvolvimento das estratégias, bem como dificuldade em reconhecer a potencialidade dos estabelecimentos comunitários para a promoção da saúde.

A EdE nº 08 – *Fortalecimento da Rede de Saúde Mental (RSM), com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas* – requer um intenso envolvimento da gestão municipal para o êxito de tal estratégia, podendo incluir o aumento do incremento financeiro para construção de novos estabelecimentos de saúde, a aquisição de novas terapêuticas, a definição de diretrizes norteadoras do processo de trabalho no município e o estímulo a articulações intersetoriais – fatores que justificam a classificação dessa estratégia como *accountability* vertical descendente.

Entende-se que as EdE podem ser compreendidas, pedagogicamente, por duas dimensões: a educativa e a política. O Quadro 1 demonstra que oito das EdE (53%) possuem finalidades que se aproximam da dimensão educativa, outras sete delas (47%) foram classificadas como pertencentes à dimensão política. Cabe ressaltar que as EdE podem apresentar características relevantes para classificá-las tanto na dimensão política quanto na dimensão educativa (BAQUERO, 2012).

Parte-se da concepção de que todo ato educativo, de transformação do saber, desperta os sujeitos para a melhor compreensão das estratégias e dos posicionamentos políticos disparados pelo Estado. Na interface entre dimensão política e dimensão educativa, acredita-se que aquela pode ser indutora de processos educativos, de modo a valorizar

o conceito de práxis, assegurando o contato com a prática das estratégias assumidas pelo Estado e, *a posteriori*, a despertar a busca pelo conhecimento.

A análise das EdE quanto ao nível de organização deve se dar na etapa de desenvolvimento da estratégia, sendo norteadas pelos recursos pedagógicos utilizados, pelos atores sociais e pelo jogo de interesses envolvido. Algumas EdE foram classificadas como do tipo organizacional, talvez por estarem condicionadas ao incentivo financeiro e aos documentos legais que devem ser expedidos pela gestão municipal de saúde, como, por exemplo, a EdE nº 2: *Reorganização da AB com a PNSB, garantindo a promoção, prevenção, recuperação e integralidade da SB*; o que requer recursos financeiros para ampliar os serviços de atenção à SB tanto na Atenção Primária (AP) quanto em nível secundário e terciário. A abrangência da estratégia capaz de promover, prevenir, recuperar e alcançar a integralidade orienta para o amplo compromisso dos atores em desenvolvê-la; contudo, acredita-se que a organização de tal processo deve ser direcionada pelo organismo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O diálogo entre o nível de organização, o tipo organizacional e a dificuldade em realizar uma gestão municipal de saúde participativa *accountability* vertical (descendente) permite inferir sobre a e corresponsável, com o envolvimento da sociedade civil.

Por outro lado, Vieira (2009) afirma que a ascendência do planejamento e do orçamento do SUS para a elaboração dos PSs assegura uma perspectiva de construção das políticas de saúde a partir das necessidades locais, compreendendo o contexto cultural, econômico, social, histórico e incluindo as ações interpessoais que também

devem compor o PS. As diretrizes na perspectiva do *accountability* vertical descendente e com nível de construção organizacional direcionam o entendimento de que a gestão municipal possui livre autonomia nos processos decisórios, permanecendo a sociedade civil às margens da situação, caracterizando uma gestão pouco transparente e com limites na participação social.

Como nível de organização comunitária, a diretriz *Fortalecimento da participação da sociedade na gestão do SUS* requer a plena participação da população nos espaços de gestão. Além dos órgãos colegiados como conselhos e conferências de saúde, a participação da sociedade pode se dar pelo próprio sujeito individual; contudo, a organização comunitária foca as suas estratégias na transformação da estrutura sociopolítica e nas mudanças sociais, para tanto exige objetivos coletivos bem consolidados (BAQUERO, 2012).

A descrição percentual, segundo o último analisador dos campos de ação propostos pela Carta de Ottawa (1986), apresentou seis das EdE (40%) como CPPS; cinco como capazes de RSS (33,3%); duas reunindo condições de DHP (13,3%); aos campos de ação RAC e CAF (duas) correspondendo cada uma a 6,7%.

A associação entre construir PPs saudáveis e reorientar os serviços de saúde responde por boa parte das EdE contidas no PS, indicando a real necessidade de se investir em novas concepções e ideologias a respeito do modo de se conduzir as PPs no município de Lauro de Freitas (BA).

A análise das EdE agrupadas nesses dois campos de atuação aponta para a priorização na expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo as equipes de SB, para a reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS),

com ênfase nos serviços de vigilância à saúde, de urgência e emergência, na linha de cuidado materno-infantil e de Saúde Mental (SM). As prioridades citadas anteriormente podem ser fundamentais para a CPPS e para a RSS, contudo cabe definir a melhor metodologia para a continuidade de um processo de gestão participativa e intersetorial.

As EdE, entendidas como métodos para alcance da RSS, baseiam-se a etapa da execução na dimensão micropolítica do processo de trabalho em saúde (FRANCO; MERHY, 2012). A EdE intitulada *Garantia da Atenção Integral à Saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção* trata da reorientação do modo de agir tanto dos gestores municipais quanto dos trabalhadores de saúde, os quais reúnem potencialidades para atuarem conforme os princípios da integralidade, da universalidade, da equidade e da participação social; bem como, para promoverem o envelhecimento ativo e saudável, a assistência integral em SB, em saúde do trabalhador e para grupos específicos (como crianças e adolescentes).

Esse cenário aponta para uma viabilidade positiva de RSS no município, partindo do pressuposto de que todo o PS tenha sido construído participativamente, com consentimento de trabalhadores, gestores e usuários do SUS, atores esses que são responsáveis pela implementação da EdE. Pela análise do quadro anterior, acredita-se que as estratégias pensadas para a RSS requerem um baixo custo financeiro para a sua efetividade, considerando que os saberes dos profissionais de saúde explorando o uso das tecnologias leves junto aos usuários podem ser fundamentais para o sucesso da RSS (FRANCO; MERHY, 2012).

A diretriz *Implementar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS municipal* destaca-se como uma EdE que requer maior custo financeiro para sua execução. Essa característica direciona para a responsabilização dos gestores municipais em investirem na implementação da assistência farmacêutica, justificando o *accountability* vertical do Estado para a sociedade. Cabem ainda suposições quanto à dimensão da EdE referida, explorando a dimensão educativa ao considerar o modo participativo-dialógico e o protagonismo dos sujeitos no instante de escolha e oferta dos medicamentos e insumos no SUS.

Ênfase também pode ser atribuída à dimensão política, considerando que as etapas de aquisição, armazenamento, transporte e distribuição dos medicamentos e insumos envolvem investimentos financeiros elevados, tão relevantes quanto à essencialidade da assistência farmacêutica para o sucesso da terapêutica prescrita. Tais condições, associadas ao cenário da escassez de medicamentos e insumos, direcionam os sujeitos a manterem vigilância sobre as ações do Estado, lançando mão de articulação política e comunitária em prol da continuidade da assistência farmacêutica e do direito à Saúde (SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012).

O Quadro 1 ainda apresenta duas perspectivas distintas quanto à *accountability* das EdE classificadas como DHP, diferenciando-se quanto ao protagonismo de desenvolver as habilidades pessoais. A EdE *Promover a melhoria do estado nutricional da população do município* foi classificada com nível de organização individual e *accountability* horizontal, justificada por envolver o desenvolvimento de diferentes modos comportamentais, com destaque para o cuidado relacional entre profissional de saúde-sujeito-comunidade, com mutualidade nas ações e relevância do

papel de cada ator envolvido. Nesse cenário, entende-se que é fundamental o equilíbrio nas relações, salvaguardando o protagonismo do sujeito defronte aos aspectos socioeconômicos e culturais que vão determinar a EdE.

Os métodos pedagógicos que orientam as estratégias de empoderamento com nível de organização individual devem basear-se na teoria salutogênica, proposta por Antonovsky (1979), que tem por finalidade compreender as potencialidades das pessoas para o não adoecimento. O pensamento salutogênico parte do pressuposto de que toda pessoa possui potencialidades para promover saúde, evocando sua capacidade de superação, de se recuperar das adversidades e de mobilizar recursos diante de uma situação de vulnerabilidade (ANTONOVSKY, 1979).

A décima segunda EdE, apresentada no Quadro 1, também classificada como DHP, possui uma interface relevante no protagonismo dos profissionais de saúde. A descrição da estratégia aponta para uma ação do gestor municipal de saúde para a busca da articulação com entidades públicas e privadas em prol da transformação do saber dos profissionais de saúde. No mais, explicita uma EdE voltada para a organização dos serviços de saúde e para a otimização do processo de trabalho em parceria com as instituições de ensino.

Metodologicamente, tal estratégia pode ser analisada em dois momentos: 1) Da implantação, com *accountability* vertical, dimensão política, campo de atuação referente à RSS e responsabilização do gestor municipal em realizar as parcerias com as instituições de ensino, mobilizando recursos e consequente fortalecimento organizacional; 2) Da execução, apontando para o *accountability* horizontal entre profissionais de saúde e instituições de ensino, com

característica da dimensão educativa, do nível de organização individual e do campo de atuação DHP. Adota-se, nesse estudo, o momento da execução para a análise dessa EdE.

Cabe problematizar a classificação da diretriz de nº 13 – *Melhoria da infraestrutura das unidades de saúde, garantindo melhores condições de trabalho para a equipe de saúde e conforto para os usuários* – quanto ao seu campo de ação segundo a Carta de Ottawa (1986). A diretriz que propõe a melhora na infraestrutura das Unidades de Saúde (USs) pode ser classificada como CAF, se assim o gestor municipal sensibilizar-se para a construção, reforma ou ampliação das USs a partir da abordagem socioecológica da saúde. Qualquer melhora no espaço físico das USs é de ordem fundamental, desde que, ao mesmo tempo, seja realizada uma análise de viabilidade favorável à manutenção dos recursos naturais e à proteção do meio ambiente.

Dependente dos modos de atuação dos atores sociais, a EdE de *Fortalecimento da participação da sociedade na gestão do SUS*, apesar de estar classificada nesse estudo como condições de *Reforçar a Ação Comunitária*, somente poderá ser entendida dessa forma com a condição de, na prática cotidiana, os conselheiros de saúde superarem o profissionalismo de serem conselheiros, a crise da representatividade social, e modificarem o pensamento de conselhos como órgãos unicamente homologadores, entre outros fatores que limitam a participação da sociedade (ESPERIDIÃO, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As EdE identificadas no PS (2014-2017) do município de Lauro de Freitas (BA) possuem potencial empoderador, desde que a sua implementação seja orientada pelo método

dialógico de produzir práticas de saúde. Aqui reside um dos limites do estudo, atribuído à baixa capacidade analítica da técnica de coleta de dados utilizada; portanto, o estudo não reúne subsídios para inferir sobre as tecnologias relacionais utilizadas quando da implementação das EdE, muito menos sobre as disputas de poder e a articulação política inerente à relação Estado e Sociedade Civil.

Apesar das limitações, pôde-se inferir que a elaboração do planejamento em saúde e a responsabilização por suas diretrizes pouco incorporam os sujeitos e a comunidade como atores, protagonistas e corresponsáveis pela situação de saúde do município. Com efeito, a concepção de empoderamento adotada nesse estudo difere, em alguns aspectos, sobre as EdE descritas como resultados. Trata-se de um PS que se aproxima de um modelo de atenção à saúde biomédico, com ênfase na cura e na reabilitação do adoecimento, o que contrapõe a ideia de estimular sujeitos à emancipação, à intersubjetividade inventiva de novas práticas de saúde entre profissionais de saúde, gestores e usuários.

Nesse particular, o estudo permitiu compreender o quanto tal instrumento de gestão analisado representa o modelo de atenção e os modos de gerir a saúde de um município. Espera-se que as evidências apontadas aqui induzam reflexões aos principais atores do SUS quanto à relevância do PS, de modo a analisar a representação fidedigna da situação de saúde durante o diagnóstico territorial, o acompanhamento proximal dos responsáveis por cada EdE e o grau de impacto que tais estratégias representam no viver dos sujeitos.

Ainda assim, apontam-se lacunas no conhecimento após intensa investigação, cabendo avançar em novas

inquietações sobre a intersubjetividade que permeia as arenas decisórias da gestão do SUS e analisar o impacto das EdE no projeto de vida dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ANTONOVSKY, Aaron. **Health, stress and coping**. London: Jossey-Bass, 1979.

BAQUERO, Rute Vivian Angelo. Empoderamento: instrumento de emancipação social?: uma discussão conceitual. **Revista Debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 173-187, jan./abr. 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção em Saúde**. Ottawa, nov. de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Controle social do SUS: conselhos e conferências de saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 245-259.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus: Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 54. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

HOROCHOVSKI, Rodrigo Rossi. Empoderamento: definições e aplicações. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 30., Caxambú, 2006. **Anais...** Caxambú, MG: ANPOCS, 2006. Disponível em: <<http://anpocs.org/index.php/papers-30-encontro/gt-26/gt18-22/3405-rhorochovski-emponderamento/file>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=>>. Acesso em: 16 jul. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; FLÓRIO, Solange Maria Ribeiro. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2123-2134, dez. 2009.

MATUS, Carlos. **O líder sem estado-maior**. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

O'DONNELL, Guillermo. *Accountability* horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 44, p. 27-54, 1998.

OLIVEIRA, Clara Costa; COSTA, Ana Lúcia. Viver o estado terminal de um familiar: leitura salutogénica de resultados de um estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 698-709, 2012.

SALCI, Maria Aparaceida et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, jan./mar. 2013.

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

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.

SILVA JÚNIOR, Eugênio Bispo da; NUNES, Luciana Macatrão Nogueira. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE).

Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, Santo André, v. 37, n. 2, p. 65-69, maio/ago. 2012.

TESTA, Mario. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 2008.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, 2009.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

SOBRE OS AUTORES

Ana Carolina Cerqueira Medrado

Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da UFBA. Especialista em Saúde Mental na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduada em Psicologia pela Universidade Salvador (UNIFACS). Atuou como Psicóloga em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Foi professora substituta na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7282056444777900>

E-mail: accm100@yahoo.com.br

Ana Valéria Souza Soares

Especialista em Saúde da Família na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduada em Enfermagem (UNEB).

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6085146049183496>

E-mail: aninhass_1818@hotmail.com

Andréa Broch Siqueira Lusquinhos Lessa

Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Especialista em Unidade de Terapia Neonatal e Pediátrica pelo Instituto Mantenedor de Ensino Superior

da Bahia (IMES). Especialista em Clínica da Dor pela Universidade Salvador (UNIFACS). Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Professora temporária na Escola de Enfermagem da UFBA, onde ministra o componente curricular Enfermagem no Cuidado a Saúde da Criança e do Adolescente. Tutora no Curso de Extensão sobre Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme, modalidade EAD, pelo Instituto de Saúde Coletiva (UFBA). Foi professora substituta no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), atuando na graduação.

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2987150976196123>

E-mail: andrea.broch@yahoo.com.br

Ângela Cristina Fagundes Góes

Mestra em Família na Sociedade Contemporânea pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atua na docência superior desde 1990. Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), ministrando disciplinas na graduação e na pós-graduação. Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde – COREMU/UNEB. Coordenadora do Programa de Pós-graduação na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde do Departamento de Ciências da Vida – Campus I da UNEB. Coordenadora e Tutora no Núcleo Saúde da Família do referido Programa de Pós-graduação. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação, Gestão e Cuidado em Saúde - GEPECS/CNPq e do Grupo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva/CNPq. Coordenou o Curso de Graduação em Enfermagem do

Departamento de Ciência da Vida do Campus I da UNEB por quatro anos consecutivos. Atuou como enfermeira na área Clínica pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB e na área de Saúde Coletiva pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Como docente, ministrou disciplinas teóricas e práticas em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Urgência e Emergência, Fundamentos de Enfermagem, Exercício Profissional, Metodologia da Pesquisa Científica e, atualmente, História da Enfermagem, Educação em Saúde e Programa de Integração Academia Serviço e Comunidade (PIASC).

C.Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9874502857368888>

E-mail: agoes@uneb.br

Camila Oliveira Araújo

Especialista em Saúde da Família na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Foi Apoiadora Institucional no município de Vera Cruz (BA). Desenvolveu atividades assistenciais como odontóloga na Unidade de Saúde da Família de Cacha Pregos, município de Vera Cruz (BA). Atualmente cursa a Residência Multiprofissional em Planejamento e Gestão em Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9514959067995242>

E-mail: camila.odontoufba@hotmail.com

Catarina Prado Sakai

Mestranda em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Especialista em Saúde Mental na modalidade de Residência

Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pesquisadora nas áreas de Epidemiologia, Saúde Mental e Desenvolvimento Infantil. Experiência profissional no Sistema Único de Saúde, Rede de Atenção Psicossocial, Manejo na Clínica de Álcool e outras Drogas e Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/BA) no atendimento à mulher em situação de violência.

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3408016204406233>

E-mail: sakaicatarina@gmail.com

Cibele Nascimento dos Santos

Especialista em Saúde Mental na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Especialista em Desenvolvimento Infantil e seus Transtornos pela Faculdade Social da Bahia. Graduada em Terapeuta Ocupacional pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Atualmente, atua como terapeuta ocupacional no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES/UFBA) e na Secretaria Municipal de Promoção Social, Esporte e Combate à Pobreza (SEMPs/Prefeitura de Salvador). Foi terapeuta ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad - Gregório de Matos) em Salvador - BA.

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6076560629452888>

E-mail: cibelecns@hotmail.com

Diego Rangel dos Anjos Prata

Especialista em Saúde da Família na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduado em Farmácia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atua como Apoiador Institucional,

referência para a macrorregião Sudoeste, na Diretoria de Atenção Básica da Secretária da Saúde do Estado da Bahia (DAB/SESAB). Possui experiência profissional como Farmacêutico e como Gerente Farmacêutico em Drogarias. Co-autor do 2º Boletim Informativo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), elaborado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS). Colaborador no Manual para os Novos Gestores: conhecendo a Atenção Básica - 2ª edição, elaborado pela DAB/SESAB.

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4432670713572939>

E-mail: dj_prata@yahoo.com.br

Juliana Jesus Baião

Especialista em Saúde Mental na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE). Pesquisadora participante do Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde Mental (GEPISM) da Universidade Federal de São Paulo.

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2956325977454521>

E-mail: julybaiao@hotmail.com

Juliana Laurentino Rosas

Especialista em Saúde da Família na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Atua como enfermeira assistencial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE UFPel).

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3290885345292127>

E-mail: jullie15@msn.com

Maricarla Barbosa Cordeiro

Especialista em Saúde da Família na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atuou na Pesquisa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) pelo Instituto de Saúde coletiva da UFBA. Atualmente, exerce atividades como Assistente de Pesquisa no Projeto ELSA BRASIL.

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0767375193135302>

E-mail: maricarlabc@hotmail.com

Milena de Almeida Souza

Especialista em Saúde Mental na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduada em Fisioterapia pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL).

C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3370754496190550>

E-mail: milacaf@yahoo.com.br

Patrícia Sodré Araújo

Doutora em Saúde Pública com concentração em Planejamento e Gestão em Serviços de Saúde. Mestra em Saúde Comunitária, concentração em Ciências Sociais em Saúde, ambos pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela Faculdade Católica de Ciências Econômicas da Bahia (FACCEBA). Graduada em Farmácia (UFBA). Professora Assistente do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), ministrando disciplinas na graduação e na pós-graduação. Tutora no

Núcleo Saúde da Família do Programa de Pós-graduação na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde do Departamento de Ciências da Vida – Campus I da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Atua como farmacêutica na Coordenação de Assistência Farmacêutica Especializada (CEAF/DASF/SAFTEC) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Foi Coordenadora do Núcleo Saúde Mental do referido Programa de Pós-graduação. Pesquisadora no Programa Integrado de Pesquisa, Ensino e Cooperação Técnica em Vigilância Sanitária do ISC/UFBA, desenvolvendo pesquisas com ênfase em Políticas de Saúde, Assistência Farmacêutica, Atenção Farmacêutica e Saúde Mental. Como docente, ministra disciplina na área de Saúde Coletiva, com ênfase em assistência farmacêutica, política de medicamentos e atenção farmacêutica, saúde e sociedade, políticas de saúde e estudos socioantropológicos.
C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9379976110089795>
E-mail: psaraujo@uneb.br

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale

Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Especialista em Saúde da Família na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduado em Enfermagem pela UEFS. Tutor no Núcleo Saúde da Família do Programa de Pós-graduação na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde do Departamento de Ciências da Vida – Campus I da UNEB. Professor Substituto do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), atuando na graduação. Pesquisador do Grupo de Pesquisa COGITARE - Pesquisas sobre corpo, gênero, representações e práticas de cuidado,

desenvolvendo pesquisas sobre a família e seus arranjos, a experiência do adoecimento, representações sociais do adoecimento e controle social no Sistema Único de Saúde. Atuou como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família e Coordenador da Atenção Básica do Município de Ipirá (BA).
C.Lattes:<http://lattes.cnpq.br/5398074306220681>
E-mail: falcaoenfermeiro@gmail.com

Taiane Cerqueira Borba

Especialista em Saúde Mental na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Atualmente atua como enfermeira de saúde mental no Hospital Universitário Professor Edgar Santos – HUPES/UFBA.
C. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1141349762386674>
E-mail: taianeborba@hotmail.com

Formato: 150 x 210 mm
Fonte: Verdana
Miolo: Off Set, 90 g/m²
Capa: papel Supremo, 300 g/m²
Impressão: dezembro 2017
Gráfica CIAN

SOBRE OS ORGANIZADORES

Ângela Cristina Fagundes Góes

Enfermeira, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); Mestra em Família na Sociedade Contemporânea, pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL) e Especialista em Saúde Pública, pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP).

Patrícia Sodré Araújo

Farmacêutica, pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); Doutora em Saúde Pública com ênfase em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde e Mestra em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC).

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale

Enfermeiro, pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); Especialista em Saúde da Família no formato de Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Esta obra trata de temas em diferentes perspectivas, desde o cuidado até a gestão em saúde. É destinada a pesquisadores, trabalhadores, gestores e estudantes da área de saúde em geral. Reune trabalhos originais na área de Saúde Mental e Atenção Básica. A proposta desta produção bibliográfica é apresentar temas do cotidiano das ações de saúde entre os que atuam e pesquisam sobre esses temas.



www.edunec.unecb.br

