

Residência Multiprofissional no SUS: Formação e a produção de saúde

Organizadores

Aline Zeller Branchi
Elisandro Rodrigues
Thaiani Farias de Castilhos

Aline Zeller Branchi

Leitura Final

Isadora Annes Bitencourt

Arte da Capa

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.
2020

@2020 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Direitos reservados desta edição: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Grupo Hospitalar Conceição
Diretoria

Diretor-Presidente:
Cláudio da Silva Oliveira
Diretor Técnico:
Francisco Antônio Zancan Paz

Gerência de Ensino e Pesquisa
Cléber Verona

Coordenação da Gerência de Ensino e Pesquisa
Abrahão Assein Arus Neto

Conselho Científico

Ananyr Porto Fajardo
Fernando Anshau
Luciane Kopittke
Marta Orofino

B823r Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa

Residência Multiprofissional no SUS: Formação e a produção de saúde / organização de Aline Zeller Branchi, Elisandro Rodrigues, Thaiani Farias de Castilhos. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2020. 242 p.: 22cm.

ISBN 978-65-87505-01-5

1. Residência Multiprofissional em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Formação. 4. Produção de Saúde. I. Branchi, Aline Zeller, Org. II. Rodrigues, Elisandro, Org. III. Castilhos, Thaiani Farias de, Org. IV. Título

CDU 614(81):378.24

Catalogação elaborada por Luciane Berto Benedetti, CRB 10/1458.

Dados técnicos do Livro
Fonte: Century Gothic
Papel: Polén 80g (Miolo), Supremo 250g (capa)
Medidas: 15,5x22cm

Porto Alegre, 2020

Sumário

Apresentação.....	7
Thaiani Farias de Castilhos	
O desejo de orientar(-se) (n)o trabalho de outrem.....	10
Ananyr Porto Fajardo Elisandro Rodrigues	
Fazendo arte: Espaço para a promoção de autonomia na Atenção Básica à Saúde.....	13
Bruna Aparecida Kapper Evelise Rigoni de Faria Luciana Rodriguez Barone	
Nosso bebê tem sífilis congênita, e agora?.....	28
Camila Bonalume Dall' Aqua Gregório Corrêa Patuzzi Renata Pekelman	
Representações de educação em saúde: Emaranhados de desenhos e perspectivas de profissionais da Atenção Básica.....	41
Cássio Andrade Machado Lilian Alves Schmitt Luciano Bedin da Costa Caren Bavaresco	
Fonoaudiologia na Atenção Básica: Possíveis interfaces para o cuidado de idosos com Parkinson.....	55
Elisandra dos Santos Soares Ananyr Porto Fajardo	
Brincar é coisa séria: A clínica da infância através do brincar no Caps i Pandorga.....	66
Fernanda Mantese Paul Marta Orofino	
Crack na gestação: Consequências no crescimento/ desenvolvimento para o adolescente e adulto jovem.....	82
Francine Moraes da Silva Margaret Ivanir Schneider Alex Antônio Dumann da Cunha	
Atuação dos residentes em Saúde da Família no Programa Saúde na Escola (PSE): Análise de uma experiência de aprendizagens.....	96
Helena Weschenfelder Corrêa Ramona Fernanda Ceriotti Toassi Luciana Bitello Firmino	

Produção de um novo formato de acesso em Atenção Primária em Saúde: Percepções de seus usuários.....107

Karoline Farinha Cassuriaga

Circe Maria Jandrey

Proteínas e RNAs não-codificantes plasmáticos como biomarcadores pré-clínicos de morbidades do envelhecimento no âmbito da Atenção Primária à Saúde.....118

Killian Colombo

Márcio Neres dos Santos

Registro do processo de enfermagem e percepção das(os) enfermeiras(os) sobre sua prática na atenção às pessoas com tuberculose em um serviço de Atenção Primária à Saúde.....133

Luana Gularte Barbosa

Sandra Rejane Soares Ferreira

Aline Iara de Sousa

Escutando mulheres: questionamentos oriundos da psicologia na saúde pública.....145

Marina Haase da Costa Franco

Ananyr Porto Fajardo

Eliana Dable de Mello

Escutamos pessoas e... um território!.....162

Mateus Augusto Pellens Baldissera

Eliana Dable de Mello

Fabiana Schneider

Associação entre insegurança alimentar e padrão alimentar no território de uma Estratégia de Saúde da Família.....179

Núbia Rafaella Soares Moreira Torres

Natália Miranda Jung

Lena Azeredo de Lima

A Meditação na promoção do cuidado integral em saúde: A experiência de um grupo.....193

Pâmela Luiza Rezer de Freitas

Renata Pekelman

Ana Lúcia Valdez Poletto

Força muscular respiratória, periférica e mobilidade do paciente traqueostomizado em Unidade de Terapia Intensiva.....205

Raquel Bortoluzzi Bertazzo

Gabriela Nascimento

Mariluce Anderle

Fabiana Chaise

Jaqueline Fink

Reabilitação bucal por meio de enxerto ósseo alveolar secundário em um paciente com fissura labiopalatina – Um relato de caso.....216

Roberta da Silva Brito Arguello

Primo Guilherme Pasqual

Giuliano Henrique Miao Luchi

Sexualidade masculina: Relatos produzidos em um grupo de homens no contexto da Atenção Primária.....225

Cezar Prado Miranda (in memoriam)

Evelise Rigoni de Faria

Sobre os autores.....239

APRESENTAÇÃO

Thaiani Farias de Castilhos

Quando vim para a equipe da Residência Multiprofissional do GHC a frase que mais ouvi foi “cuidado, não é fácil aguentar esse rojão”. E por quê? Porque fazer formação no e para o SUS não é tarefa simples, daquelas que se faz à toa, de olhos fechados e mente distraída. Construir possibilidades de formação desde o cotidiano dos serviços de saúde no Brasil requer, além de muita perseverança, uma boa dose de paciência e, por que não, teimosia.

Forjar-se trabalhador do SUS é uma das escolhas mais difíceis, porque escolhe-se não ser apenas um funcionário de uma instituição, mas protagonista na construção diária de um sistema de saúde que se propõe a grandiosidades. Ser universal, integral, equânime e democrático, num país do tamanho do Brasil, requer uma imensa capacidade de construir redes e de estar continuamente em formação. É neste contexto que as residências em saúde surgem: com a promessa de formar trabalhadores imbuídos deste espírito, altamente identificados com os princípios norteadores deste sistema de saúde que é único em sua experiência. Daí emerge o desafio: a grandiosidade evidencia as contradições, os limites e as impossibilidades.

“Eu queria querer-te amar o amor
Construir-nos dulcíssima prisão
Encontrar a mais justa adequação
Tudo métrica e rima e nunca dor
Mas a vida é real e de viés
E vê só que cilada o amor me armou
Eu te quero (e não queres) como sou
Não te quero (e não queres) como és”

Formar trabalhadores no e para o SUS é deparar-se constantemente com o contraditório, com os limites impostos pela dificuldade de construir um sistema de saúde que muitas vezes coloca em xeque nossos modos de nos relacionarmos em sociedade: *a vida é real e de viés...* A residência desestabiliza, desacomoda e, por vezes, até incomoda. O residente vem para os programas de residência multiprofissional buscando qualificar-se e – eventualmente – mudar o mundo. Encontra trabalhadores mais e menos identificados com esta missão, serviços de saúde mais e menos alinhados com as políticas públicas construídas e idealizadas, mais e menos dispostos a aprender e ensinar: *vê só que cilada o amor me armou...*

É nesse encontro múltiplo e improvável que acontece a formação em serviço. Residentes que, na maioria, chegam direto das Universidades, cheios de conhecimentos

na cabeça, encontram comunidades e serviços de saúde calejados pelos desafios de fazer saúde. Aprender colocando a mão na massa, aprender fazendo e sendo. A presença do residente, por si só, provoca, traz o estranhamento e possibilita abertura para a revisão de práticas e, quiçá, teorias. As equipes se desacomodam, se sentem questionadas e questionam. Perguntas que possibilitam mudanças e aberturas aos movimentos. E tudo isso só se torna possível a partir dos afetos que aí se constroem. Formação em serviço, assim, é formar-se e deformar-se desde os afetos e as afetações que o cotidiano possibilita. É tomar a saúde como resultado de uma relação: consigo mesmo, com o outro, com o contexto.

"O queres e o estares sempre a fim
Do que em mim é de mim tão desigual
Faz-me querer-te bem, querer-te mal
Bem a ti, mal ao queres assim
Infinitivamente pessoal
E eu querendo querer-te sem ter fim
E, querendo-te, aprender o total
Do querer que há e do que não há em mim"

A verdade e a ciência não estão dadas, o saber não está pronto. E se é na relação com o outro, na troca, que construímos saberes, saúde e forjamos profissionais para o SUS, é através da pesquisa que damos formas às experiências e compartilhamos com o mundo. A relação da pesquisa com a formação em serviço passa pela possibilidade de construir novas teorias, novos saberes, novos conceitos advindos do que há de mais precioso para a saúde: as relações de troca, *infinitivamente pessoal*.

O olhar curioso, contestador, que não se conforma... A pesquisa na formação em serviço permite estranhar o que se vê. A curiosidade somada ao desejo de mudar, de qualificar, permite que os residentes se lancem na tarefa de desvendar mistérios, de revisar teorias e, principalmente, de criar. *Querendo sem ter fim, aprender o total do querer que há e do que não há*: possibilidades de, desde o cotidiano mais desafiador, produzir pesquisa, ciência, a partir das afetações produzidas em si, na relação com o outro e com o sistema de saúde.

O Grupo Hospitalar Conceição é a maior rede pública de hospitais do sul do Brasil, com atendimento 100% SUS. É neste contexto, e com muito orgulho dele, que produzimos pesquisa a partir da formação em serviço, evidenciando, a cada dia ao longo desses mais de 16 anos de história, que a Residência Multiprofissional em Saúde é potente e tem muito a contribuir na busca de um sistema de saúde cada vez mais universal, integral e equânime. Este livro - *Bruta flor do querer* – compartilha 17 textos oriundos de Trabalhos de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo

Hospitalar Conceição, produzidos entre 2014 e 2020, todos sob a orientação de trabalhadores de instituição. Cada texto mostra parte da caminhada de cada residente, mostrando a marca que deixaram nos serviços por onde passaram: sua inscrição no Sistema Único de Saúde. É com imensa alegria que, agora, compartilhamos com todos!

Referência: “O quereres”, Caetano Veloso, 1984.

O DESEJO DE ORIENTAR(-SE) (N)O TRABALHO DE OUTREM

Elisandro Rodrigues
Ananyr Porto Fajardo

Orientar um percurso de escrita, leitura e pesquisa no desenvolvimento do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) é, sobretudo, escutar os desejos que perpassam as vivências de dois anos de formação em serviço dos residentes e acompanhar a caminhada. Também passa pelo desejo daqueles com mais experiência, seja em termos conceituais, metodológicos ou práticos, de contribuir na coautoria das descobertas que vão ocorrendo. Os três dispositivos – escrever, ler, pesquisar (e outros elementos que compõem o todo investigativo) – se dão de maneira não hierárquica, em intersecção no tempo e no espaço. Trata-se um processo de ir e vir, com encontros e dificuldades singulares, amparados com os conceitos de ética e bioética que orientam o trabalho em saúde.

Poderíamos dizer que a orientação de um trabalho de conclusão está associada a uma geografia do pensamento, a uma determinação dos pontos de encontro com o pensamento e o fazer a partir do lugar ocupado por alguém, lugar este que pode ter sido definido por um núcleo profissional ou um campo de atuação, mas também por convicções e visões de mundo.

A cada ano somos convocados a pensar em temáticas de pesquisa, trazidas pelos residentes, que fazem com que olhemos de outro modo os problemas que se agenciam e que, por vezes, inquietam nossos fazeres cotidianos, é dessa forma que se dão os encontros entre orientador e orientando. Ser orientador nos coloca em regimes de atenção para pensar os cotidianos do trabalho nos diferentes âmbitos onde eles e nós atuamos. Leitura e escrita são imprescindíveis no desenvolvimento das produções, seja na forma de pesquisa, de intervenção ou de cunho reflexivo, seja como um trabalho formatado clássico ou de caráter artístico. Não há como escapar de ler, pensar e escrever. Isto é especialmente necessário para valorizar o que já está no mundo e quem o concebeu de alguma maneira.

Por falar nisso, nenhum texto nasce pronto. Partimos de um começo, em geral trazido pelo residente – ideias rabiscadas, anotações rápidas, referências colhidas na experimentação do pensamento. Daí seguimos para organizar a composição e a parceria orientador/a-orientando/a, sujeitos que precisam escutar-se mutuamente com todos os sentidos em alerta. Com isto, o ímpeto inicial de investigar um todo imensamente

complexo vai sendo burilado em refinamento do foco para aproximação com o problema de interesse e, possivelmente, com alguma hipótese prévia oriunda da própria experiência de vida do residente quando graduando, egresso, jovem profissional, usuário do SUS, cidadão.

O ambiente onde esta relação ocorre nem sempre é calmo, considerado apropriado à reflexão em silêncio. Orientamos junto a pacientes, grupos terapêuticos, na emergência, em sala cirúrgica, em reuniões com a comunidade. Podemos estar em meio a uma pandemia ou após algum desastre natural, mas também orientamos em tempos de celebração e de rotina. Com isso, há que se ter paciência com as atribuições cotidianas que muitas vezes resultam em reagendamentos sucessivos dos encontros.

Nada disso impede a continuidade da pesquisa; ao contrário, esta vivência do coletivo é que a anima. Interrogar-se sobre o cotidiano é a alma da pesquisa, tentar percebê-la com outros olhares e a distintas distâncias. Afinal, o papel de quem orienta é multifacetado, pois acolhe demandas extra pesquisa que exigem, também, estudo do orientador e otimização do exíguo tempo dedicado a este segmento da formação em residência multiprofissional em saúde.

E quem poderia nos ajudar a orientar? Alguns autores e autores nos acompanham neste labor. Por exemplo,

CEP GHC -

BIANCHETTI, Lucídio; MACHADO, Ana Maria Netto (Org.). *Bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação de teses e dissertações*. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez, 2002.

COWAN, James. *O sonho do cartógrafo: meditações de Fra Mauro na corte de Veneza do século XVI*. Tradução de Maria de Lourdes Reis Menegale. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

DAMICO, José Geraldo Soares. *Escrever e orientar na pós-graduação: aventuras da transmissão*. *Correio APPOA*, Porto Alegre, n. 258, ago. de 2016.

DINIZ, Debora. *Carta de uma orientadora: o primeiro projeto de pesquisa*. Brasília: Letras Livres, 2012.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Escrita acadêmica: a arte de assinar o que se lê. In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel Edelweiss (Org.). *Caminhos investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

GARCIA, Marília. *Câmara lenta*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

JAFFE, Noemi. *Livro dos começos*. São Paulo: Cosac Naify, 2016.

MACHADO, Leila Domingues; ALMEIDA, Laura Paste de. Notas sobre escrever (n)uma vida. In: CALLAI, Cristiana; RIBETTO, Anelice (Org.). *Uma escrita acadêmica outra: ensaios, experiências e invenções*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2016. p. 75-85.

PEREC, Georges. *Aproximações do quê?* Tradução de Rodrigo Silva Ielpo. *Revista Alea*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 178-180, jan./jun. 2010.

Desejamos que sigam todas e todos – residentes, orientadoras e orientadores com entusiasmo nesta seara e que continuemos a compartilhar nossas descobertas geradas da interpelação entre dois seres aprendentes que estão temporariamente em papéis complementares, mas que logo poderão ser colegas de trabalho.

Fiquem bem!

FAZENDO ARTE: ESPAÇO PARA A PROMOÇÃO DE AUTONOMIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Bruna Aparecida Kapper
Evelise Rigoni de Faria
Luciana Rodriguez Barone

INTRODUÇÃO

Quando falamos em saúde, apesar dos esforços para pensarmos/trabalharmos no sentido de considerar os sujeitos de uma forma integral, o saber biomédico e curativo focado na doença ainda impera como paradigma. Uma das estratégias utilizadas para ultrapassar esse modelo foi a implementação da Atenção Básica em Saúde. Ela caracteriza-se como o acesso preferencial à rede de saúde, pois está mais próxima das pessoas, inserindo-se nos territórios com populações adstritas. Além disso, a atenção básica trabalha na perspectiva de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, tendo como foco o cuidado centrado na pessoa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A promoção de saúde é uma das maneiras de se trabalhar na atenção básica, alternativa a uma perspectiva biomédica focada na doença e que concentra a atenção no sentido de vida e na potencialidade do viver, independentemente de diagnósticos clínicos, visualizando à saúde de forma positiva (SANTOS; CARDOSO, 2008; RIVERA; ARTMANN, 2009). Dessa forma, o foco dessa prática não está apenas na recuperação, tratamento ou prevenção de qualquer doença ou agravo específico. Ela também tem como objetivo o incremento ou a melhoria da saúde das pessoas, independentemente de patologias ou agravos, fazendo com que seja ampliado o controle delas sobre sua própria saúde, dessa forma, busca-se a ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

Conforme Fleury-Teixeira et al. (2008), as ações praticadas na promoção da saúde, em sua maioria, ainda objetivam o incremento da saúde em um universo determinado de indivíduos. Isso porque, de acordo com Buss e Carvalho (2009), o conceito de promoção de saúde passou por diversas modificações até ser considerado a busca de um nível ótimo de vida, além de manter e melhorar os níveis de saúde, considerando a dimensão subjetiva e objetiva de cada um, a partir de valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Assim, a

promoção de saúde é a combinação entre as escolhas individuais e a responsabilidade social (BUSS; CARVALHO, 2009).

No que se refere às escolhas individuais dentro da promoção de saúde, termos como empoderamento, autocuidado e capacitação são bastante utilizados no sentido de que os indivíduos sejam corresponsáveis em seu cuidado, participando efetivamente do planejamento e da prática na busca de qualidade de vida e saúde (TADDEO et al., 2012). Além disso, as intervenções em promoção a saúde buscam incentivar a autonomia das pessoas, reforçar ações comunitárias, superar a especialização e fragmentação das políticas públicas e da atenção à saúde, incentivar gestões intersetoriais e ambientes saudáveis, tendo como meta interferir positivamente na qualidade de vida. Ademais, a promoção de saúde está vinculada ao estilo de vida dos indivíduos e no sentido que tem para eles o viver (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Como pode ser visto, embora a definição de promoção de saúde seja bastante ampla, ela tem como categoria central a promoção da autonomia dos indivíduos. Promoção de autonomia consiste na ampliação das possibilidades de escolha das pessoas, sobretudo, em suas decisões de saúde (FLEURY-TEIXEIRA et al., 2008).

Nesse sentido, uma das estratégias para se trabalhar em promoção de saúde, mais especificamente na promoção de autonomia dos indivíduos, são os grupos, considerados dispositivos em saúde e pontos da rede social de cuidado aos usuários no território de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Dessa forma, os grupos tornam-se relevantes para que os sujeitos possam se reconhecer como protagonistas de suas próprias histórias e não voltarem seu olhar apenas para a condição clínica que permeia sua vida.

Para Neto e Kind (2010), os grupos de promoção de saúde podem ser organizados em duas modalidades: grupos de conversa e grupos de atividade. Para os autores, enquanto nos grupos de conversa fala-se sobre saúde e promoção, nos grupos de atividade, esses aspectos são vivenciados. Este último seria o caso do grupo de artesanato, foco do presente estudo. Ademais, Teixeira (2002) refere que o campo grupal tem a capacidade de influenciar os indivíduos que dele participam, pois age de forma ressonante entre os membros, atua como continente, estimula o pertencimento e a comunicação.

Nesse sentido, as práticas grupais na promoção da saúde impactam a vida dos participantes, tornando-se um local de suporte social, de vínculo entre usuários e unidade de saúde, de desenvolvimento da autonomia e estímulo à participação social mais ativa e

criativa, apresentando-se, assim, com valor terapêutico (NETO; KIND, 2010; SCARDOELLI; WAIDMAN, 2011).

A partir disso, o grupo de artesanato na atenção básica apresenta-se como um dispositivo de promoção de saúde, onde pessoas se encontram, produzem e promovem saúde de forma integral. A utilização e aprendizagem de técnicas manuais possibilitam um espaço de reflexão e discussão dos mais diversos temas, pois o fazer e o falar auxiliam na elaboração e simbolização de diversas questões a partir do momento em que autorizam e empoderam o sujeito a construir um novo sentido para ser e existir (KONISHI, 2004).

Assim, o presente trabalho foi realizado em dois grupos de artesanato dentro do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Os grupos apresentaram-se de formas distintas. O mais antigo era autogestionado, onde as usuárias propõem atividades, ensinam e aprendem umas com as outras, trabalhadoras contratadas estão para facilitar o processo, mas o grupo se mantém sozinho. No outro, a coordenação das agentes comunitárias é ativa, são elas quem ensinam as técnicas e levam as atividades a serem realizadas no dia. Ambos mostraram-se como espaços de construção para saúde positiva.

Tendo em vista a pouca publicação existente sobre os grupos de promoção de saúde que não tenham foco em condições clínicas e biológicas e, também, apoiando-se na vivência da pesquisadora em uma equipe de saúde da atenção básica, observou-se que parecia haver pouco reconhecimento dos grupos de artesanato como uma prática de saúde. Assim, tem-se como objetivo geral deste trabalho analisar efeitos do grupo de artesanato realizado na atenção básica à saúde sobre a promoção de autonomia dos indivíduos, baseado no entendimento do papel do grupo de artesanato nas escolhas e decisões do indivíduo em relação à própria saúde, bem como em relação a sua rede de apoio e relações sociais.

METODOLOGIA

A presente pesquisa teve caráter qualitativo com delineamento estudo de caso múltiplo (YIN, 2010). Conforme Minayo e cols. (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com universo de significados, é uma abordagem aprofundada das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser quantificados nem reduzidos à operacionalização de variáveis. O delineamento estudo de caso refere-se ao estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos (GIL, 2002). Além disso, Yin (2010) refere que “o estudo de caso é uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da

vida real, sendo que os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definido”, podendo ele ser único ou múltiplo. No caso do estudo de caso múltiplo, este consiste em estudar vários casos em conjunto ao objetivo de se compreender um fenômeno em particular.

A pesquisa foi realizada com oito mulheres frequentadoras de dois grupos de artesanato na faixa etária de 48 a 73 anos. A maioria delas não tinha uma atividade laboral naquele momento, ficando mais dedicadas aos afazeres domésticos e à família. Elas eram pertencentes a dois grupos de artesanato que ocorriam em duas unidades de saúde distintas, integrantes da Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GSC/GHC), no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Ambos os grupos eram abertos, não limitando a entrada e saída de participantes, sendo um deles com frequência semanal (grupo A) e, o outro, quinzenal (grupo B). O grupo com frequência semanal era coordenado por uma técnica em enfermagem e uma técnica em saúde bucal, o outro, coordenado por duas agentes comunitárias de saúde e residentes multiprofissionais da unidade de saúde. Os grupos tinham características heterogêneas, em termos de idade, estado civil e condições de saúde. Eles tinham formas de trabalho distintas, e o único requisito para a participação era o desejo de aprender/fazer artesanato.

O grupo A acontecia há mais de dez anos, com frequência semanal e encontros com duração de duas horas. As atividades eram propostas tanto pelas facilitadoras quanto pelas usuárias, dentre elas, estão crochê, tricô, pintura em latas, etc. O grupo B acontecia na unidade de saúde há quatro anos, quinzenalmente, com duração de duas horas e meia cada encontro. Nele, as atividades eram com materiais reciclados, miçangas e fuxico e são confeccionados enfeites para a casa, colares, pulseiras, etc. As responsáveis pelas atividades são as coordenadoras, que trazem propostas no início do grupo, repassam a técnica às usuárias e vão mediando o fazer.

Assim, após aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (protocolo n. 3.120.065), as equipes de saúde foram contatadas para apresentação do estudo e indicação dos participantes, levando em conta o maior tempo de participação no grupo. Após contato inicial, aquelas que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes da realização das entrevistas. Quanto às entrevistas, estas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. A entrevista era semiestruturada e abordou aspectos referentes a características sociodemográficas e a motivação para participar do grupo, percepção sobre os efeitos que o grupo traz à saúde e vida social das participantes.

Para a análise dos dados coletados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo qualitativa (BARDIN, 1979; LAVILLE; DIONE, 1999). Um princípio fundamental da análise de conteúdo qualitativa consiste em compreender os diferentes elementos e características presentes nos dados, de forma a extrair o seu significado (LAVILLE; DIONE, 1999). É o pesquisador quem atribui significados ao conteúdo, com base nas nuances de sentido presentes nos diferentes elementos analisados e na relação entre eles. Esse caráter inferencial da análise de conteúdo qualitativa baseia-se na presença ou ausência de determinado elemento considerado importante na compreensão do objeto em estudo, e não na frequência de sua aparição (BARDIN, 1979).

A análise de conteúdo qualitativa envolve a extração de categorias significativas para classificar os conteúdos presentes nos dados. Esses conteúdos são agrupados em função de sua significação e precisam ser portadores de sentido em relação à temática principal do estudo (LAVILLE; DIONE, 1999).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base no conceito de autonomia (SOARES e CAMARGO JR., 2007), a análise de conteúdo qualitativa (BARDIN, 1979) foi utilizada para analisar os efeitos do grupo de artesanato realizado na atenção básica à saúde na promoção de autonomia dos indivíduos e entender o papel do grupo de artesanato nas escolhas e decisões do indivíduo em relação à própria saúde, bem como nas escolhas e decisões do indivíduo em relação a sua rede de apoio e relações sociais. A análise identificou a seguinte estrutura de categorias temáticas e subcategorias:

- A) Autonomia quanto às decisões de saúde
 - Transformações na percepção de si e no bem-estar
 - Transformações na saúde física
- B) Autonomia quanto às relações sociais
 - Grupo de artesanato enquanto espaço de apoio social
 - Efeitos do grupo de artesanato em outras relações sociais
- C) Autonomia através da aprendizagem de novas habilidades

A partir dessas categorias de análise, são discutidos os resultados encontrados. Para fins de sigilo, ao final de cada relato ilustrativo da categoria, a participante entrevistada foi identificada por uma modalidade de artesanato ou técnica utilizada (tricô, crochê, bordado...).

Atualmente, a perspectiva de promoção de saúde mais utilizada trabalha no sentido de que ela atua como um processo de capacitação da comunidade para melhorar a sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação comunitária no controle desse processo (COELHO, 2001; MENDES, 2004). Além disso, a saúde precisa ser vista como um recurso para a vida, e não como o objetivo de viver, e para que a população seja capacitada, é necessário que ela tenha acesso à informação de como viver melhor, bem como de oportunidades de fazer escolhas mais saudáveis (BUSS, 2009), o que vai ao encontro do conceito de autonomia.

Soares e Camargo JR. (2007) trazem uma reflexão sobre o conceito de autonomia dentro da perspectiva da complexidade, onde a autonomia é uma constituição relativa e relacional inseparável da dependência. Isso porque não é possível pensar as pessoas isoladas do coletivo, tendo em vista que o ser humano é um ser social. Nesse sentido, as relações são complexas, complementares e antagônicas entre o individual e o coletivo, onde estes dois são simultaneamente influenciados. Por isso, segundo os autores, faz-se necessário o fortalecimento das relações/redes sociais. Assim, ser humano autônomo é aquele que reconhece sua necessidade e a do outro em todos os planos – afetivo, intelectual e emocional.

Tendo em vista esse conceito de autonomia, conduziram-se as análises do presente estudo.

Autonomia quanto às decisões de saúde

A categoria *autonomia quanto às decisões de saúde* contemplou relatos referentes às decisões de saúde no sentido do empoderamento, em que as mulheres percebiam transformações na percepção de si, no seu bem-estar e em sua saúde física a partir da inserção e participação no grupo de artesanato. Conforme Gohn (2004), autonomia e empoderamento entrelaçam-se nas decisões de saúde, pois o último envolve práticas destinadas a mobilizar grupos e comunidades na busca de melhoria de suas vidas, tanto no sentido material quanto no sentido subjetivo.

Dessa forma, Kleba e Wendausen (2009) apontam que o empoderamento dá-se como um processo dinâmico que envolve aspectos cognitivos, afetivos e de conduta. Considerando-se que a pesquisa envolveu participantes mulheres, os autores ressaltam que é possível compreender cinco dimensões do empoderamento feminino, dentre elas: a econômica, a psicológica, a sociocultural/ educacional, a política/ grupal e a familiar (FERNANDES et al., 2016). Dentre tais dimensões, as que foram encontradas na

pesquisa tendem para a psicológica, a sociocultural/educacional e a política/grupal (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

A dimensão psicológica refere-se à capacidade de os indivíduos crescerem e desenvolverem-se a partir da autoconfiança e da motivação. Essa dimensão influencia o processo de busca pela autonomia e emancipação. A partir disso, é possível perceber melhora na autoestima e bem-estar (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

Assim, a subcategoria *transformações na percepção de si e bem-estar* vai ao encontro da dimensão psicológica, tendo em vista que as entrevistadas percebiam o quanto estar junto de outras pessoas em grupo fazia com que refletissem sobre diversas questões, inclusive sobre aspectos comportamentais, de saúde mental e de bem-estar, além de construir possibilidades de sair de casa, como foi possível identificar nas seguintes falas: *“o grupo foi muito bom, abriu minha mente. [...] A gente fica conhecendo muitas pessoas, a gente vai abrindo a mente da gente sobre muita coisa [...] Vir para o grupo estimula a gente a se manter melhor”* (TRICÔ, 3 anos no grupo); *“eu era muito estúpida quando eu vim pra cá. Aí a [coordenadora] começou a me acalmar, me acalmar aí eu fui controlando a minha raiva [...]eu queria as coisas tudo só pra mim, chamava atenção das gurias só pra me atender, né.[...] eu era muito estúpida, vivia ofendendo os outros e queria que me dessem mais atenção do que para as outras gurias. Eu era uma malcria. Hoje eu estou modificada, não é mais aquela mulher estúpida, aquela coisa horrorosa [...] agora estou mais calma no grupo.”* (CROCHÊ, 4 anos no grupo).

Além das questões já apontadas anteriormente, os próximos relatos também apresentaram o grupo de artesanato como motivação de sair de casa e espaço para a construção de possibilidades de estar em outros lugares seguros além do lar. Conforme as falas, o grupo incentivava as mulheres a sair mais de casa, trilhando novos espaços de circulação e de relacionamentos (SCARDOELI; WAIDMAN, 2011). *“A impressão que eu tinha é que eu queria me esconder, sabe, que se eu ficasse em casa estava tudo bem, estava escondido, mas não. Aí depois que eu comecei a vir, eu não sei, eu me libertei um pouco disso assim, problema todo mundo tem né. [...] Estou me sentindo melhor, parece que estou... os problemas estão lá, todos lá e cada vez maiores, mas eu já não estou tão focada nos problemas, estou me distraindo [...] pra mim é bom. Estou mais alegre. Não tenho mais aquela coisa de querer só ficar socada dentro de casa.”* (BORDADO, 1 anos no grupo); *“Eu gosto de vir [...] era bem deprimida porque eu ficava bastante em casa, a gente vai só fazendo as coisas da casa e vai se deprimindo, é uma rotina, né. E aí saindo fora daquilo ali já faz bem pra gente. [o dia do grupo de artesanato] é o momento de eu vir pra cá que é meu.”* (PATCHWORK, 10 anos no grupo); *“Depois do encontro do grupo de*

artesanato] a gente volta pra casa com outro ânimo, outra cara, outro jeito, pensando outras coisas. [...] Eu não ia para lugar nenhum, só ficava fechada dentro de casa [...] eu não tinha vontade de sair. [...] eu tenho me sentido mais animada agora. Eu entrei numa depressão muito forte uma época, foi quando eu entrei no grupo. [Naquela época] eu queria matar todo mundo, eu não queria mais viver, era oito ou oitenta não tinha mais remédio, mas graças a deus eu saí dessa, e agora eu me controlo, eu sei me controlar [...] às vezes eu tô em casa com vontade de não vir, mas daí, isso sempre foi assim, mas depois que eu estou aqui eu gosto, aí me divirto, volto pra casa aliviada. Os problemas parecem que vão embora, isso é coisa pra gente, né, pra gente se sentir melhor.” (PONTO CRUZ, 7 meses no grupo).

Nesse sentido, os relatos vão ao encontro do que Santos et al. (2006) apontam como objetivo dos grupos de promoção de saúde, que é a potencialização das capacidades dos sujeitos e de mudanças comportamentais e de atitude, com foco no desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis/desnecessários.

Outra subcategoria analisada foi *transformações na saúde física* e envolveu a percepção nas mudanças vivenciadas com relação aos cuidados de saúde. Estar no grupo de artesanato proporcionava práticas simples de cuidados com as condições clínicas, conforme é possível perceber nesses relatos: “*A minha saúde era uma porcaria, agora estou melhor. [...] eu não cuidava muito, não. Não me importava muito, não. Não me cuidava, meu deus do céu [...] vivia gripada [...] agora estou melhor.*” (CROCHÊ, 4 anos no grupo); “*Eu tenho [...] hipertensão [...] o hipertenso precisa caminhar muito né, quer dizer, caminhar muito não, fazer as caminhadas, então essas caminhadas que eu faço de lá [de casa] pra cá [grupo] me ajudam muito.*” (TRICÔ, 3 anos no grupo); “*Eu tenho problema de fibromialgia, mas isso não vai atrapalhar de eu vir no curso, até é bom porque eu vou movimentar as mão, os braços.*” (FUXICO, 2 anos no grupo).

Nessa categoria, também foi possível identificar as dimensões política/grupo e sociocultural/ educacional. A primeira refere-se à conquista do controle da própria vida, dos projetos, das escolhas e da capacidade de agir e se socializar. Já a segunda dimensão aponta que, a partir da educação, as mulheres adquirem novos valores e novas formas de se relacionar com outras pessoas, pois com empoderamento e autonomia gera-se autoconfiança (KLEBA; WENDAUSEN, 2009 apud DEERE; LÉON, 2002). Assim, todas as participantes percebiam mudanças positivas no que envolvem suas decisões referentes à saúde desde o início no grupo de artesanato. Isso porque, de acordo com Santos et al. (2006), o processo de construção da saúde nos grupos de artesanato ocorre

em virtude de dois aspectos: a participação cooperativa dos membros e o desenvolvimento da autonomia dos integrantes.

Autonomia quanto às relações sociais

Nesta categoria, incluíram-se relatos referentes ao grupo de artesanato ser um espaço de apoio social e os efeitos que a participação nesse espaço tem em outras relações. Isso porque, de acordo com Nogueira et al. (2013), no espaço grupal, ocorre o encontro de diferentes modos de viver, onde se produz subjetividade.

A partir disso, a primeira subcategoria - *grupo de artesanato enquanto espaço de apoio social* - reuniu aspectos que apontavam o grupo de artesanato como espaço positivo, onde as integrantes podiam contar umas com as outras, podiam conversar e estar bem na relação com outras pessoas, bem como lugar de construção de vínculos, conforme foi possível perceber nos seguintes trechos: *“Eu me dou bem com elas, né, e elas comigo, então pra mim é uma alegria vir para o grupo de tarde [...] Eu sinto que se eu precisar elas vão me ajudar [...]”* (TRICÔ, 3 anos no grupo); *“Às vezes, a gente tem um problema que não quer falar para a família, aí fala para a amiga porque não vai virar fofoca [...] quando as pessoas não moram lá com a gente fica mais fácil de conversar, eu penso assim.”* (FUXICO, 2 anos no grupo); *“Eu conheci monte de gente porque já passou bastante gente nesse grupo. As antigas foram ficando [...] acho que foi o cimento que a gente foi fazendo assim, né, bem legal assim esse entrosamento [...] a gente fica bem unida. [...] A gente tá só em casa daí não faz amizade, daí aqui é um meio da gente fazer amizade diferente.”* (PATCHWORK, 10 anos no grupo).

Essas falas corroboram as de Kind e Neto (2010) no que diz respeito à prática grupal: ela é uma forma importante de suporte, pois cria espaço de sociabilidade e formas para estabelecer amizades e solidariedade, além de se tornar um espaço de suporte social (SCARDOELI e WAIDMAN, 2011).

Além disso, o grupo era tido como um lugar onde a relação acontecia de forma tranquila a partir da experimentação de vivências leves: *“É coisa mais boa, a gente se entretém, a gente brinca, a gente aprende.”* (CROCHÊ, 4 anos no grupo); *“A gente conversa, ri, diz bobagem.”* (BORDADO, 1 ano no grupo). Também, percebeu-se o reconhecimento da necessidade de um espaço coletivo quando se tem a seguinte fala: *“A gente precisa disso, de conversa, de interação.”* (FUXICO, 2 anos no grupo); *“Ninguém critica e isso é muito bom né, que hoje em dia a crítica bota pra baixo né” aqui a gente se apoia uma a outra, aqui a gente tem um círculo bom, não tem aquela briga, aquela rixa, aquela inveja, aqui tá todo mundo na mesma situação entende [...] então a gente não é*

uma melhor que a outra, não tem, a gente se sente bem no ambiente ali em função disso, né. Não brigamos, então a gente se sente em paz.” (PATCHWORK, 10 anos no grupo).

Outro aspecto analisado na subcategoria *grupo de artesanato enquanto espaço de apoio social* foi com relação ao acolhimento sentido pelas participantes ao estarem no grupo: *“Acolhimento, respeito umas com as outras, incentivo, né?!”* (AMIGURIMI, 6 anos no grupo); *“Desde o início do grupo eu me senti acolhida.”* (PATCHWORK, 10 anos no grupo); *“Elas me ouvem, elas escutam, elas são bem educadas comigo.”* (CROCHÊ, 4 anos no grupo); *“Se eu não estiver bem, e conseguir desabafar aqui eu vou pra casa bem mais aliviada [...] tem uma menina aqui no grupo que tem problema de autoestima, daí a gente diz pra ela como ela é bonita, a gente apoia, a gente coloca pra cima.”* (FUXICO, 2 anos no grupo).

O grupo de artesanato também apareceu como um espaço de trocas positivas: *“Quando a gente está aqui a gente conversa, às vezes traz uma coisa de casa [...] traz um problema, aí uma expõe uma coisa, outra diz outra coisa que aconteceu no dia, na semana e a gente troca ideia [...] e é bom isso.”* (PATCHWORK, 10 anos no grupo); *“Eu vejo o grupo assim, como algo muito positivo na minha vida, né. Eu tive uma depressão muito forte [...] aí eu comecei a participar do grupo para me relacionar com outras pessoas, para espairer, para aprender o artesanato, algumas coisas que eu não sabia fazer eu aprendi aqui.”* (AMIGURIMI, 6 anos no grupo).

A segunda subcategoria analisada - *efeitos do grupo de artesanato em outras relações sociais* - envolveu relatos de mudanças em outras relações, principalmente nas relações familiares, como, por exemplo, terem relação mais próxima e positiva com os filhos: *“Antes de entrar no grupo eu me sentia muito sozinha... minha filha e meu genro trabalham fora, daí eu fico sozinha. Depois de entrar no grupo eu me senti melhor... E eu conversei mais com a minha filha, aprendi a dialogar mais.”* (DECOUPE, 10 anos no grupo); [após início no grupo] *“Aí eu comecei a tratar bem os filhos, os filhos começaram a me tratar bem né?!”* (CROCHÊ, 4 anos no grupo).

De acordo Yalom (apud Nogueira et al., 2013), é possível identificar onze fatores terapêuticos nos grupos de promoção à saúde: instilação de esperança, universalidade, coesão, compartilhamento de informações, altruísmo, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, aprendizagem interpessoal, fatores existenciais, catarse e recapitulação corretiva do grupo familiar primário (NOGUEIRA et al., 2013).

Nesse sentido, o grupo operou como espaço relacional em que novas alternativas e possibilidades são tecidas para o desenvolvimento humano. Ele tem potencial para reduzir sentimentos de solidão e o isolamento social (SANTOS et al., 2017).

Autonomia através da aprendizagem de novas habilidades

Nesta última categoria, a autonomia apareceu a partir da aprendizagem de novas habilidades. O aprender mostrou-se como sentido de vida, como saúde, conforme a seguinte fala: *“Eu gosto de aprender, a gente descobre novas coisas para gente fazer. E a gente traz alguma coisa que não presta... vai jogar fora, mas não, a gente aprende. Quando a gente vem aqui a gente aprende cada coisa, cada aula é um ensinamento [...] A gente está vivo pra aprender, pra ficar com a cabeça bem ocupada e não pensar em bobagem [...] eu gosto de aprender, eu gosto.”* (CROCHÊ, 4 anos no grupo).

Além disso, as falas apontaram para a persistência necessária à aprendizagem de uma nova habilidade: *“A gente entra e vai aprendendo no dia a dia, ninguém entra aqui que já sei, né, vai todo mundo aprendendo né. Agora mesmo a gente está aprendendo um casquinho que eu nunca fiz, tô aprendendo [...] Eu acho que tem que persistir em tudo [...] ter bastante paciência pra aprender né. Ter paciência pra aprender, ficar aquelas horas ali aprendendo [...] a finalidade é vir aqui pra aprender.”* (PATCHWORK, 10 anos no grupo). Destacou-se, ainda, a percepção do grupo como um espaço que possibilitava o aprender: *“Vejo como um aprendizado [o grupo].”* (DECOUPAGE, 10 anos no grupo).

Dessa forma, as falas convergiam para o grupo de artesanato como um espaço de aprendizagem, além de técnica, aprendizagem de si, da vida, comportamental e social. Aprendizagem é um aspecto importante quando se fala em empoderamento e autonomia. Isso porque, a partir do grupo de artesanato, as usuárias desenvolvem a consciência crítica e as vantagens estão relacionadas a sentimentos, conhecimentos, motivações, dentre outros (KLEBA, 2009).

Considerando-se conjuntamente os resultados evidenciados nas três categorias identificadas, a presente pesquisa aponta que os grupos de artesanato influenciaram de forma individual e social na construção da autonomia e no empoderamento das usuárias, a partir da aprendizagem e das trocas interpessoais estabelecidas, o que fez com que assumissem uma posição de protagonismo com relação a sua saúde e estivessem implicadas no cuidado de si (BRASIL, 2004).

A partir da percepção das usuárias, constatou-se que o grupo de artesanato era um espaço que as incentivava a alargar e melhorar as relações consigo e com outros, como local que promovia o bem-estar, a possibilidade de novas relações e aprendizagens. Levando em conta a autonomia como eixo central da promoção de saúde (FLERY-TEIXEIRA et al., 2008) - a qual refere-se à viabilidade e capacidade dos sujeitos decidirem por si, serem protagonistas e construtores da própria história (CAMPOS;

CAMPOS, 2006) -, é possível pensar nesse grupo como um dispositivo de promoção da saúde, aspecto importante e necessário na atenção básica à saúde para que a visão biomédica seja superada (NETO; KIND, 2010; SANTOS, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por objetivo analisar efeitos do grupo de artesanato realizado na atenção básica à saúde sobre a promoção de autonomia dos indivíduos. Os resultados identificaram que esse espaço contribuiu para a promoção da autonomia das participantes, tanto no que diz respeito às decisões em relação à própria saúde, como as suas relações sociais, corroborando as expectativas iniciais do estudo. Adicionalmente, a aprendizagem de novas habilidades também se constituiu como um fator de empoderamento entre as participantes, contribuindo para sua autonomia.

No que se refere especificamente aos efeitos do grupo de artesanato sobre as decisões em relação à própria saúde, o estudo indicou que este era um espaço de incentivo ao empoderamento e à potencialização das capacidades individuais de cuidado de si e bem-estar. A partir de práticas simples de cuidados com a saúde e motivação para manter-se bem, houve melhora na saúde mental, no bem-estar e na percepção de si. Conforme já era esperado, tendo como base outro trabalho já existente sobre o tema (SCARDOELLI; WAIDMAN, 2011), o grupo de artesanato pareceu trazer mais benefícios no que se refere à saúde mental das participantes do que influências sobre os aspectos físicos e clínicos.

Já, no que se refere especificamente aos efeitos do grupo de artesanato sobre as decisões em relação à rede de apoio e às relações sociais, o estudo o indicou como um espaço positivo para a construção de vínculos e suporte social, a partir de vivências leves. Além disso, essas relações também refletiram nas relações familiares, tornando-as mais próximas e positivas. Dessa forma, foi possível perceber que o grupo de artesanato também se mostrou como um espaço de desenvolvimento humano.

Os resultados do presente estudo mostraram uma particularidade do conceito de autonomia quando analisado nos grupos de artesanato na atenção básica à saúde. A aprendizagem de novas habilidades, no sentido da técnica de artesanato aprendida/aprimorada, foi referida pelas participantes como um aspecto importante de desenvolvimento, empoderamento e autonomia, contribuindo para seu bem-estar.

Assim, tendo a integralidade como um dos princípios da atenção básica à saúde, pode-se considerar que os grupos de artesanato propiciaram tal prática, por ver o indivíduo em sua totalidade, não dando ênfase ao seu quadro clínico. Oportunizando,

assim, que as integrantes conhecessem-se melhor e realizassem as próprias escolhas com relação a sua saúde.

Partindo dessas conclusões, o presente trabalho pressupõe novas intervenções de atuação no modelo de assistência à saúde, tendo em vista que os grupos de artesanato não têm como foco a doença ou o estado crítico de saúde, e sim, a busca por melhoria na qualidade de vida de um modo geral, conforme a fala das usuárias entrevistadas. Assim, através de seus efeitos na autonomia, os dados do presente estudo indicam os grupos de artesanato como potencialidade na busca de promoção de saúde que se espera da atenção básica.

Por fim, é importante ressaltar que os dados do presente estudo devem ser compreendidos a partir do método utilizado, pesquisa qualitativa delineamento estudo de caso múltiplo, que analisa o objeto da pesquisa em um determinado contexto. Ou seja, este estudo refere-se aos grupos de artesanato pesquisados, e seus resultados não podem ser generalizados para todos os grupos existentes. Além disso, teve como foco as participantes frequentadoras dos grupos, as quais se mostram motivadas com o artesanato, o que certamente potencializa os efeitos positivos do mesmo. Nesse sentido, outros estudos, em contextos diversos e com metodologias diferentes, são indicados para ampliar a compreensão dos efeitos dos grupos de artesanato na promoção de saúde da população.

No entanto, cabe considerar que, apesar das limitações metodológicas no que se refere à impossibilidade de generalização dos dados, é plausível se esperar que os efeitos positivos identificados no presente estudo possam ser encontrados também em outros cenários que compartilhem características semelhantes ao contexto investigado, ou seja, grupos de artesanato realizados na atenção primária à saúde. Assim, de acordo com este estudo, os grupos de artesanato apresentam-se como um potente recurso na promoção de saúde de suas participantes, incentivando e promovendo o seu protagonismo e sua autonomia, no que refere às decisões de saúde e relações sociais, e incentiva-se que tais espaços possam estar cada vez mais presentes no cotidiano da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L.A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes.
- BARROS, Regina D. Benevides. *Dispositivos em ação: o grupo*. In: Lancetti, A (org) *Saúdelocura: Subjetividade*. São Paulo, Hucitec, 1997, p. 183-91.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2.436*, de 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14,n. 6,p. 2305-2316, Dez. 2009 .

COELHO, Ivan Batista. *As cartas da promoção da saúde*. Secretaria de Políticas de Saúde. 14/02/2001.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4.

CARVALHO, R, Sergio. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. Rio de Janeiro. vol.20, n.4, pp. 1088-1095, 2004.

FERNANDES, T. D. S.; LOPES, G. S. C.; WATANABE, M.; YAMAGUCHI, C. K.; GODOI, C. K. Dimensões do Empoderamento Feminino: Autonomia ou Dependência?. *Revista Alcance*, v. 23, n. 3, p. 391-413, 2016.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, suppl.2, pp.2115-2122.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.2, p.20-31, maio-ago 2004. KONISHI, Cecília. A arte de “fuxicar”. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto , v. 5,n. 5,p. 67-70,dez. 2004.

KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc.*, São Paulo , v. 18,n. 4,p. 733-743, dezembro 2009.

LAVILLE, C. & DIONE, J. (1999). *A construção do saber: Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Settineri, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, vol.12 no.3 Ribeirão Preto Maio/Junho 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NETO, João Leite Ferreira; KIND, Luciana. Práticas Grupais como dispositivo na Promoção da Saúde. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20[4]: 1119-1142, 2010.

NOGUEIRA, Aylene Leite Gomes et al. . Fatores terapêuticos identificados em um grupo de Promoção da Saúde de Idosos. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo ,v. 47,n. 6,p. 1352-1358, Dez. 2013.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Promoção da saúde e planejamento estratégico situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. In: CZERESNIA, Dina. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* Editora FIOCRUZ, 2009.

SANTOS, Ellen Tahan; CARDOSO, Cármen Lúcia. Experiências de participantes em um Grupo de Promoção de Saúde na Estratégia Saúde da Família. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 4, pp. 410-417, out./dez. 2008.

SANTOS, Leidieine Ferreira et al. Participação em grupo como recurso para promoção da saúde e qualidade de vida entre idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 31, n. 2, p. 1-12. jul/ 2017.

SANTOS, Luciane de Medeiros dos et al. . Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 40,n. 2,p. 346-352, abril 2006.

SCARDOELLI, Márcia Glaciela da Cruz; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. "Grupo" de artesanato: espaço favorável à promoção da saúde mental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 15, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 291-299 Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.21, p.65-78, jan/abr 2007.

TADDEO, Patricia da Silva et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro ,v. 17,n. 11,p. 2923-2930, Nov. 2012 .

TEIXEIRA, Mirna Barros. *Empoderamento de idosos em grupos de Promoção da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, 2002.

YIN, Robert. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

NOSSO BEBÊ TEM SÍFILIS CONGÊNITA, E AGORA?

Camila Bonalume Dall' Aqua
Gregório Corrêa Patuzzi
Renata Pekelman

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando dados de prevalência de 2009 a 2016, a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) curáveis no mundo é de 376,4 milhões, sendo 6,3 milhões casos de Sífilis. No Brasil, a taxa de detecção de Sífilis em gestantes vem apresentando melhora e, consequentemente, as notificações de Sífilis Congênita têm diminuído (BRASIL, 2019a). No entanto, o País ainda precisa avançar para alcançar a meta proposta pela OMS para o ano de 2030: reduzir o número de casos de Sífilis Congênita para 50 por 100.000 nascidos vivos (WHO, 2016).

Historicamente, a Sífilis era uma doença desconhecida até o final do século XV, período em que se registrou a primeira epidemia dessa infecção (BRASIL, 2010). Caracteriza-se como uma IST provocada pelo *Treponema Pallidum*, uma bactéria descoberta em 1905. Sua transmissão ocorre principalmente por via sexual (Sífilis Adquirida) ou vertical (Sífilis Congênita) (BRASIL, 2019c). A Sífilis Congênita consiste em casos nos quais o feto adquire a doença da mãe durante o período intrauterino ou durante a passagem pelo canal do parto. Devido à falta ou discreta ocorrência de sintomas - decorrente dos diferentes estágios da doença -, as pessoas com Sífilis costumam transmiti-la aos seus contatos sexuais sem terem conhecimento da doença (BRASIL, 2019b).

Com a descoberta da Penicilina na década de 40, houve significativa redução dos casos de Sífilis Congênita e Adquirida (PHISKE, 2014; BOWEN, 2015). Nos dias atuais, a Penicilina continua sendo a droga de escolha para o tratamento da Sífilis, especialmente em gestantes (BRASIL, 2019c).

No Brasil, as notificações compulsórias de Sífilis Congênita vêm ocorrendo desde 1986. A partir de 2005, tornou-se obrigatória a notificação dos casos de Sífilis em gestantes, e, a partir de 2010, os casos de Sífilis Adquirida (BRASIL, 2019b). Esse monitoramento proporcionou um olhar mais preciso a sua incidência no Brasil (BRASIL, 2015).

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2018, o Rio Grande do Sul foi o estado que apresentou a segunda maior taxa de detecção de Sífilis Adquirida e a terceira maior taxa de detecção de Sífilis Congênita. Destaca-se que o Estado já ocupou o primeiro lugar no ranking nacional de casos de Sífilis em anos anteriores. Em 2018, foram detectados 123,7 casos para cada 100 mil habitantes de Sífilis Adquirida e 8,9 casos para cada 1.000 nascidos vivos de Sífilis Congênita (BRASIL, 2019a). Em Porto Alegre, no ano de 2017, o número de casos de Sífilis Adquirida notificados era de 1.592, já em 2018, esse número aumentou para 2.563. A faixa etária em que consta o maior número de notificações é 15 a 24 anos, seguida de 25 a 34 anos (PORTO ALEGRE, 2019).

Em relação à população afetada pela Sífilis, a gestante que contrai essa IST usualmente apresenta baixo nível de escolaridade, vulnerabilidade socioeconômica, história prévia de risco obstétrico, pré-natal de início tardio e com número de consultas insuficiente. Além disso, tende a apresentar manejo inadequado da patologia, ocorrendo perda de oportunidade para o diagnóstico e tratamento, assim como falta de aconselhamento adequado e do tratamento do parceiro (DOMINGUES *et. al*, 2013).

Ainda que estudos demonstrem que as mães de crianças diagnosticadas com Sífilis Congênita tenham acesso ao pré-natal e possibilidade de diagnóstico durante esse período, o que se percebe é que o ciclo de transmissão vertical não tem sido interrompido (BRASIL, 2015). Torna-se notório que o acesso ao diagnóstico precoce de Sífilis na gestação não tem garantido uma melhoria na qualidade da assistência prestada (SARACENI; MIRANDA, 2012). Para interromper a cadeia de transmissão, respeitando a confidencialidade de informações, faz-se necessário a conscientização sobre o tratamento das parcerias sexuais (BRASIL, 2019b). A captação precoce e o tratamento concomitante dessas parcerias seguem sendo um desafio para os profissionais de saúde, pois há muitas falhas na notificação dos casos e dificuldade em garantir a sua adesão ao tratamento (PORTO ALEGRE, 2019).

Nesse contexto, justifica-se a importância do presente estudo, que objetivou investigar o que os pais e as mães de recém-nascidos com Sífilis Congênita conheciam e entendiam sobre essa patologia e seu tratamento, identificar se durante o pré-natal foram orientados em relação às ISTs e se houve dificuldade para a realização do tratamento durante o período gestacional.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, um estudo descritivo-exploratório. Os sujeitos de pesquisa foram os pais e/ou as mães cujos filhos foram diagnosticados com Sífilis Congênita. A coleta de dados foi feita através de entrevista semi-estruturada de forma individual. Foram coletados dados referentes ao perfil sociodemográfico e à percepção da amostra sobre a transmissão vertical e o tratamento de Sífilis. As entrevistas foram realizadas em dois hospitais públicos de Porto Alegre, pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição, referência para uma significativa parcela dos partos atendidos no município e na região metropolitana. A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2017, enquanto os recém-nascidos da amostra selecionada estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal para a investigação e/ou tratamento de Sífilis Congênita. A amostra foi composta por 10 sujeitos. Os dados quantitativos, referentes ao perfil sociodemográfico da amostra, serão descritos de acordo com a caracterização dos entrevistados. Para a análise dos dados qualitativos, utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (MINAYO, 2011), considerando-se a saturação dos dados como critério para o encerramento da coleta.

Este estudo segue os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹² e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob número 17037.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 6 sujeitos do sexo feminino e 4 do sexo masculino, sendo que 6 participantes pertenciam à faixa etária de 20-29 anos e 4 participantes à faixa etária de 30-39 anos. Todas as participantes realizaram acompanhamento pré-natal em serviços da rede pública. Quanto ao número de consultas, 5 mulheres informaram ter realizado, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, somente 1 delas e os homens não souberam precisar o número de consultas realizadas pela companheira.

Quanto à escolaridade, 2 sujeitos cursaram Ensino Fundamental Incompleto, 2 Ensino Fundamental Completo, 2 Ensino Médio Completo, 2 Ensino Superior Incompleto e 2 não informaram.

Os dados qualitativos coletados na entrevista serão apresentados e discutidos a seguir, de acordo com o agrupamento nas seguintes categorias: entendimento sobre Sífilis e uso de métodos preventivos; falhas de comunicação e de tratamento; e

entendimento dos pais quanto à internação dos recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

DISCUSSÃO

Atendendo ao preconizado pelo Ministério da Saúde, 83,3% das participantes do sexo feminino realizaram, no mínimo, 6 consultas de pré-natal (BRASIL, 2000) e somente 16,7 % relataram ter realizado somente uma consulta. Os participantes do sexo masculino não se envolveram de forma ativa nas consultas das companheiras, não sabendo informar o número exato de consultas que a parceira teve ao longo do pré-natal.

Observa-se que a qualidade da assistência prestada não tem sido suficiente para evitar desfechos como a Sífilis Congênita (MAGALHÃES *et. al*, 2013).

Entendimento sobre Sífilis e uso de métodos preventivos

Os participantes que compuseram a amostra apresentavam diferentes graus de escolaridade, entretanto, independentemente do número de anos de estudo, percebeu-se, através dos relatos, pouco conhecimento em relação à Sífilis, sua transmissão, sua prevenção e suas consequências para o feto. Tal situação é evidenciada através destas falas:

“E é realmente só sexualmente transmissível, isso aí?”. Sujeito 5 (masculino).

“Tu tem, tu te tratou mas, tu pode pegar de novo... mesmo tu tendo te tratado, tu pode pegar de novo?”. Sujeito 08 (masculino).

O conhecimento dos sujeitos acerca das ISTs é composto pelas conversas cotidianas em rodas de amigos, conselhos recebidos ou através dos recursos de mídia (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011). Os indivíduos entrevistados, por vezes, trouxeram relatos sobre ter conhecimento somente acerca do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Em relação à transmissão da Sífilis, fez-se presente a crença de terem contraído a doença devido a sua baixa imunidade, como exemplificam as seguintes falas:

“Mas não sei se é porque eu tava com a imunidade muito baixa [...] Aí como apareceu na gravidez né [...] foi que eu descobri, que eu poderia tá há mais tempo (com Sífilis) e não sabia né.” Sujeito 1 (feminino).

“[...] eu não esperava, porque eu fiz o exame no início, não constou nada, tava tudo bem até então. E no final da gestação, como eu tava com a imunidade muito baixa é que eu peguei isso [...] peguei conjuntivite [...] de repente eu peguei, porque realmente eu tava grávida e com a imunidade muito baixa, não sei se é isso.” Sujeito 4 (feminino).

“É... eu já vi que é semelhante ao HIV, mas não é tão grave que nem o HIV né?[...] a maioria das pessoa acha que doença... a maioria é HIV, mais nada, não existe a Sífilis...” Sujeito 3 (masculino).

Trabalhar com a prevenção e discutir sobre a transmissão da Sífilis é desafiador devido aos aspectos que a envolvem, como questões comportamentais e culturais, além de permear os relacionamentos conjugais (SILVA *et. al*, 2015). Isto é, mesmo os indivíduos que possuem algum conhecimento sobre a prevenção de IST's expressam dificuldade no uso de preservativo devido a obstáculos, como a confiança nas parcerias amorosas e sexuais (BARBOSA; GUIMARÃES; FREITAS, 2013).

Mulheres que estão em relacionamentos considerados, por elas, como estáveis entendem a importância do uso de preservativo, porém, julgam que a existência de um relacionamento amoroso e de confiança no parceiro torna desnecessária a utilização desse método preventivo (BASTOS *et. al*, 2013). A justificativa para a não utilização traz aspectos subjetivos, indicando ideias de romantismo e crença de fidelidade devido ao relacionamento dito estável (SILVA; SZAPIRO, 2015), fatores que diminuem o nível de importância que os indivíduos dão ao uso do preservativo para prevenção de IST's. Tal fato vai ao encontro das opiniões expostas pelos participantes desta pesquisa:

“Aí depois, quando ficou mais sério, a relação, daí a gente não usou mesmo, daí eu falei tipo, ó, eu não vou mais comprar camisinha, porque eu não uso, eu não faço com ninguém, só contigo, porque tu é minha namorada [...] Aí ela... ah, então tá, vou confiar em ti, ela falou pra mim. E eu, eu também vou confiar em ti [...]” Sujeito 8 (masculino).

“Porque eu não esperava, era uma pessoa que eu confiava, meu marido né...” Sujeito 7 (feminino).

“Não... sempre usei! É que com ele, pelo fato de ele... é, ser meu companheiro né, não era necessário e porque a gente queria ter um filho.” Sujeito 4 (feminino).

Porém, mesmo relatando essa confiança nas parcerias, surgem certas reflexões nas quais os mesmo sujeitos se contradizem:

“Eu não. Agora já ele eu não sei (risos). Não posso te dizer (risos), não dá pra se confiar em homem. Não... desconfiança a gente tem né... quanto ele de mim e eu dele, perguntas e tudo mais... Aquela coisa de casal... Sabe... mas até então eu nunca peguei nada, descobri nada né...” Sujeito 4 (feminino).

“Sim, é, por incrível que pareça a gente tem que se cuidar... Que nem quando aconteceu a primeira vez... eu confiei no meu parceiro né...” Sujeito 7 (feminino).

Essas reflexões, que beiram a linha tênue entre a confiança nas parcerias amorosas e o autocuidado do indivíduo, demonstram o quão complexas são as relações conjugais em que estes vivem e sua vulnerabilidade à ISTs. Ainda, ilustram o desafio de discutir Sífilis com os casais e orientá-los sobre o motivo da ocorrência da doença, pois tal tarefa envolve a necessidade dos (as) parceiros (as) aceitarem a possibilidade e/ou existência de relações extraconjugais ou aceitarem a transmissão como uma consequência de uma relação prévia ao relacionamento atual.

Além disso, a tarefa envolve a aceitação da infecção e a superação do tabu social relacionado à discussão do tema sexualidade com outras pessoas e a tornar-se portador de qualquer IST (BARBOSA, 2011). Tabu, este, que também existe entre os profissionais de saúde (BARBOSA; GUIMARÃES; FREITAS, 2013).

Em alguns casos, o desafio está na necessidade do profissional de saúde livrar-se dos seus julgamentos de valores e perceber que alguns casais possuem conhecimento sobre a relação extraconjugal, mas, mesmo assim, mantêm relações sexuais sem o uso de preservativo, expondo-se ao risco de contrair IST's. Nesses casos, é imprescindível a sensibilização dos usuários sobre as consequências das IST's e a importância do uso de preservativo.

Com base nos aspectos expostos pelos participantes, é possível afirmar que há muito a ser trabalhado em relação à educação em saúde sexual da população. Deve-se buscar a quebra desses tabus e promover-se um melhor entendimento sobre IST's, em especial, sobre a Sífilis, e criar-se oportunidades para o diálogo em diferentes esferas: dentro dos serviços de saúde, entre os casais e na sociedade em geral, incentivando a prática da prevenção por meio do uso de preservativos.

Falhas de comunicação e de tratamento

Idealmente, o pré-natal deve ser iniciado no primeiro trimestre de gestação, momento indicado para o rastreio da Sífilis e demais ISTs, e deve ser realizado por equipe multiprofissional, incluindo médicos e enfermeiros (BRASIL, 2016). Posteriormente, os testes devem ser realizados ao iniciar o terceiro trimestre de gestação e no momento do parto (BRASIL, 2019b).

As falas, a seguir, demonstram que as gestantes tiveram acesso à realização de exames no primeiro trimestre, porém, ocorrendo o diagnóstico de Sífilis Adquirida, não tiveram o monitoramento e o tratamento adequados:

“No... no “causo” ela fez esse... esse exame da picada no dedo e aí ela veio dizendo pra mim que nós tinha que “toma” a vacina “pa” não infecta a criança que... caso isso nós tivesse né, ela não “falô” nada que “nóis” tinha, nada certo que nós tinha.” Sujeito 6 (masculino).

“Aí... daí, tá... fiz esse exame de sangue mas não fiz nenhuma dose de Benzetacil nem nada, né. Continuei fazendo meu pré-natal normal né. Aí depois eu pedi outro, depois de uns 2 meses eu pedi outro exame de sangue, daí ele deu mais alto. Deu 1 e 8. Não... eles não me pediram, eu que pedi pra eles né. Aí deu 1 e 8, aí a médica do posto pediu pra mim fazer as Benzetacil né. Aí foram 4 ampolas, né. 2 numa semana e 2 na outra.” Sujeito 9 (feminino).

Considerando que, durante o pré-natal e puerpério, as mulheres costumam estar mais vinculadas à unidade de saúde, torna-se oportuno oferecer orientações quanto à prevenção de Sífilis, seu tratamento e o entendimento sobre a doença (SILVA *et. al*, 2017). Todavia, devido a grande demanda de atendimentos ou a falta de qualificação dos profissionais de saúde, essas orientações não têm sido fornecidas, como demonstra este participante:

“Daí fui lá, fiz isso aí e fiz o tratamento das seis injeção e pronto, não falaram mais nada”. Sujeito 3 (masculino).

Sendo a Penicilina a droga de escolha para o tratamento da Sífilis, é importante ressaltar que só é considerada adequada quando a gestante e o parceiro recebem a mesma terapêutica (BRASIL, 2019c). Ainda que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019c) recomende a busca ativa dos parceiros para diagnóstico precoce e vinculação destes ao pré-natal, a realidade encontrada neste estudo evidencia que, em alguns casos, ainda há dificuldade de acesso ao tratamento, em especial, no tratamento dos parceiros, como afirma o seguinte participante:

“Na minha primeira, do meu primeiro filho que eu tinha... como eu lhe falei, bah, eu custei pra achar as ampolas pra mim fazer o tratamento. Não tinha no posto lá onde eu morava e nem no posto dela [...] Daí lá, eu vi uma farmácia, pensei, bah, eu vou parar ali pra ver. Daí eu consegui comprar as 6 ampolas que era pra mim tomar pela gravidez dela.” Sujeito 08 (masculino).

O tratamento da própria gestante também apresenta barreiras, como a falta de acesso ao tratamento, de entendimento sobre a doença e de orientações oferecidas pelos

profissionais de saúde; e a falha de comunicação eficaz entre os usuários e os profissionais. O seguinte depoimento demonstra como a comunicação ineficiente repercute em desfechos negativos na assistência (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015) e como essas barreiras apresentam-se ao longo do tratamento:

“Só que daí são 3, 3 doses no caso, cada... cada dose, não... cada vez que eu ia fazer as doses, eram 2 injeção. Aí eu fiz a primeira sessão, fiz a segunda, na terceira faltou a injeção no posto. Aí veio depois de 30 dias, veio a medicação de novo. Eu tive que reiniciar todinho o tratamento. Aí eu fiz a primeira, fiz a segunda de novo e aconteceu de novo, aí eu disse não... então deixa, quando eu for ganhar nenê eu trato no hospital.” Sujeito 10 (feminino).

Além disso, as falas dos participantes evidenciam que o olhar para a população socioeconomicamente vulnerável deve ser diferenciado, buscando inseri-la precocemente no pré-natal e proporcionando cuidados que contribuam efetivamente para a sua saúde (DOMINGUES *et. al*, 2015). Os dados encontrados neste estudo demonstram que as falhas na assistência ao pré-natal e tratamento adequado não ocorreram devido ao baixo número de consultas. Com exceção de uma das entrevistadas, as demais tiveram acesso a, no mínimo, 6 consultas de pré-natal, evidenciando que as falhas na prevenção, no diagnóstico e no tratamento ocorreram pela falta de serviços prestados. Embora a assistência ao pré-natal no Brasil tenha alcançado ampla cobertura, as desigualdades no acesso e a qualidade do cuidado prestado ainda constituem um grande desafio para modificar o desfavorável cenário de indicadores perinatais (DOMINGUES *et. al*, 2015).

Com base nos depoimentos discutidos nesta categoria, torna-se necessário refletir sobre a redução do número de casos de Sífilis na gestação e congênita. Para tal, é essencial traçar estratégias de prevenção e controle e aplicá-las de forma sistemática (MAGALHÃES *et. al*, 2013). Fomentar capacitações e discussões sobre protocolos nas instituições de saúde tende a contribuir para uma comunicação mais efetiva com o público (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015) e uma melhoria da qualidade da assistência prestada. É preciso repensar os processos de educação permanente realizados nas instituições de saúde para, então, prestar-se uma assistência pré-natal de qualidade e com potencial para o combate eficaz à Sífilis (SILVA *et. al*, 2014).

Entendimento dos pais quanto à internação dos recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A permanência do recém-nascido em UTI Neonatal gera preocupação nos pais e altera a rotina destes entre a casa e o hospital, gerando cansaço e sentimentos de tristeza neles, o que é demonstrado pela fala dos participantes deste estudo. É essencial que os profissionais da unidade estejam atentos para identificar tais situações e realizar escuta qualificada, acolhendo, de forma humana, as necessidades dos pais e das mães dos recém-nascidos (ANTUNES *et. al*, 2014):

“[...] porque quem sofre sou eu (embargando a voz) e meus filho também [...] agora vô ter que deixar ele aí, saindo com o coração na mão.” Sujeito 9 (feminino).

“[...] eu acho que o maior problema de todos é a interpretação desse UTI né... Da palavra UTI que assusta muito né [...] Aí a gente vai pesquisando, e... mas quando falou UTI, eu me apavorei [...] Mas daí quando chegou aqui, eu me lembro o nome de quase todas ... [...] Pelo tratamento, carinho né, atenção que elas tiveram...” Sujeito 5 (masculino).

Em sua maioria, os pais e as mães participantes deste estudo relataram terem recebido informações a respeito do motivo de internação dos filhos, todavia, é importante salientar que a linguagem utilizada pela equipe de saúde deve ser assertiva, com vistas a alcançar os diferentes públicos que recebem essa informação e, assim, ocasionar uma mudança nos comportamentos dos indivíduos (DAHER *et. al*, 2014). Os relatos que seguem evidenciam situações em que a informação foi recebida pelos familiares de recém-nascidos de diferentes graus de escolaridade. Ao que tudo indica, eles foram capazes de compreender questões como o tempo de permanência previsto na unidade e a necessidade da realização de exames e tratamento. Porém, no que se relaciona ao entendimento da doença, a assimilação da informação ofertada a estes sujeitos parece não ter ocorrido de forma eficiente:

“Falaram que era por causa da Sífilis. Falaram que... eles teriam que fazer um... (pensando) tipo a mesma injeção que a gente tá tomando [...], e ontem fizeram raio X da cabeçinha dele, pra ver se não afetou [...]” Sujeito 3 (masculino).

“[...] a doutora que chegou... ah, a tua filha vai ficar internada, “causa que” ela tem (pensando)... como é que é que ela falou? (pensando) água no... na espinha, né? Ela falou que tinha água na espinha... [...] que ela tinha que ficar internada uns 7, uns 10 dia, falou bem assim. Por causa desse negócio de Sífilis também, ela tocou [...] no nome desse negócio.” Sujeito 6 (masculino).

“Não eles não deram muita... não me falaram especificamente né. A gente sabe que ele vai ficar lá, por causa que ele tem que fazer o tratamento, tudo direitinho, né.” Sujeito 9 (feminino).

“Eles só enfiam ali remédio e não falam nada, a gente tem que tá indo atrás pra poder saber né...” Sujeito 1 (feminino).

Para uma orientação eficaz, é de suma importância que as equipes de saúde tenham conhecimento do protocolo que define a Sífilis Congênita e que o utilizem como base para definir a necessidade de internação do RN para tratamento (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015). A fala de um participante evidenciou que as condutas tomadas pelos médicos-pediatras seguem o preconizado pela recente atualização dos critérios que definem Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, através da Nota Informativa Nº 2-SEI/2017 - DIAHV/SVS/MS (BRASIL, 2019a).

“Apareceu uma memória... não chegou a dar totalmente positivo, mas apareceu uma memória. E aí me pediram pra mim fazer os testes de sangue né... os exames de sangue. Onde lá constou que um dia eu já tive, mas o “vírus” não estava ativo né [...] que não precisava tratar...” Sujeito 7 (feminino).

Muitas vezes, os usuários sentem-se constrangidos em demonstrar à equipe de saúde que não compreenderam algo em relação ao diagnóstico ou tratamento proposto e, por isso, acredita-se que a conscientização dos profissionais e dos usuários acerca da importância da comunicação em saúde auxilie no estreitamento dos laços entre estes, proporcionando um processo mais humanizado no atendimento (SÃO PAULO, 2010). Para minimizar internações evitáveis de recém-nascidos, ressalta-se, aqui, a importância de investir na atenção à saúde da mulher durante o pré-natal (PAIVA *et. al*, 2013). Salienta-se, também, que para tornar o período de internação menos angustiante para os pais, é necessário que as famílias sejam orientadas de maneira acolhedora sobre o diagnóstico e as intervenções realizadas diariamente, levando em consideração o contexto social e cultural em que elas estão inseridas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados levantados neste estudo, pode-se perceber que os pais e as mães de recém-nascidos diagnosticados com Sífilis Congênita possuem pouco entendimento sobre a doença e suas consequências para o feto. Estes sujeitos tiveram, a partir da internação dos seus filhos, a oportunidade de compreender, de forma superficial,

o motivo da internação e o tratamento proposto. Entretanto, os depoimentos indicam não haver a reflexão de todos os indivíduos de que esse desfecho poderia ter sido evitado. Além disso, os participantes do estudo relataram diversas falhas no processo de diagnóstico e no seu tratamento, dentre elas, a falha de comunicação entre as equipes de saúde e os usuários que interferiu no seguimento do protocolo de controle e tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde.

Também, é possível perceber a escassa literatura acerca do tema, havendo maior concentração de estudos relacionados ao conhecimento dos usuários sobre HIV do que sobre outras IST's, como a Sífilis. Considerando que a Sífilis trata-se de uma doença com taxas crescentes de prevalência nos últimos anos e com grande impacto na saúde pública do País, sugere-se a realização de mais estudos sobre o comportamento sexual de indivíduos adultos, incluindo o uso de preservativo, e sobre seu entendimento acerca da Sífilis.

Investir na educação permanente e na atualização teórica dos profissionais de saúde é uma estratégia importante para que estes desenvolvam as habilidades relevantes para a orientação e manutenção do tratamento da Sífilis e para que, posteriormente, ocorra a difusão de conhecimentos à população através de ações em saúde.

Sugere-se, ainda, a implementação do uso cotidiano dos protocolos clínicos nas unidades de atenção primária, assim como na atenção terciária, com vistas a qualificar a atenção à saúde sexual e reprodutiva da população.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, B. S. et. al. Internação do recém-nascido na unidade neonatal: significado para a mãe. *Rev Rene*. Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 796-803, 2014.
- BARBOSA, J. A. G.; GUIMARÃES, M. D. C.; FREITAS, M. I. F. Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais. *Rev Med Minas Gerais*. Belo Horizonte, v. 23, n. 4, p. 455-461, 2013.
- BARBOSA, J. A. G. *Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil* [tese]. Belo Horizonte: Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
- BASTOS, D. C et. al. Representações sociais da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 330-336, 2013.
- BOWEN, V. et al. Increase in incidence of congenital syphilis — United States, 2012–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep. Atlanta*, v. 64, n. 44, p. 1241-5, 2015.

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União, Brasília, n. 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 570, de 01 de junho de 2000. *Institui o componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres*. Brasília, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico: sífilis*. Brasília, 2019a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Brasília, 2019b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. Brasília, 2019c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil*. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília, 2015.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et. al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. Washington, v. 37, n. 3, p. 140-7, 2015.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.
- DAHER, M. J. E. et. al. A importância da comunicação em uma consulta de pré-natal na estratégia de saúde da família. *Rev. Rede de Cuidados em Saúde*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 1-14, 2014.
- GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 1-8, 2011.
- HEBMULLER, M. G.; FIORI, H. H.; LAGO, E. G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2867-2878, 2015.
- MAGALHÃES, D. M. S. et. al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Effective communication in teamwork in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm*. Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.
- PAIVA, C. V. A. et. al. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. *Rev Min Enferm*. Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 924-931, 2013.
- PHISKE, M.M. Current trends in congenital syphilis. *Indian J Sex Transm Dis*. Vadodora, v. 35, n. 1, p. 12-20, 2014.

- PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Boletim epidemiológico*. Porto Alegre, nº 75, nov. 2019.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Boletim do Instituto de Saúde – Comunicação e Saúde*. São Paulo, v. 12, n. 1, 2010.
- SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 490-496, 2012.
- SILVA, D. A. R. et. al. Prevalência de sífilis em mulheres. *Enferm. Foco*. [S.l.], v. 8, n. 3, p. 61-64, 2017.
- SILVA, D. M. A. et. al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v. 23, n. 2, 278-85, 2014.
- SILVA, M. A. M. et. al. Sentimentos de gestantes com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm UFPI*. Teresina, v. 4, n. 2, p. 84-91, 2015.
- SILVA, T. Q. C.; SZAPIRO, A. M. Mulheres heterossexuais em relacionamento estável: limites do aconselhamento em DST/HIV/AIDS. *Rev Subjetividades*. Fortaleza, v. 15, n. 3, 350-361, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Estrategia Mundial del Sector de La Salud Contra Las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021: hacia el fin de las ITS*. Geneva: World Health Organization, 2016.

REPRESENTAÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: EMARANHADOS DE DESENHOS E PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Cássio Andrade Machado
Lilian Alves Schmitt
Luciano Bedin da Costa
Caren Bavaresco

PONTOS DE PARTIDA

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e- ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação. Com uma ou com várias: educação? Educações (BRANDÃO, 2013, p.13).

A ação entre diferentes disciplinas pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2001, p.74).

Um profissional de saúde alega com certa impaciência: *“essas recomendações do Ministério são infundadas, querem que a gente promova Educação em Saúde nas Unidades, mas olha só, tu já viu o manual da estrutura física de uma unidade de saúde? Não tem auditório nem sala de aula!”*.

A cena ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde, em Porto Alegre, em abril de 2014. A fala reproduzida foi pronunciada por um médico, durante uma conversa informal sobre pactuações de metas e orientações do Ministério da Saúde, para melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica. Nesse mesmo contexto, em outro momento, uma profissional alega: *“a gente ensina, ensina, mas os pacientes nunca aprendem!”*. A alegação de uma enfermeira, frente a constantes conflitos com usuários acerca da implantação de novos fluxos no processo de trabalho da Unidade, faz-nos refletir sobre os desafios dos processos educativos possíveis nesse espaço.

Essas cenas são breves relatos recolhidos em nossa caminhada de dois anos em uma residência junto à Atenção Primária em Saúde, e que, pelo exercício reflexivo, colocam-nos frente a algumas questões: *Quais os lugares para aprender? Em que medida é possível “ensinar, ensinar e ninguém aprender”?* *Que concepções de educação pairam em uma unidade de saúde?* Estas são algumas das questões que juntaram e mobilizaram os autores deste texto, um deles, o residente-pesquisador, os outros, pesquisadores do campo “das educações” e da saúde. Nosso exercício aqui não pretende

apontar respostas, mas dialogar sobre a prática em Educação em Saúde, ventilando e fazendo pontes com perspectivas da teoria do campo educacional.

Dividindo o residente entre espaços de discussões teóricas e o cotidiano de uma Unidade de Saúde, a Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade (2014/2015) do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, apresentava uma organização curricular na qual 80% das 5.760 horas do curso eram realizadas em campo - uma Unidade de Saúde organizada pelo modelo de Estratégia de Saúde da Família - e 20% em espaços de formação teórica.

Desse modo, transitamos pelas experiências formativas paradoxais proporcionadas pelo cotidiano de uma UBS - triagens, fichas de acolhimento esgotadas, atendimento médico centrado, renovação de receitas, falta de profissionais, mas, também, horta comunitária, grupos de mulheres, grupos de crianças, artesanato, sala de espera e consulta coletiva. No espaço teórico, tínhamos discussões frequentes sobre a Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012), Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013), Princípios da Atenção Primária (STARFIELD, 2002), assim como a contribuição de outros autores ligados à saúde coletiva e às políticas públicas.

Nesse misto, por vezes dicotômico entre teoria e prática, o incômodo gerado e acumulado da aparente incapacidade de diálogo entre teoria e prática inquietava. Encontramos sentido nos escritos de Morosini, Fonseca e Pereira (2008, p.161), quando os autores descrevem a Educação em Saúde como *“um campo de disputa”* de diferentes projetos de sociedade. Nesses diferentes projetos de sociedade, estão implícitos diferentes norteadores para o cuidado. Trata-se, a nosso ver, de um movimento reflexivo e emblemático, de uma prática em que a dimensão pedagógica se vê intimamente ligada à gestão do cuidado, às estratégias de saúde e aos movimentos micro e macro políticos.

Ainda mobilizados pela fala inicial da profissional de saúde e tentando compreendê-la em um sentido mais amplo, em um diálogo hermenêutico, lançamo-nos à pergunta que acabou por nortear a pesquisa que apresentamos: *afinal, de que Educação em Saúde estamos falando?*

Das construções no campo da Educação em Saúde

Até as primeiras décadas do século XX, o educar em saúde primou pelo disciplinamento da classe trabalhadora, sendo que, por volta da segunda metade do mesmo século, a prática do educar em saúde voltou-se para uma perspectiva pedagógica, crítica e progressista (MOROSINI, FONSECA e PEREIRA, 2008). Referenciada pela educação popular e provocada pelas ideias libertárias de Paulo Freire,

esse novo paradigma pauta-se no protagonismo do sujeito, no estímulo da reflexão e na autonomia do processo saúde-cuidado (VASCONCELOS, 2015). A incorporação desses novos valores faz com que a Educação em Saúde passe a ser pensada enquanto território comum a diversas disciplinas, dentre estas, a psicologia, sociologia, filosofia e antropologia. Cria-se, portanto, um campo de colaboração e disputas entre diferentes posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL e STUCHINER, 1999).

Ademais, com a implementação do SUS e incorporação do conceito de Promoção da Saúde, tem-se um panorama onde participação da comunidade no controle e gerenciamento de seu próprio cotidiano acaba por produzir fissuras na compreensão de saúde enquanto mera assistência a sujeitos enfermos e populações de risco (MACHADO *et al.*, 2007). Amplia-se, portanto, a qualidade de participação de todos os sujeitos envolvidos, não somente dos usuários, como, também, dos agentes promotores de saúde.

Levando em conta a complexidade sócio-cultural de nosso País, tecida a nuances e matizes das mais diferentes ordens, pode-se chegar facilmente a uma conclusão acerca da impossibilidade de se ter um conceito majoritário acerca do que seja Educação em Saúde. No entanto, alguns autores (VASCONCELOS, 1997; MOURA e RODRIGUES, 2003; VICTOR, 2004) apontam que ela encontra-se ainda crivada por concepções reducionistas acerca de uma educação ligada a uma mera transmissão de conhecimentos e de forma descontextualizada. O que se percebe é uma espécie de herança discursiva, como se os sujeitos deslocassem, para a Educação em Saúde, o entendimento que possuem acerca da insuficiência do ensino escolar na contemporaneidade.

Entretanto, ao nos determos apenas nos conceitos ou nas definições bibliográficas, provavelmente, não iríamos muito longe dos autores já citados. No empenho de estabelecer pontes com o que percebemos no cotidiano de nosso trabalho junto aos profissionais e operadores de saúde, acabamos por lançarmo-nos em um movimento investigativo que pudesse oferecer-nos uma gama de tonalidades acerca de como estes sujeitos percebem a presença da Educação em Saúde em seus cotidianos de trabalho. Lançamo-nos, pois, à construção de uma investigação pelos espaços de trabalho, propondo-nos a uma interação que pudesse favorecer a irrupção de tonalidades mais inventivas e potencialmente discrepantes.

LINHAS METODOLÓGICAS

Utilizamos o desenho como linguagem expressiva principal neste trabalho. No entanto, amparamo-nos, também, em um breve questionário para compreender dados mais objetivos, como idade, profissão, tempo de atuação na instituição, entre outros citados mais adiante.

Representações gráficas são utilizadas pelo homem desde os tempos mais remotos. Widlocher (1965) aborda o desenho enquanto meio de comunicação e a natureza do desenho enquanto meio de expressão, ou seja, o desenho enquanto linguagem. Segundo Maria Helena Fávero (1995), a relação entre desenho e a linguagem falada diz respeito aos modos de simbolização utilizado pelo sujeito para a realização de operações que constituem a atividade do conhecimento. Considerando tais autores, utilizamos o desenho como forma de comunicação inserida em um sistema semântico, logo, passível de análise. Não estávamos, entretanto, preocupados com aspectos dos inconscientes, com poéticas individuais e, tampouco, com interpretações herméticas relativas a cada desenho. Nossa hipótese era a de que, através do ato de produção de desenhos - realizado no espaço coletivo das Unidades de Saúde -, os participantes pudessem trazer questões que talvez o discurso escrito ou oralizado não dessem conta.

Nesse empenho, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição - aprovação 15/016 -, as coordenações de cada Unidade de Saúde¹ foram contatadas por telefone para a realização de agendamentos para a apresentação da proposta às equipes. Os agendamentos ocorreram entre setembro e dezembro de 2015 e a apresentação da proposta deu-se durante as reuniões de equipe ocorridas nesses espaços.

Foi realizado um encontro com duração de uma hora em cada Unidade Básica visitada. A pesquisa abrangeu 12 unidades. Cada participante produziu um desenho ao longo encontro.

Os desenhos evidenciados neste artigo são apenas alguns exemplares de suas categorias e foram escolhidos seguindo o critério de menor perda de qualidade gráfica no processo de digitalização.

O Termo de consentimento Livre Esclarecido (TCLE) era apresentado, assim como o questionário de perfil dos participantes. O questionário apresentado continha questões relacionadas à categoria profissional, formação e questões específicas sobre Educação em Saúde e demandas observadas para o desenvolvimento de Educação em Saúde.

¹ Unidades: Hospital Conceição, Vila Floresta, Divina Providência, Sesc, Barão de Bagé, Parque dos Maias, Jardim Leopoldina, Jardim Itu, Santíssima Trindade, Nossa Senhora Aparecida, Coinma e Costa e Silva

Por fim e após consentimento, os sujeitos eram provocados a pensar em suas concepções acerca da “Educação em Saúde” e a expressá-las graficamente. Os participantes eram convidados a expressar-se a partir da seguinte pergunta generativa: *O que é Educação em Saúde?*

A partir da pergunta, eram apresentados os materiais possíveis para essa exploração gráfica: folhas de desenho no tamanho A4, lápis de cor, giz de ceras, tintas, pincéis, canetas, colas coloridas e tesouras. Após a apresentação do material, os participantes eram informados sobre dois momentos subsequentes: i) enquanto os desenhos fossem finalizados, os mesmos seriam colocados em um varal que seria estendido no local, para que, assim, os profissionais visualizassem a produção da equipe, e ii) após a passagem por todas as Unidades, os desenhos comporiam uma galeria online para o compartilhamento das produções entre as unidades e um e-mail com o endereço dessa galeria seria enviado para o email de todas as Unidades.

UMA ESTRANHA METODOLOGIA

Da produção de dados à catarse coletiva, assim seguia o trabalho. Com o varal estendido, timidamente, não foram raras as perguntas: *“Posso pendurar ou entrego?”*. Com a mão estendida e repleta de clipes, respondíamos: *“Como achares melhor!”*- resposta desnorteante. Os primeiros desenhos eram rapidamente *“abandonados”*, seus autores mostravam-se envergonhados pela qualidade estética que acreditavam que deveria conter naquela folha. Não olhavam para os lados e falavam: *“É só isso?”*. Não que quisessem livrar-se da tarefa, mas talvez do incomum trazido em sua esteira. Afinal, que história era essa de desenho? Que história era essa de pendurar, em um varal, para socializar o desenho? Aos poucos, o varal ficava coberto de produções. Nesse momento, começavam, espontaneamente, os comentários, repletos de críticas e interpretações. Mais do que o aceite pelo TCLE, sentimos a aderência à pesquisa pela entrega à dinâmica, repleta de sorrisos e *selfies*.

Sobre o território da pesquisa

As unidades visitadas (12) contavam com 39 Equipes de Saúde da Família². Vinculados a esses postos, são cadastrados cerca de 105 mil usuários, residentes de

² As Equipes de Saúde da Família eram compostas por médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade, enfermeiros generalistas ou especialistas em saúde da família, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), assim como por equipes de profissionais de saúde bucal com cirurgiões-dentista generalistas ou especialistas em saúde da família, auxiliares e/ou técnicos em Saúde Bucal. Também, contavam com psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, residentes e estagiários de todas as profissões descritas, exceto ACS.

regiões próximas à Avenida Sertório, Avenida Assis Brasil, Avenida do Forte e Avenida Bernardino Silveira Amorim, na Zona Norte de Porto Alegre³.

Sobre o perfil dos colaboradores

A produção dos dados desta pesquisa contou com a colaboração de 239 profissionais. Entre os profissionais envolvidos no estudo, encontram-se as seguintes categorias e os respectivos números: Residentes (51), Agentes Comunitários de Saúde (40), Médicos (23), Técnicos de Enfermagem (18), Enfermeiros (18), Auxiliares Administrativos (17), Odontólogos (13), Auxiliares de Enfermagem (13), Técnicos de Saúde Bucal (13), Estagiários de Ensino Médio (10), Psicólogos (7), Assistentes Sociais (6), Auxiliares de Farmácia (1), Farmacêutico (1) e Nutricionista (1). A idade média dos participantes foi de 39 anos e o tempo de atuação na Atenção Primária foi em média de 9 anos. Quanto à formação, 28% possuíam Especialização, 24% Graduação, 19% Ensino Médio, 17% Ensino Técnico, 8% Mestrado e 0,8% Doutorado e Residência respectivamente. Provenientes de instituições públicas eram 43% deles e 33% de instituições privadas.

Sobre informações fornecidas no questionário referente às aproximações com o tema proposto, Educação em Saúde, 68% dos participantes afirmaram não possuir nenhuma capacitação para o desempenho de atividades de Educação em Saúde, embora 83% tenham interesse em trabalhar com esse tema. Entre os profissionais, 65% informaram não possuir entraves para realizar atividades de Educação em Saúde nas Unidades e 30% alegaram possuir entraves para a realização de atividades com esse fim. Destes, 70% alegaram falta de tempo para o desempenho de atividades relacionadas à Educação em Saúde, 15% descreveram dificuldades de relação entre a equipe e 5% apontaram falta de recursos disponíveis, como salas, cartilhas e projetor. Sobretudo, 80% dos profissionais informaram que estão envolvidos em alguma atividade de Educação em Saúde.

Quanto às atividades envolvidas, 43% dos respondentes relataram envolvimento com a realização de grupos, 20% envolvimento em atividades pré-orientadas por programas, como o Programa Saúde na Escola (PSE) e Hiperdia, 16% descreveram que realizam Educação em Saúde em meio às atividades cotidianas, como consulta individual, e 12% informaram o envolvimento com atividades de formação, como supervisão e

³ No que se refere às estruturas administrativas e gestoras regionais, as unidades encontram-se localizadas nos distritos sanitários 2) Noroeste /Humaitá /Navegantes /Ilhas e 3) Norte /Eixo Baltazar.

preceptoria de estagiários e residentes ou formação continuada para outros profissionais como Educação em Saúde.

Quanto aos temas (e respectivas citações) apresentados pelos profissionais como de interesse para formação continuada, encontram-se: Autocuidado (19), Saúde mental (16), Sexualidade (16), Drogas (12), Prevenção e Promoção (12), Alimentação (8), Adolescência (8), Práticas Integrativas e Complementares (5), Esportes (5), Infância (5), Violência (4), Doenças Crônicas (4), Educação Popular (4), Saúde Bucal (3), Participação Popular (3), Gênero (3), Epidemiologia (2) e Envelhecimento (2).

Em relação às informações obtidas no questionário, cabe destacar algumas relações possíveis. No que tange à formação, 68% dos participantes negaram possuir alguma forma de capacitação para o trabalho com Educação em Saúde, o que nos remete a duas ausências institucionais. A primeira no que diz respeito às instituições de formação de nível superior em saúde, visto que mais de 60% dos entrevistados possuíam no mínimo graduação. A segunda refere-se à própria instituição gestora das unidades e, consequentemente, responsável pela formação continuada desses profissionais, que propõe meta de realização de ações compostas por atividades Educação em Saúde, como, por exemplo, o Programa Saúde na Escola (PSE), às Unidades.

No entanto, 65% dos profissionais informaram não possuir entraves para realizar atividades de Educação em Saúde, e 80% informaram que estão envolvidos em alguma atividade de Educação em Saúde, mostrando que a maioria dos profissionais, mesmo não se sentindo apta a desenvolver atividades de Educação em Saúde, desenvolvem essas atividades. Esse fazer com sentimento de incapacidade pode ser remetido à insegurança dos profissionais para desenvolver atividades às quais não foram capacitados, sem necessariamente comprometer a qualidade dessa ação e/ou representar a promoção de Educação em Saúde de forma não qualificada.

Ao rever, entre os escritos dos profissionais de saúde, frases semelhantes a que inicia este texto “*Não tem auditório nem sala de aula!*”, surpreende-se que, no quantificar desse argumento, ausência de recursos para o desempenho de atividades de Educação em Saúde represente apenas 5%. Em um universo de 236 sujeitos, representa algo em torno de 12 indivíduos. Ou seja, embora sejam notórias falas provenientes de profissionais da saúde que acusam a insuficiência de recursos materiais, os mesmos não reconhecem isso como um impeditivo para a efetivação de atividades de educação. O que nos remete a alegações que defendem o cuidado enquanto gerência de micropolíticas e caracterizado pelas tecnologias leves, muitas vezes, independentes de protocolos e estruturas (MEYER, FELIX e VASCONCELOS, 2013).

SOBRE AS REPRESENTAÇÕES EM DESENHOS E UNIDADES DE ANÁLISE

A abordagem qualitativa liga-se ao fato de assumirmos enquanto pesquisadores que há a influência de aspectos objetivos e, também, subjetivos na composição de nossos processos de pesquisa. Ainda, tais aspectos podem variar de acordo com distintas conjunturas, como o tempo histórico e o interesse de grupos ou do próprio sujeito, em função de seus interesses e posições, bem como a sua relação política e como esta pode ser desdobrada na prática. Nesse sentido, não pretendendo um estudo de caráter neutro e nem, muito menos, resultados que decifrem a verdade sobre “Educação em Saúde” entre os trabalhadores da atenção primária, apresentamos algumas análises possíveis dentro do processo de pesquisa a seguir.

Sobre a análise dos desenhos, optou-se por percorrê-los a partir de uma aproximação dos pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (2011). A definição das unidades de análise ocorre a *posteriori*. Ao final das nossas intervenções junto às doze Unidades de Saúde, chegamos a um *corpus* de 239 desenhos, os quais foram agrupados em quatro unidades (categorias): (1) *educação escolarizante em saúde*, (2) *educação dialógica em saúde*, (3) *representações binárias*; (4) *representações difusas*.

Unidade I: Educação escolarizante em saúde

A primeira unidade, *educação escolarizante em saúde*, caracterizou-se pela composição de elementos que remontam ao cenário escolar clássico, como uso do quadro negro e organização em formato de palestra – perante a um orador. Sob a ótica de Illich (1985), a escola apresenta premissas básicas, dentre as quais, destacamos: I. a escola é lugar de quem não possui saber; II. só pode ser ensinado na escola.

O autor apresenta esse imaginário como fruto do próprio sistema escolar, pelo qual, no caso deste trabalho, todos os profissionais de saúde passaram. Assim, esse entendimento sobre o que é escola, classicamente representado pela figura do professor na frente de alunos enfileirados, encontra-se baseado na crença de que a aprendizagem é o resultado do ensino, e o professor é ator fundamental desse cenário.

Para Illich (1985) e Brandão (2013), a escola não é o único dispositivo responsável pela formação do sujeito. A assistência em saúde também pode cumprir seus desígnios e, talvez, fugindo desse clássico modelo.

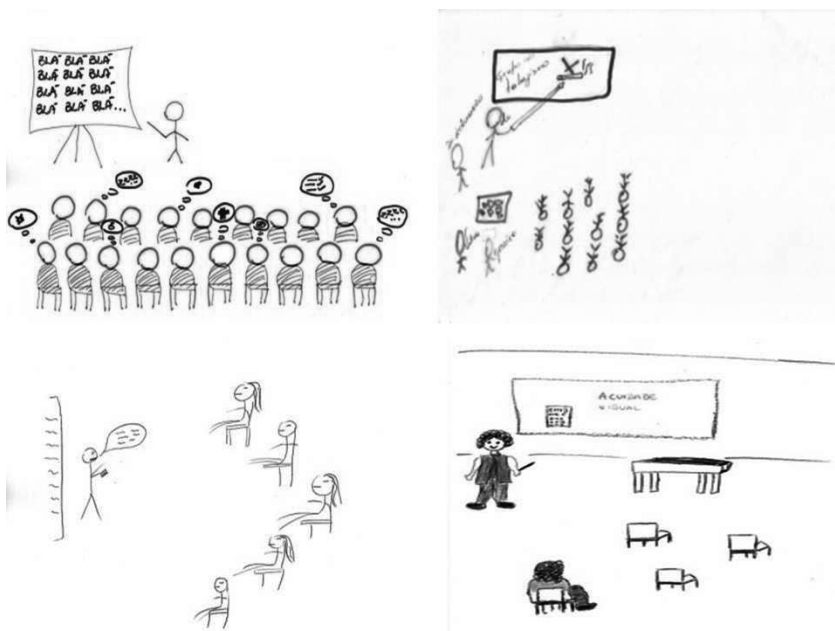


Figura 1. Desenhos ilustrativos do tema *educação escolarizante em saúde*.

Unidade II: Educação dialógica em saúde

Os desenhos agrupados na segunda unidade apresentavam frequentes representações de grupos de sujeitos dispostos de forma circular, impossibilitando a diferenciação de papéis (educador/educando). Frequentes foram também a presença de balões de diálogo e setas em diferentes sentidos.

A perspectiva dialógica na educação, que possui referências, no Brasil, nos escritos de Paulo Freire, foi difundida em meados de 1970, quando movimentos populares, em diversos estados, iniciaram uma teia de experiências nos serviços de saúde, entre elas, a Educação em Saúde, atravessada pela Educação Popular, travestida de assessoria técnica às demandas e iniciativas populares (VASCONCELOS, 2015). Nesse sentido, a vela da educação dialógica em saúde em Unidades Básicas remete à troca de conhecimentos sobre demandas populares e locais. Assim, essa configuração possibilita, além da qualificação de espaços educadores, neste caso, as Unidades de Saúde, a possibilidade de proporcionar a participação popular no gerenciamento e na reorientação das políticas públicas.

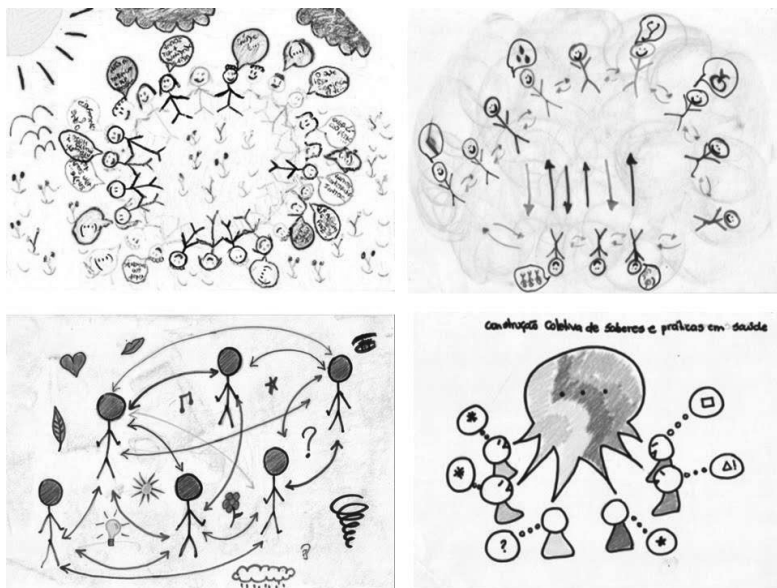


Figura 2. Desenhos ilustrativos do tema *educação dialógica em saúde*.

Unidade III: Representações binárias

A terceira unidade refere-se à identificação de duas unidades em apenas um desenho. Em três desenhos, foram encontradas características da Educação Escolar em Saúde (unidade 1) e Educação Dialógica em Saúde (unidade 2). São apresentadas, nos desenhos, duas cenas divididas por uma linha ou um “x”. Como na unidade 4, Representações difusas, a unidade Representações binárias requer a realização de inquéritos com seus autores para a realização de uma leitura mais fidedigna da proposta do desenho. Sobretudo, apontamentos podem ser compartilhados: no primeiro desenho, identifica-se o conceito de *diferença*, categorizando duas formas distintas de educação pelo uso de uma linha ou fronteira entre ambas. Nesse sentido, destaca-se que o campo de representação da Educação Escolar também é acompanhando de faces infelizes. O segundo desenho também parece apontar para uma dualidade: acima, um sujeito centralizador do processo, logo abaixo de uma linha, uma rede de relações e sujeitos.

O terceiro desenho parece elucidar a possibilidade de existência de um conflito entre diferentes autores/profissionais ou entre expectativa e realidade. Aqui, ainda ressalta-se que a expectativa é a representação do desejo, do almejado. Nesse ponto, a Educação em Saúde pode ser apresentada como a convergência de diferenças e, por meio de conflitos inerentes a esse encontro, aproxima-se de uma busca por espaços que proporcionem maior relação entre os envolvidos.

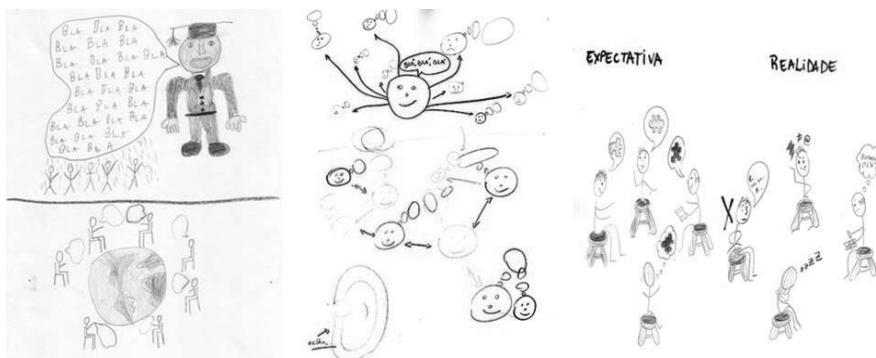


Figura 3. Desenhos ilustrativos do tema *representações binárias*.

Unidade IV: Representações difusas

Referente à quarta unidade, *representações difusas*, os desenhos não apresentaram relações explícitas com o tema Educação em Saúde, possibilitando interpretações mais diversas quanto aos elementos da obra ou requerendo a realização de inquéritos com seus autores para a realização de uma leitura mais fidedigna da proposta do desenho. Ainda assim, tipologias mostraram-se prevalentes – a temática da natureza e o abstrato –, desenhos estereotipados frequentes nos ambientes de escolarização.



Figura 4. Desenhos ilustrativos do tema *representações difusas*.

TRÂNSITO ENTRE DESENHOS, SENTIDOS E PERSPECTIVAS EMARANHADAS

No que se refere às categorias de análise, a que compreendeu o maior número de desenhos dos profissionais foi a categoria *representações difusas*, abrangendo 92 desenhos (38%). Essa indicação pode corresponder diretamente ao posicionamento de 68% dos profissionais ao alegarem que não possuem formação e/ou capacitação sobre o tema Educação em Saúde.

O segundo tema mais frequente foi *educação dialógica em saúde*, com 89 desenhos (37%). Essa pista traz-nos elementos para pensar que, mesmo com a maioria não possuindo formação específica na área de educação em saúde, há o interesse em trabalhar com o tema, segundo 83% dos respondentes do questionário aplicado. Tal desejo, em consonância à ausência institucional em promover ações de educação permanente com assuntos relacionados às demandas do campo de trabalho, requer maiores atenções, indicando a necessidade de estudos posteriores.

Se de um lado o profissional não recebe colaborações para sua formação e não se considera capacitado, de outro, ele ainda o é, desenhando ou representando configurações pedagógicas não apenas consideradas profícuas, mas, também, recomendadas pelas Políticas relacionadas à Educação em Saúde, como, por exemplo, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013).

Ainda, é interessante pensar que a Educação em Saúde pode ser o lugar onde profissionais, mesmo que estejam dispostos em “roda”, reforçam o sistema tradicional de depósito de informação (MEYER, FELIX e VASCONCELOS, 2013). Assim, embora grande parte dos profissionais esteja vinculada às ideias de uma Educação em Saúde dialógica e, portanto, crítica, não necessariamente isso ressoa nas práticas de trabalho. Tal resignificação apenas poderia ser observada em um desdobramento do percurso deste estudo.

A unidade *educação escolarizante em saúde*, representada em 56 desenhos (23%), mostra-nos a riqueza de detalhes na relação educador-educando, estando esta longe daquilo que preconiza a literatura que abrange o campo da Educação em Saúde, um espaço educativo que busque simetrias e dê espaços às diferenças.

No que se refere à unidade de análise *representações binárias*, os desenhos parecem apontar para uma relação entre a *educação escolarizante em saúde* e a *educação dialógica em saúde*. Tal relação pode revelar, além de uma legitimação dos temas propostos enquanto categoria, um desvelar de uma conexão nas práticas de Educação em Saúde, ou ainda, um campo de disputa de diferentes projetos de sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Unidades de Saúde, enquanto instituições balizadas pelos princípios norteadores da Atenção Primária em Saúde – Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação e Orientação Familiar (STARFIELD, 2002) – devido à sua capilaridade entre a população, tornam-se um ambiente fértil para o desenvolvimento de propostas de Educação em Saúde, ao mesmo tempo em que servem de cenário para a disputa de diferentes perspectivas. Este trabalho reconhece-se enquanto cúmplice do corpo que pensa a educação como um processo dialógico avesso à verticalidade pautada pela educação bancária (FREIRE, 2005), mas reconhece, também, que a Educação em Saúde transborda em correntes educacionais e sanitárias e encontra seu principal afluente na forma de conceber as relações pautadas pela Humanização.

Assim, a importância da Educação em Saúde de forma emancipatória extrapola as áreas do saber, ou as ciências da saúde, e contribui com a instauração de uma relação crítica para com as realidades. Nesse sentido, não caberia a realização de imposições verticais de saberes que normatizam hábitos, tão comum às práticas higienistas, mas uma relação horizontal de construção de experiências constitutivas e constituintes do sujeito. Desse modo, faz-se necessário o constante desvelar das situações da Educação em Saúde na Atenção Primária.

Sobre os meios pelos quais essa discussão foi possível, salientamos que esses *outros modos de fazer ouvir*, representados aqui pelo desenho, apresentaram-se como ferramentas potentes no entendimento acerca das concepções emaranhadas entre sujeitos, territórios e práticas de trabalho. Para além de um canal de comunicação, o desenhar apresentou seu viés terapêutico para os envolvidos no processo, transformando a vivência em pesquisa em uma experiência que atravessa e transforma tanto o “sujeito pesquisado” quanto o “sujeito pesquisador” na direção de uma prática qualificada.

Esta pesquisa foi possível, mesmo em um espaço de tensões provocadas por exigências múltiplas e contraditórias como as Unidades Básicas de Saúde, porque trabalhadores sentiram-se sensibilizados. Para estes, fica a gratidão pela colaboração e pela possibilidade de diálogo.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2011.
BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *O que é educação*. São Paulo: Brasiliense, 2013.
BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- _____. Portaria nº2.761, de 19 de novembro de 2013. *Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 nov. 2013.
- _____. Secretaria de Políticas Públicas. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2005.
- FAVERO, Maria Helena; SALIM, Cássia Maria Ramalho. A Relação entre os Conceitos de Saúde, Doença e Morte: Utilização do Desenho na Coleta de Dados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.11, n. 3, p. 181-191, 1995.
- ILLICH, Ivan. *Sociedade sem escola*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, p. 335-342, 2007.
- MEYER, Dagmar Estermann; FÉLIX, Jeane; VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, n. 47, p. 859-871, 2013.
- MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 155-162, 2008.
- MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. *Interface-comunicação, saúde, educação*, v. 7, p. 109-118, 2003.
- SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em Saúde: novas perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. n.2, p. 4-5, 1999.
- STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, 2002.
- VASCONCELOS, E. M. A medicina como deseducadora. *Educação popular nos serviços de saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: HUCITEC, 2015.
- VICTOR, Janaína Fonseca. *Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro*. UFC. 2004. 102f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.
- WIDLOCHER, Daniel. Etude du dessin d'enfant comme mode de communication. *L'hygiène Mentale*, v.5, n. 1, 165-169, 1965.

FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA: POSSÍVEIS INTERFACES PARA O CUIDADO DE IDOSOS COM PARKINSON

Elisandra dos Santos Soares
Ananyr Porto Fajardo

INTRODUÇÃO

A projeção para o Brasil nos próximos vinte anos, segundo IBGE, é que a população atinja 30 milhões de pessoas. Esse crescimento rápido e progressivo no País aponta a necessidade de ações adequadas à saúde dessa população, bem como reflexões acerca do desenvolvimento de ações de promoção e prevenção por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, a fim de promover o atendimento integral por diferentes núcleos (IBGE 2010; BRASIL 2006).

Com o crescimento da população idosa, ocorre um incremento de comorbidades e doenças crônico-degenerativas. Como as mais incidentes e de maior impacto mundial, podemos citar quatro grupos: doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Dentre as doenças crônico-degenerativas, compreendidas como comorbidades severas, podemos citar as de origem neoplásica, metabólicas e neuro-degenerativas. A doença de Parkinson (DP), tema central deste trabalho, compreende o grupo de doenças degenerativas e caracteriza-se por sua evolução progressiva, degenerativa e crônica, acometendo funções motoras, cognitivas e emocionais (ONU 2003; BRASIL 2009; ASSOCIAÇÃO BRASIL PARKINSON, 2017).

A causa da doença permanece desconhecida e não há evidências de que seja hereditária. Mesmo com os avanços científicos, ainda não existe cura, tendo seu curso progressivo e variável em cada paciente. O diagnóstico é realizado por exclusão, sendo recomendados exames complementares como ressonância magnética e tomografia computadorizada, entre outros, para descartar qualquer outra lesão no cérebro. A história clínica do paciente, assim como a avaliação neurológica, são dados importantes para compor o diagnóstico, visto que não existem testes específicos (ASSOCIAÇÃO BRASIL PARKINSON, 2017).

Os sintomas da doença evoluem lentamente, podendo iniciar entre 10 e 15 anos antes de se evidenciar, sendo característico: o tremor, a rigidez muscular, a bradicinesia, as alterações de postura e os sintomas biopsicossociais (BRASIL 2014b). O indivíduo acometido por essa doença necessita de um acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar, visando ao atendimento integral.

A promulgação da constituição de 1988 e a aprovação da lei orgânica de saúde, lei nº 8080/1990, promoveu importantes mudanças no modelo de atenção à saúde, incluindo, no Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade (Brasil, 1990). A lei nº 8080, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, compreende todos os profissionais da saúde, dentre eles, o fonoaudiólogo, parte desta pesquisa, que procurou identificar as possíveis interfaces desses profissionais, junto às equipes estratégias saúde da família (ESF), para o cuidado integral a idosos com Parkinson.

O fonoaudiólogo é um profissional capacitado que pode compor essa equipe multiprofissional, objetivando o tratamento terapêutico às dificuldades de comunicação e alimentação que os idosos acometidos podem apresentar no percurso da evolução da doença (LIMONGI, 2001; CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2017).

Nesses casos, a fonoaudiologia busca reduzir danos na fala, voz e deglutição, potencializando estas funções e, ao mesmo tempo, prevenindo o avanço dos sintomas que, em um determinado estágio da doença, tornarão-se mais frequentes, visto que esse agravo constitui uma doença crônica, degenerativa e progressiva (BAUER et al., 2016). O profissional também contribui na prevenção e redução desses agravos, por meio do atendimento individual e compartilhado e interfaces com outros núcleos de saúde (LIMONGI, 2001).

A atuação fonoaudiológica no sistema público deve primar pela abordagem generalista, preservando os princípios preconizados pelo SUS, considerando o sujeito dentro do seu contexto cultural, social, familiar e o território, para o planejamento de ações de maior relevância à comunidade, junto à Estratégia Saúde da Família (MOREIRA; MOTA 2009). É na Atenção Primária que as ações desempenhadas pelas equipes Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) fortalecem-se junto à comunidade. A prática do cuidado humanizado, diferentemente do modelo tradicional, melhora a qualidade de vida da população (BRASIL, 2010).

A interface fonoaudiológica é de fundamental importância e necessária nesse contexto, visto que os sintomas característicos da DP se estendem a diferentes núcleos profissionais. A atuação multidisciplinar junto a esses usuários permite uma melhor coordenação do cuidado e maior qualidade de vida (RIEDER *et al.*, 2016).

MÉTODO

Foram realizados oito grupos focais, contemplando todas as equipes de Estratégia Saúde da Família de Nova Petrópolis/RS, compostas por médicos de família,

enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, totalizando 73 possíveis participantes. O período de coleta foi de abril de 2018 a agosto de 2018. Como critério de inclusão, foram considerados profissionais que compõem a equipe mínima da ESF (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde) que estivessem atuando no serviço há, pelo menos, seis meses. Foram excluídos os profissionais que estavam em licença por qualquer motivo ou em férias na época da coleta.

Foi proposto a cada equipe um encontro em sua unidade de saúde, no turno do matriciamento, que ocorre mensalmente, para apoio técnico-pedagógico e assistencial às equipes da ESF pelo NASF. A duração prevista para o grupo focal foi de 90 minutos. A cada equipe, foi oferecida uma proposta de data endereçada à chefia das unidades de saúde para realização do grupo focal. Estabelecidas as datas, todos os participantes foram convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do grupo focal, ficando uma cópia com a pesquisadora e outra com o participante.

Para a realização do grupo focal, foi elaborado um roteiro para discussão, composto por quatro perguntas norteadoras, objetivando desencadear reflexões sobre possíveis interfaces entre a fonoaudiologia e as demais profissões na ESF para o cuidado de idosos com Parkinson. A interação foi gravada em áudio, com gravador digital de voz, modelo PX 240, marca Sony, e transcrito pela empresa Audiotext. Os encontros ocorreram em sala de escolha da equipe e as informações produzidas em cada grupo focal foram organizadas seguindo a ordem das perguntas norteadoras, sendo as equipes de saúde identificadas por letras escolhidas aleatoriamente. Os dados foram transcritos e analisados por meio de análise temática, que procura estabelecer elos entre o sujeito, o contexto e suas manifestações (BARDIN, 1977). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC/GHC), sob o número 80367817.0.0000.5530.

O trabalho buscou identificar as possíveis interações entre o profissional fonoaudiólogo e as equipes de Estratégia Saúde da Família acerca do tema, bem como o conhecimento do assunto por parte dos profissionais da saúde e a contribuição da fonoaudiologia, visando ao atendimento integral e resolutivo ao grupo acometido pelo agravo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentaremos as categorias de análise identificadas a partir das perguntas norteadoras da discussão em grupo focal, seguidas dos respectivos trechos

relevantes, para a reflexão sobre as possíveis interfaces entre a fonoaudiologia e os demais núcleos profissionais da Estratégia Saúde da Família, para coordenação do cuidado de idosos com Parkinson:

Intercâmbio de informações entre fonoaudiologia e Estratégia Saúde da Família sobre idosos com Parkinson

O que acontece é assim, tanto é que a fono está nas nossas reuniões uma vez por mês e a gente leva os casos e ela nos dá um retorno, faz a visita. (...) Tenho um senhor com Parkinson e realmente a fono nunca conversou comigo sobre esse senhor, esse problema. Eu acho também que não tem esse acompanhamento. (...) Em relação ao nosso grupo e à fono na minha área, eu não tenho muitos casos. Então muitas vezes a gente traz aquele caso específico, traz para a profissional e, como na minha área não tem nenhum caso praticamente, nunca busquei ajuda da fono. (Equipe A)

Sim, sempre teve em reunião, no dia-a-dia, por telefone ou mensagem. (Equipe B).

Só aquela ação que aconteceu na praça. Nós aqui, exclusivamente não temos. (Equipe C)

A única forma que a gente tem contato com a fonoaudiologia é via NASF, se tem algum caso seria ali, mais pontual, pelo menos agora estamos sem nenhum. (Equipe D)

As primeiras análises indicam divergência a respeito da troca de informação entre a fonoaudiologia e os demais núcleos da saúde, visando ao cuidado de idosos com Parkinson. A comunicação é estabelecida apenas em casos específicos, não parecendo existir uma troca compartilhada de informações para esse cuidado integral e multidisciplinar. A abordagem multidisciplinar transcende o saber da prática individual e de núcleo. No caso da fonoaudiologia, em sua especificidade de atuação nos sintomas da doença de Parkinson, mostra resultados positivos na prevenção de agravos, porém na visão da integralidade do sujeito, a atuação em equipe é que promoverá a adequada coordenação do cuidado, bem como a resolubilidade do caso e mais qualidade de vida ao usuário. Dentro dessa reflexão, os conceitos de núcleo e campo entrelaçam-se na saúde coletiva (CAMPOS, 2000). Outro ponto importante é o acesso à fonoaudiologia pelas equipes ESF's, sendo este realizado por meio do NASF.

O fonoaudiólogo inserido na equipe NASF desenvolve atividades pertinentes ao campo de saúde e comuns aos demais profissionais, assim como intervenções específicas do núcleo. Dentre elas, atua na identificação de fatores de risco, em ações de promoção e prevenção no território, contemplando a saúde da criança e saúde do idoso, na educação permanente junto aos ACS, na participação em campanhas públicas, em terapia individual, em terapia em grupo, na visita domiciliar, dentre outras ações,

buscando a integralidade do cuidado (AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010). Entretanto, cabe a reflexão de que esse profissional está sendo demandado para os casos pontuais quando presentes, não se estabelecendo uma comunicação efetiva para a discussão de ações e estratégias que promovam a coordenação do cuidado por todos da equipe, bem como o cuidado compartilhado.

O desconhecimento do tema e/ou a vivência diária desses agravos na rotina de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) podem ser fatores limitantes para a formulação de ações em saúde, bem como o reconhecimento desses usuários em seu território, favorecendo que busquem atendimento na rede privada e somente acessem a UBS para queixas e sintomas clínicos.

Possíveis ações conjuntas entre fonoaudiologia e os demais profissionais da equipe de saúde

Eu lembro daquela atividade na praça, recentemente, em função do dia do Parkinson em que foram convidados, todos foram convidados, que eu passei pra vocês. Foi uma conversa com pacientes com Parkinson ali na praça em comemoração, não é comemoração, mas em dia do paciente do Parkinson. (Equipe A)

Eu acho que ação conjunta nenhuma, pelo menos até o momento. (Equipe D)

O que eu vejo seria um apoio do NASF pra discutir um caso específico. (Equipe E)

Então, visitas domiciliares com a enfermagem e com as agentes de saúde junto com a fonoaudiologia. Discussão de caso na reunião de equipe e atendimento também. (Equipe G)

Nada, porque até o momento não tínhamos fonoaudiólogo para isso. (Equipe F)

Não tem aqui, mais a parte clínica dos pacientes com Parkinson. [...] Não existe essa demanda para nós. (Equipe H)

As ações conjuntas promovem práticas de promoção e prevenção que, quando construídas por diferentes núcleos profissionais, proporcionam maior qualidade de vida ao usuário. A ausência desse trabalho em conjunto limita e fragmenta as ações em saúde, pois os cuidados passam a girar em torno da visão biomédica, aumentando a medicalização e o diálogo vertical entre as equipes em alguns casos. Os excertos acima demonstram que existe uma lacuna no desenvolvimento dessas ações integradas.

A fonoaudiologia como ciência da saúde, inserida no contexto da saúde pública e diante dos princípios e das diretrizes do SUS, contribuirá, por meio de interfaces com diferentes categorias profissionais, para o cuidado integral e humanizado de idosos com a doença de Parkinson, que vai além do cuidado médico-centrado e do clínico-assistencial, mas, sim, ao encontro da clínica ampliada, em que todos os atores são envolvidos e

corresponsabilizados na prática do cuidado (MOREIRA; MOTA, 2009; AYRES, 2004). Observa-se, nas falas, que as ações em conjunto ficam centradas na figura do fonoaudiólogo, partindo dele esse movimento e na presença de algum caso. Na ausência desse movimento ou desse profissional na unidade de saúde, a demanda passa a “não existir” ou ser a anulada perante o desconhecimento do tema pelos profissionais, também se perde a contribuição do fonoaudiólogo além do assistencialismo, em ações de promoção e prevenção, capacitações e atendimento compartilhado junto às estratégias saúde da família e outros núcleos profissionais.

A presença desse profissional inserido no NASF potencializa esse movimento interdisciplinar nas ações em conjunto. A partir da Política Nacional de Atenção Básica, regida pela portaria nº 2488/2011, ocorre a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica, à ESF e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ampliando o escopo de categorias profissionais e integrando, assim, o profissional fonoaudiólogo ao NASF, que aparece como apoio em um dos trechos supracitados (BRASIL, 2012; CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2017). Nesse contexto, as ações integradas por diferentes núcleos qualificam os atendimentos e promovem maior resolutividade. Portanto, a reestruturação do sistema de saúde, a partir da revisão das diretrizes e normas de organização da Atenção Básica, amplia a atuação interdisciplinar desse profissional na atenção primária à saúde (BEFI, 1997).

Comunicação entre a unidade de saúde e o serviço de referência dos pacientes sob responsabilidade desta equipe

Alguns desses pacientes, a maioria pra falar bem a verdade, quando eu vim pra cá, já tinham o diagnóstico. Alguns tinham acompanhamento em Caxias ou Porto Alegre e perderam o contato para serem encaminhados. Mas, por exemplo, o [nome do paciente] tá, agora, atualmente ele tem o acompanhamento lá em Porto Alegre e quem fez o contato, daquela vez da medicação, pra ver quantidade, pra falar com o neuro foi tu [refere-se à fonoaudióloga, pesquisadora principal]. Eu pessoalmente não cheguei a falar com o neurologista, com a equipe que cuida dele lá, mas eventualmente... (Equipe B)

De certa forma, existe. Quando são aqueles pacientes que vêm aqui e são encaminhados num primeiro momento pelo neurologista. Existe um neurologista em Caxias que dá o retorno, ele faz a referência e contrarreferência. (Equipe F)

Geralmente o diagnóstico de Parkinson é feito aqui. Não tem referência pra fazer o diagnóstico de Parkinson, a não ser quando se tenha um caso fora do normal. (Equipe G)

Não tem comunicação, não tem como contrarreferência ao neuro, eu não recebo nada. (Equipe C)

Esta categoria emergiu de falas provenientes, na sua maioria, de médicos. As equipes compreendem que a comunicação com o serviço de referência (local onde foi feito o diagnóstico de Parkinson) fica a cargo do médico, pois é o profissional que contém as informações técnicas do caso.

As diferentes falas sobre o fluxo de referência e contrarreferência confirmam a necessidade de estabelecer o gerenciamento e a organização desses arranjos, visando ao atendimento integral e ao cuidado longitudinal. A comunicação intersetorial das equipes de Estratégia Saúde da Família com outros pontos da rede promove o cuidado compartilhado do usuário nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2013).

A necessidade de ações integradas por diferentes núcleos intensifica-se na medida em que o sujeito idoso pode apresentar múltiplas comorbidades associadas, ou não, a doenças crônico-degenerativas, dentre elas, o Parkinson. O princípio da integralidade na concepção de ações e serviços de saúde de promoção, prevenção e reabilitação, individual ou coletiva, quando articulados entre si, promove a construção de uma rede de serviços nos diversos níveis de complexidade, promovendo práticas eficazes do cuidado que transcendem as práticas assistencialistas (BRASIL, 2017; CAMPOS, 2000; AYRES, 2004).

O fazer em saúde precisa transcender a prática biomédica, de forma que todos os profissionais da área da saúde compreendam que o fazer integrado fortalece a rede em vez de fragmentá-la. A comunicação em rede e, principalmente, com os serviços de referência e os diferentes pontos da rede, promove a adequada coordenação do cuidado.

Sugestões para qualificar o cuidado de idoso com Parkinson no contexto abordado

Mais capacitações de todas as áreas, tanto os médicos como educador físico, não somente no núcleo da fono. Seria bom para todos. Quem sabe fazer uma educação continuada, capacitação em que cada um pudesse falar um pouquinho os cuidados. (Equipe A)

Seria interessante que tivesse um grupo para os cuidadores. O Parkinson, em determinado momento, exige bastante desse cuidador, desse familiar. (Equipe F)

Seria interessante fazermos uma capacitação para esses familiares e até os pacientes com algumas dicas, já que o assunto hoje é fonoaudiologia. Algumas dicas para trabalharem essa questão da doença deles. (Equipe H)

Acho que passa pela conscientização primeiramente de todos, a importância dessa doença, de prevalência, que tem prevalência na população idosa, da capacitação também de toda a equipe, e de promover ações. (Equipe D)

Estabelecer um diálogo entre às áreas da saúde em algum momento, pois quando a gente vê o ponto de vista de outro profissional a gente sempre aprende. (Equipe G)

Vejo que é necessário ter uma comunicação entre a equipe para estarmos podendo identificar esses pacientes e fazer um trabalho que pode melhorar a qualidade de vida dele. (Equipe C)

Pensando nesse público de idosos com Parkinson aqui no território, o grupo seria muito eficiente. (Equipe B)

Todas as equipes concordaram quanto à necessidade de capacitação e educação permanente para os profissionais da saúde, usuários e familiares, além do desenvolvimento de ações no território. É importante ressaltar que a atuação do profissional fonoaudiólogo no NASF consiste em desenvolver atividades pertinentes ao campo de saúde e comuns aos demais profissionais, assim como intervenções específicas do núcleo. Dentre elas, atua na identificação de fatores de risco, em ações de promoção e prevenção no território, contemplando a saúde da criança e saúde do idoso, na educação permanente junto aos ACS, na participação em campanhas públicas, em terapia individual, em terapia em grupo, na visita domiciliar, dentre outras ações, buscando a integralidade do cuidado (AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010).

As equipes de saúde da família, em conjunto ao fonoaudiólogo, podem construir diferentes capacitações, partindo do diagnóstico do território, ou seja, realizando uma busca ativa desses idosos com Parkinson para a elaboração de ações e estratégias em saúde. A partir da educação permanente, as equipes podem desenvolver uma reflexão crítica sobre sua prática junto à comunidade. Promover a qualificação desses profissionais é promover saúde e conhecimento para um atendimento de qualidade e resolutivo a essa população acometida (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006b). A atuação fonoaudiológica no sistema público deve preponderar pela abordagem generalista, preservando os princípios preconizados pelo SUS. Também, deve considerar a elaboração e o planejamento de ações de maior relevância para a comunidade junto às Estratégias Saúde da Família, provendo, assim, o cuidado compartilhado (MOREIRA; MOTA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo indicou que a interface entre o profissional de fonoaudiologia e as equipes de Estratégia Saúde da Família para o cuidado de idosos com Parkinson mostra-se frágil na medida em que esse profissional é demandado apenas quando um novo caso apresenta-se ou quando o usuário apresenta queixas relacionadas à voz e à dificuldade com a alimentação. Os pacientes com esse agravo trazem outras queixas também, como limitações motoras e de ordem cognitiva e emocional. Assim, os profissionais são acionados de forma isolada, contribuindo para a fragmentação do cuidado. Tal prática de

atenção à saúde demonstra uma ação unilateral, sem discussão do caso pela equipe para elaboração de um plano terapêutico que atenda o sujeito em sua totalidade.

A percepção dos profissionais dentro da mesma equipe também diverge quanto ao conhecimento da doença de Parkinson, à contribuição fonoaudiológica nesses casos, ao cuidado compartilhado, à atuação interdisciplinar e à prática da referência e contrarreferência, dentre outros dispositivos da saúde para o cuidado integral. No entanto, quando esse profissional fica alocado na unidade de saúde ou é referência para uma equipe, isso se torna um potencializador para a sensibilização do grupo, promovendo, assim, interfaces para o cuidado em saúde.

As ações conjuntas entre o fonoaudiólogo e as equipes podem evoluir paulatinamente, à medida que as capacitações acerca do tema forem inseridas, favorecendo, desse modo, possíveis interfaces. As atividades de prevenção que beneficiam os idosos portadores da doença, considerando sua evolução, são vistas de forma isolada, atendendo somente à demanda ou queixa clínica, o que descaracteriza o cuidado compartilhado. Cabe ressaltar que a falta de conhecimento acerca do tema pode ser um dos fatores determinantes para que as interfaces conjuntas sejam construídas e estabelecidas com o profissional fonoaudiólogo e por profissionais de diferentes núcleos. É importante destacar que essas interfaces geram ações de cunho informativo para a população, usuários, familiares e profissionais em geral.

Outro ponto importante é a comunicação com o serviço de referência, local onde o diagnóstico da doença foi realizado, pois, após esse processo, o paciente é encaminhado ao seu município de origem, para acompanhamento e retirada de medicamentos na farmácia municipal e/ou do estado (localizada em Porto Alegre). A ausência dessa interface ou seu acionamento apenas quando necessário podem implicar em diferentes configurações do caso ou se restringir apenas ao acompanhamento clínico. É importante apontar que os idosos portadores da doença acabam deslocando-se a outros municípios para consultar e receber acompanhamento neurológico, bem como realizar exames de imagem quando solicitado.

Nesse sentido, é necessário propor uma reflexão acerca da rede de atenção para idosos com a doença de Parkinson no município de Nova Petrópolis. Portanto, para que a coordenação do cuidado a esses usuários estabeleça-se de forma efetiva, as equipes abordam a necessidade da Educação Permanente como uma ferramenta de conhecimento sobre o tema. Assim, com um embasamento mais sólido, poderiam desenvolver ações de promoção e prevenção, além do cuidado compartilhado, ampliando a visão integrativa, interdisciplinar e singular de cada sujeito, a fim de promover mais

qualidade de vida à população idosa acometida pela doença. Para a construção dessas estratégias, é importante o conhecimento do território e dos usuários, bem como o delineamento do número de usuários com a doença de Parkinson, a fim de propor ações conjuntas de prevenção e redução de agravos.

O profissional fonoaudiólogo inserido no contexto de saúde pública possui papel fundamental para fomentar e sensibilizar as equipes Estratégias Saúde da Família. Quando inserido nas equipes de NASF, potencializa o acompanhamento interdisciplinar e integrativo do sujeito. A pesquisa concluiu que a presença desse profissional junto às unidades básicas de saúde pode sensibilizar o olhar acerca do tema Parkinson em idosos, promovendo, assim, ações conjuntas por meio de interfaces, resultando em estratégias efetivas para o cuidado em saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASIL PARKINSON. *O que é Parkinson?*.
AVEJONAS, D.R.M; MENDES, V.L; AMATO, C.A.H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v.15, n.3, p. 465-74, 2010.
AYRES, J.R.C.M. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v.13, n.3, p. 16-29, 2004.
BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
BAUER, M.A Aspectos Fonoaudiológicos na doença de Parkinson. In: RIEDER, C.R.M. et al. [org.]. *Entendendo a doença de Parkinson: Informações para pacientes, familiares e cuidadores*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.
BEFI, D. *Fonoaudiologia na atenção primária à Saúde*. São Paulo: Lovise, 1997.
BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Brasília, Ministério da Saúde, 2013. V. 2
BRASIL. *Constituição de 1988: República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde Nº 8080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Educação Permanente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio a Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
BRASIL. Ministério da Saúde. *Conheça os sintomas do Mal de Parkinson*, 2014b.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.*

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.2, pp.219-230.
- CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. Resolução CFFa Nº 320, de 17 de fevereiro de 2006. *Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras providências*.
- IBGE. *Infográficos: evolução populacional e pirâmide etária*. Porto Alegre, 18 fev. 2019.
- LIMONGI, J.C.P. *Conhecendo melhor a Doença de Parkinson: uma abordagem multiprofissional com orientações práticas para o dia-a-dia*. São Paulo: PLEXUS, 2001.
- MOREIRA, M.D; MOTA, H.B. Os Caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. *Revista CEFAC*, São Paulo, v.11, n.3, p. 516-521, jul./set. 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde*. 2003.
- RIEDER, C.R.M.; TRENTIN, S. Doença de Parkinson. In: RIEDER, C.R.M. et al. [org.]. *Entendendo a doença de Parkinson: Informações para pacientes, familiares e cuidadores*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

BRINCAR É COISA SÉRIA: A CLÍNICA DA INFÂNCIA ATRAVÉS DO BRINCAR NO CAPS I PANDORGA

Fernanda Mantese Paul
Marta Orofino

INTRODUÇÃO

Este escrito surge como proposta de trabalho de conclusão de um percurso que durou dois anos⁴. No decorrer dessa trajetória, transitei por diversos mundos, escutei um número considerável de histórias, encontrei muito sofrimento, mas, também, muito brilho no olhar. Ser residente do programa de Saúde Mental é trabalhar com vidas portadoras de insígnias, as quais são alvo de preconceito, exclusão e invisibilidade. Diante dos caminhos traçados ao longo da residência, escolhi o brincar, no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil, enquanto tema para mergulhar nesta escrita. E diante de tanta crueza encontrada pelo caminho, talvez o brincar tenha me escolhido enquanto respiro.

Brincar, para mim, é o casamento mais bem-sucedido da seriedade com a leveza; é jogar com o que se tem à disposição; é desprendimento; é colocar o corpo em cena; é a inventividade a todo vapor. Para muitos, no entanto, o brincar está apenas associado à recreação. Não enxergam o potencial terapêutico contido nessa ação. Não sabem o tanto de trabalho psíquico que uma criança precisa fazer para empenhar-se em uma atividade como essa. Não concedem valor de tratamento ao que parece ser tão banal.

O CAPS i Pandorga é o cenário de minhas narrativas e o lugar em que meu encanto pela clínica infanto-juvenil cresceu. É provável que alguns dos leitores já conheçam essa instituição; no entanto, acredito ser importante apresentá-la aos que não tiveram tal oportunidade. O Pandorga pertence ao Grupo Hospitalar Conceição e nasce no ano de 2010, na zona norte da cidade de Porto Alegre. Ele é um serviço de referência em saúde mental à infância e à adolescência para 33 unidades de saúde da região.

O que movimenta as engrenagens do Pandorga são as pessoas, os usuários e os trabalhadores que dão vida à instituição. Ele é composto por uma equipe multiprofissional que conta com psicólogas, psiquiatras, assistentes sociais, terapeuta ocupacional,

⁴ Este artigo é uma versão reduzida do meu Trabalho de Conclusão da Residência. O texto completo conta ainda com um sexto capítulo, que aborda, dentre outras questões, a entrada das crianças em outra modalidade de brincadeira, a qual diz respeito aos jogos de regras.

enfermeiras, técnicos de enfermagem, nutricionista, psicopedagoga, educador físico, arteterapeuta e técnicos administrativos. Um grupo bastante heterogêneo que consegue construir um trabalho muito bonito e potente a partir de um ponto comum — o interesse pelo público infanto-juvenil e pela saúde mental.

Também compoendo o espaço, estão os usuários. Para ser usuário do CAPS i, não basta ser criança ou adolescente; estar em sofrimento psíquico grave é colocado pela política como condição. Logo, atendemos casos complexos, famílias repletas de histórias marcadas pelos mais diversos traumas, crianças que se deparam com entraves em seu desenvolvimento global, adolescentes que flertam com a morte, mas, acima de tudo, atendemos sujeitos. Pessoas com desejos, direitos, responsabilidades, afetos e sonhos.

Diante de tudo isso, o brincar surge também como escolha, pois representa um ponto comum à infância, independente de diagnósticos. Pensar a clínica da infância a partir do brincar possibilita refletir sobre os diversos casos acompanhados, o que não seria possível com um tema de pesquisa baseado em alguma psicopatologia específica. Para trabalhar com crianças, é importante que sejamos críticos às possíveis cristalizações que os diagnósticos propiciam, justamente por estarmos tratando de uma fase de movimentações constantes. As hipóteses diagnósticas podem servir para direcionar intervenções, mas jamais para estancar as possibilidades de um pequeno ser.

Para dar início ao processo de escrita, então, compro um caderno, dou a ele o nome de Diário de Bordo⁵ e inicio os relatos sobre o que via e vivia no CAPS i Pandorga. Narro na tentativa de dar sentido às experiências. Escrevo por querer elaborar o que li e vivi. Construo este escrito para tentar formular algo de meu no tanto que encontrei de outros. Espero também ir um pouco além e poder compartilhar um escrito que transmita a seriedade envolvida no brincar, sublinhando a importância dessa ação para a constituição psíquica do sujeito.

Entre uma experiência e outra vividas no Pandorga, não raras vezes senti-me perdida e precisei buscar amparo também em escritos redigidos por outras mãos. A partir dessa busca por referências, situo a psicanálise. A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil entende que, para que haja a constituição de um psiquismo, é necessária a articulação de condições orgânicas (aparelho biológico dotado de um sistema nervoso central) e de pessoas que assegurem o cumprimento da função materna e paterna, que, a partir dos cuidados básicos administrados, introduzirão o pequeno ser

⁵Para fazer menção ao instrumento de pesquisa qualitativa conhecido como “diário de campo”, Prado e Caldas (2015) e Aun (2005) utilizam-se do termo “diário de bordo”, fazendo referência às navegações e imprevisibilidades que o mar impõe àqueles que nele se aventuram. Assim como esses autores, opto pela utilização desse termo.

na linguagem e na cultura, oferecendo-lhe um lugar simbólico que lhe permita ser sujeito de sua história (BERNARDINO, 2006).

A psicanálise enfatiza a relevância que o brincar assume na vida de uma criança, demonstrando o quanto essa atividade estende-se ao longo da infância de diferentes maneiras. Winnicott (1975), pediatra e psicanalista inglês, em seu célebre, *O brincar e a realidade*, refere-se à experiência do brincar como uma atividade estruturante do processo de subjetivação. Para o psicanalista argentino Ricardo Rodulfo (1990, p. 91), essa atividade é o fio condutor para se pensar a constituição subjetiva e “Não há nenhuma perturbação severa, perigosa ou significativa, na infância, que não se espelhe de alguma maneira no brincar”. Julieta Jerusalinsky (2011, p. 260), também psicanalista, coloca que o “Brincar assume na clínica a dimensão de sustentar a produção de atos de criação da criança diante de uma palavra que, por sua condição de infante, ainda se revela insuficiente.”.

Dito isso, nas próximas páginas, serão abordadas diferentes faces do brincar, a partir de recortes extraídos de meu Diário de Bordo e de articulações destes com a visão psicanalítica sobre o tema. Os três primeiros capítulos contam com narrativas de um momento ainda anterior ao brincar simbólico, em que as crianças estão se havendo com um brincar mais arcaico, que diz respeito aos jogos constituintes do sujeito (RODULFO, 1990). O leitor encontrará cenas de atendimentos individuais, mas, também, de atendimentos coletivos realizados no CAPS I Pandorga, e verá o quanto o brincar pode modificar-se não só ao longo da infância, mas, também, no decorrer do próprio tratamento.

OS CONTORNOS DE UM CORPO

Miguel⁶ tem um apego muito grande à mãe. Demorou um tempo para que pudesse sustentar ficar nos atendimentos sem que ela estivesse presente. O menino segue utilizando as mãos, os braços e o corpo da mãe como se fossem um pouco seus. Pega em seu braço para apoiá-lo na realização de seus desejos e ações. Miguel ainda não fala, mas comunica-se através de gestos e olhares. A mãe o compreende e se toma pelos pedidos do filho, realizando-os, porém, sem oferecer-lhe palavras. Mal percebe que seu corpo e o dele ainda estão um pouco colados. (Diário de Bordo, abril de 2019)

Esta passagem de meu diário de bordo acionou uma lembrança em mim daquilo que Winnicott (1975) chamou de “estado de quase doença”, em que a mãe adapta-se às necessidades do bebê e se identifica com elas. Isso se refere a momentos muito iniciais na vida de um pequeno ser, em que bebê e objeto ainda estão fundidos um no outro, sem que haja uma noção sobre o que é interno e o que é externo. Que a mãe seja capaz de

⁶ Os nomes utilizados neste trabalho são fictícios.

desenvolver essa condição é essencial para que seu bebê comece a existir. Essa formulação também está colocada através da operação de alienação, conceito trazido pelo psicanalista Jacques Lacan, para pensar a constituição psíquica do sujeito.

A partir dessa operação, Lacan evidencia a importância que a linguagem adquire para que um ser se constitua enquanto sujeito. “Assim, antes de falar por si próprio, o bebê é falado[...].” (BERNARDINO, 2006, p. 25). Dirão a ele sobre como se sente, o que deseja e como se coloca no mundo: é risonho, é muito esperto, é comilão. “Quando começa a falar, é como outro que ele se refere primeiramente a si mesmo; diz, por exemplo: ‘ele quer...’, ‘o nenê vai...’.” (BERNARDINO, 2006, p. 25). O exemplo que trago em meu diário de bordo indica que não basta supor e antecipar o que o bebê deseja, é preciso encharcá-lo de palavras. Só assim esse pequeno ser poderá vir a ter uma existência simbólica.

Nessa condição em que mãe e bebê se encontram, é essencial que ela vá demarcando em seu filho zonas erógenas e, a partir desse movimento, ajude-o na construção de um corpo. Um clássico exemplo é o da brincadeira de morder as mãozinhas e os pezinhos, utilizando-se também das palavras e da entonação da voz, a fim de exaltar o prazer envolvido na brincadeira.

Podemos observar, então, que, desde os primeiros meses de vida, já estão presentes jogos constituintes, que serão referência para os primórdios do brincar. “Esses jogos têm a peculiaridade de não ser nem só do bebê nem só da mãe, mas criações produzidas no laço mãe-bebê.” (JERUSALINSKY, 2011, p.232). Apesar da utilização do termo bebê, é importante salientar o quanto esses jogos também são centrais na clínica com crianças que, mesmo já não sendo mais bebês, não conseguem produzir esses movimentos enquanto resposta psíquica diante do Outro⁷ (JERUSALINSKY, 2011).

O papel da mãe nesse processo de libidinização do corpo é essencial, pois mostra à criança que o corpo é um lugar de prazer. Pensando nesse processo de marcação corporal, investimos em brincadeiras que demarcassem, de alguma forma, os contornos do Miguel. Uma delas foi a de fazer-lhe cócegas e ir nomeando, a partir daí, as partes de seu corpo atingidas pelas “cosquinhas”. Miguel ria muito e oferecia seu corpo para que enchêssemos de cócegas, movimentos que indicam que há, por parte do menino, uma apropriação das sensações corporais e certa demanda de amor do outro — experiência esta que marca indícios de um prazer compartilhado, base primordial das interações

⁷“Para tratar da constituição psíquica, Lacan diferencia duas instâncias: o chamado de ‘pequeno outro’, que seria o semelhante, o parceiro imaginário, e o ‘Outro’ (grande Outro), que ele conceitualiza como a instância simbólica e, portanto, da linguagem, que determina o sujeito, sendo de natureza anterior e exterior a ele; lugar da palavra, do tesouro dos significantes (Lacan, 1985, p. 297).” (ZACHELLO; PAUL; GURSKI, 2015, p.474).

sociais, que faz referência ao terceiro tempo do circuito pulsional⁸, necessário para que possa haver a alienação do bebê.

No entanto, tão importante quanto a formação desse estado de alienação, em que a mãe supõe e antecipa o desejo do filho, está a produção de certa descontinuidade entre os dois. Será a partir dessa alternância entre alienação–separação que o sujeito poderá empenhar-se na construção de seu próprio corpo, para, assim, identificar-se como um ser separado de sua mãe. É quando a criança começa a perceber que a mãe, ou quem exerce essa função, não detém todo o saber, não dirige toda sua atenção para ela, que o pequeno se perguntará sobre o seu próprio desejo. É necessária essa “[...] segunda operação – de separação – que desalienará o sujeito do saber e das palavras deste Outro, para que ele tenha uma existência simbólica própria.” (BERNARDINO, 2006, p. 26).

A partir de seu livro *O brincar e o significante*, Rodolfo (1990) traz sobre a relevância dos jogos constituintes para a estruturação psíquica do sujeito. Um dos jogos primordiais trabalhados por ele trata de uma função muito importante do brincar para uma criança, relativa à constituição libidinal do corpo: a possibilidade de que, a partir do brincar, ela possa construir uma noção sobre seu corpo, através de um “processo de extrair-fabricar superfícies contínuas” (RODULFO, 1990). Mas o que exatamente seria isso? O autor explicita que, quando nos referimos à estruturação do corpo, a primeira demarcação feita não será a de seu interior, mas, sim, a de suas bordas. Para que o bebê possa separar-se da mãe, é preciso que, aos poucos, ele vá delimitando o contorno de seu corpo, traçando uma linha que sustente certa continuidade no que inicialmente não está integrado e que ainda confunde-se com o corpo materno.

Além disso, as rotinas, segundo Rodolfo (1990), são outros dos tantos nomes de fabricação de superfícies. As rotinas oferecem certa regularidade organizadora externa que se apresenta como muito importante aos pequenos que ainda não têm uma organização interna bem constituída. Uma prática comum nas oficinas realizadas no Pandorga é a formação de uma roda, feita com os colchonetes, como ritual para iniciar as atividades. Esse movimento, além de mostrar-se como uma rotina organizadora, pode ser traduzido como um bordejamento do espaço, um traçado que delimita e assegura o corpo coletivo para que ali, entre os diferentes, seja possível a constituição de um comum, algo

⁸O circuito pulsional, inicialmente trazido por Freud (1969), abrange três tempos: ativo, reflexivo e passivo. Lacan, ao fazer a releitura de Freud, acrescenta, ao terceiro tempo, uma nova interpretação. Conforme coloca, este tempo não estaria marcado por uma mera passividade, mas por “[...] um ‘se fazer’ objeto de um novo sujeito (se fazer comer, se fazer olhar, se fazer ouvir).” (LAVRADOR; MERLETTI, 2017, p.549). Esse terceiro tempo está ausente em algumas crianças, as quais não apresentam essa busca ativa pelo olhar do outro.

que possibilita a garantia de certa continuidade. Outro exemplo de fabricação de superfícies contínuas é o do bebê que se lambuza com a papinha, demonstrando entusiasmo ao fazê-lo. São exemplos simples presentes no cotidiano que podem, inclusive, passar despercebidos ou até ser considerados problemáticos, mas que têm um grande significado a esses iniciantes no mundo. Afinal, estabelecer o que é meu e o que é do outro não é uma tarefa tão natural como costumamos pensar e exige muito trabalho psíquico.

DAR VIDA AO OBJETO

Na primeira vez em que vi Pedro, os brinquedos escolhidos pelo menino haviam sido os carrinhos. Ele, no entanto, não parecia brincar com eles. Apenas enfileirava-os e organizava-os conforme cor, tipo e tamanho. Mexia com eles para frente e para trás, em um movimento de vai e vem. Repetia esse ato uma, duas, três, incansáveis vezes. (Diário de Bordo, maio de 2019)

Pedro não estava fazendo uso dos carrinhos como um brinquedo que se locomove com algum objetivo, participa de uma corrida, bate em um poste ou capota. Ele tomava aquele objeto pela estereotipia. Ainda que possamos observar a existência de um critério lógico de classificação em sua organização, a função do objeto não era reconhecida por ele. Seu brincar era ritualizado, ou melhor, não havia ali um brincar, não havia desdobramento da cena, somente uma manipulação do objeto. Vasconcellos (2010, p. 239) traz uma visão interessante sobre a estereotipia, diferenciando-a da repetição, pois, enquanto na repetição há uma possibilidade de recriação, “Na estereotipia há uma eternização do mesmo, não pode mudar porque não há um antes, nem um depois: a criança fica eclipsada em um ‘instante infinito’”.

Foi a partir justamente desse automatismo que resolvemos investir nos encontros com Pedro. Começamos a tentar formular, através de seu movimento, uma brincadeira. Pedro colocava os carrinhos lado a lado, organizando-os, e nós criamos ali uma faixa de início de corrida. Embalados pela nossa voz, que entoava “um, dois, três e-e-e já!”, os carrinhos eram movidos como se estivessem em uma pista. Inicialmente, Pedro pareceu não aceitar essa nossa investida, mas, após repetirmos esse movimento algumas vezes, com prazer e animação, conseguimos enlacá-lo, mesmo que minimamente, em uma brincadeira.

No caso que trago aqui, foram necessários cinco atendimentos para dar vida ao objeto, ou seja, um mês para que Pedro deslocasse da estereotipia à brincadeira. Ao trabalhar com crianças que sofrem entraves estruturais, não raro nos frustramos. No caso de Pedro, não foi preciso muito tempo para que um deslocamento ocorresse; no entanto, há casos em que só após meses de investida conseguimos visualizar alguma mudança.

Se, para os terapeutas, lidar com tudo isso não é tarefa fácil, para os pais, há um trabalho redobrado. Não é à toa que, nesses casos, não há tratamento possível sem que haja uma escuta e um engajamento daqueles que se tomam pelos cuidados da criança.

A direção do tratamento na psicanálise nunca será a de partir diretamente para a supressão do sintoma. Portanto, é importante que possamos reconhecer os automatismos da criança, perceber o que desperta seu interesse e o que contribui para que ela sustente uma abertura, mesmo que mínima, ao outro, a fim de que, a partir disso, dê-se nossa aproximação. Uma das intenções com isso é que haja o que alguns psicanalistas chamam de “efeitos de identificação”, ou seja, pequenos movimentos que mostrem que o interesse da criança já não está mais tão voltado para seu automatismo, mas, sim, para a descontinuidade que o terapeuta introduziu ali (G7, 2013). A aposta é que aos poucos se dará um alargamento do ato estereotipado e a inserção do movimento sem sentido em uma rede de significações (VASCONCELLOS, 2010).

Winnicott defendia, através de seus trabalhos, que o brinquedo é fabricado pela criança no interior do processo lúdico (RODULFO, 2008). Nossa contribuição é a de tentar propiciar que a criança passe a ver aquilo que antes era apenas um objeto inerte como um brinquedo com vida, recheado de histórias e possibilidades. No entanto, é só ela que poderá ativá-lo de tal maneira. Em nossas intervenções, narramos, emprestamos nosso corpo, fornecemos palavras, investimos nossa energia e desejo. A intervenção “[...]não consiste em um silêncio que espera e tampouco numa massa de palavras dirigidas à criança[...]" (G7, 2013, p.42), mas se direciona a possibilitar que ela disponha da linguagem para representar o que lhe afeta.

O QUE UMA CRIANÇA PODE FAZER POR OUTRA?

Dia da Oficina do Brincar, estavam todos os cinco meninos presentes e com eles as cinco oficineiras. Cada um deles dispunha-se em uma localização específica da sala, sem qualquer interação um com o outro. Pegaram os brinquedos de seu interesse, os quais variavam entre carrinhos e bichinhos de pelúcia. Posicionavam-se de maneira a produzir certo fechamento ao que vinha do outro. Neste dia, no entanto, uma novidade promoveu uma descontinuidade na rotina do grupo. Um dos meninos chegou com um brinquedo trazido de casa, um ônibus comprido e amarelo, com o qual ele parecia se divertir muito. O brinquedo acabou virando elemento de disputa: todas as crianças passaram a querer utilizá-lo, o que acabou gerando certa interação, ainda que meio caótica, entre elas. (Diário de Bordo, maio de 2019)

A possibilidade de estar entre pares é algo muito enriquecedor para qualquer criança. Nesse sentido, os CAPS têm algo muito potente no que se refere ao tratamento ofertado, algo que os ambulatórios geralmente acabam por não possibilitar. Estou falando, aqui, sobre encontros. Encontros com os semelhantes, encontros com os diferentes, encontros que geram perguntas e respostas, encontros que mobilizam! Os espaços

coletivos que o CAPS i Pandorga oferece são parte essencial do projeto terapêutico singular (ou Projeto Terapêutico Individual)⁹ e são fundamentais para o acompanhamento das crianças ali atendidas.

Ainda que, muitas vezes, o movimento inicial das crianças nas oficinas seja o de não interação, percebemos o quanto algo que uma criança faz pode reverberar na outra de forma potente e agir como intervenção — intervenção esta que nós, adultos, não conseguiríamos produzir, pois nossa posição ali é de outra ordem. O título escolhido para este capítulo, “O que uma criança pode fazer por outra?”, foi retirado do livro *Lugar de Vida, vinte anos depois: exercícios de educação terapêutica*, de Kupfer e Pinto (2010), e refere-se a uma “[...] pergunta que deve ser respondida por todos os terapeutas que trabalham com crianças em grupo.” (KUPFER; VOLTOLINI; PINTO, 2010, p.97), pois, se optamos por trabalhar com as crianças juntas, é porque partimos do pressuposto de que elas poderão ser terapêuticas umas às outras.

A Oficina do Brincar abordada em meu diário foi construída pelas técnicas do Pandorga através de experiências clínicas ali empenhadas. É interessante noticiar que ela foi fruto do acaso. O que iniciou como uma medida provisória — com o intuito de ser um dispositivo de acolhimento para crianças pequenas que chegavam ao serviço e não poderiam ser atendidas de imediato individualmente — acabou surpreendendo e possibilitando efeitos terapêuticos (BLOM, 2018).

Já nos primeiros meses de trabalho, começaram a emergir nas crianças comportamentos tais como os primeiros momentos de significação lúdica — por exemplo, fazer de um objeto um brinquedo — mesmo que não ainda enquanto uma brincadeira ou faz-de-conta propriamente ditos, com uma figurabilidade reconhecível. (BLOM, 2018, p.38).

Essa oficina, desde o início, acolheu casos muito graves de crianças com entraves estruturais, dentre as quais, muitas haviam sido diagnosticadas previamente com autismo e caracterizadas, tanto por familiares quanto por avaliações anteriores, como crianças que não falam, não socializam e não brincam. A oficina é indicada como intervenção terapêutica para “crianças que ainda não brincam” (BLOM, 2018). É importante explicitar, aqui, que a palavra “brincar” utilizada para essa definição dirige-se a um brincar simbólico, mais reconhecido pelo senso comum. No entanto, isso não quer dizer que essas crianças não brincassem no sentido de produção de jogos constituintes — conceito já citado nos capítulos anteriores.

⁹“O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família [...]”(BRASIL, 2001).

Lavrador e Merletti (2017) possibilitam que tenhamos contato com um pouco da experiência da psicanalista francesa Geneviève Haag, que trabalhou com grupos terapêuticos de crianças autistas e psicóticas. As autoras destacam algo em comum entre o trabalho de Haag e o realizado por elas no Lugar de Vida¹⁰, que trago aqui, pois também é um recurso muito utilizado no CAPS i Pandorga. Refiro-me a intervenções simples, mas muito potentes, que se baseiam nas palavras. A fala das terapeutas sobre o que está acontecendo no grupo, a suposição de sentidos, a nomeação, enfim, as intervenções que, pela via da palavra, dão um lugar ao vivido e convocam as crianças, sem que elas se sintam invadidas.

Blom (2018), ao formular as bases teóricas da Oficina do Brincar no CAPS i Pandorga, propõe a posição discursiva dos técnicos e o direcionamento da fala como um dos eixos metodológicos desse dispositivo. No Pandorga, os técnicos falam entre si sobre a criança, intervenção indispensável quando tratamos de crianças que demonstram uma exclusão do outro de seu campo, uma vez que essa fala indireta não é tomada como intrusão. Um dos efeitos observados com esse recurso é o de provocar certa descontinuidade nos atos repetitivos das crianças e uma curiosidade sobre o que está sendo falado delas (BLOM, 2018).

Descobrimos que, naquele grupinho, convocá-los desde essa posição anterior, mas por onde todo sujeito começa sua vida – sendo *falado* – foi invocante e fazia as crianças se reconhecerem enquanto representado no campo da fala do Outro. (BLOM, 2018, p. 67, grifo da autora).

Através de uma narrativa de meu diário de bordo, tento mostrar o quanto uma novidade colocada no grupo, por um dos meninos, pode provocar movimentações interessantes. Se o menino não tivesse trazido seu ônibus até a oficina, talvez cada criança seguisse com uma postura de exclusão dos outros de seu campo. Mas por que o ônibus chamou tanto a atenção de todos, já que no CAPS i há tantos brinquedos e carrinhos tão interessantes quanto? Podemos trabalhar muitas direções a partir dessa cena.

Uma delas é sobre o acordo quebrado pelo menino e denunciado pelas outras crianças, já que uma das combinações do grupo é a de não trazer brinquedos de casa à

¹⁰Associação Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica localiza-se em São Paulo e iniciou como um serviço do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Hoje, a instituição já não pertence mais à universidade, ainda que se mantenha em interlocução com ela, e é um “núcleo clínico-educacional de ponta e uma referência para a formação de pesquisadores, profissionais e estudantes das áreas da Saúde Mental e da Educação” (KUPFER, 2010, p. 12). O trabalho do Lugar de Vida sustenta-se na aliança entre a psicanálise e a educação. O público atendido abrange crianças com entraves em sua constituição psíquica.

oficina. A convivência nos grupos possibilita que as crianças se deparem com alguns ordenadores, necessários para viver em sociedade. Portanto, a sustentação de acordos entre os semelhantes é muito importante.

Outra direção importante é pensar que houve um encontro com o outro, intermediado pelo objeto. Em muitos espaços coletivos do CAPS i, temos encontros que são mediados, se não por objetos, por atividades. Isso possibilita uma interação social e trocas menos invasivas, já que não são diretas. Além disso, através desses encontros, as crianças entram em contato com outros objetos da cultura, pelos quais elas inicialmente podem não ter tanto interesse e, por isso, talvez não fossem buscar por si próprias.

Ainda, uma terceira via para analisar esse fragmento da oficina é pensar na disputa de brinquedos entre crianças. Esse movimento, o qual muitas vezes é malvisto, é, na verdade, saudável em termos psíquicos, pois a criança fica de olho no que dá prazer à outra. Isso indica, de alguma maneira, que houve ali uma abertura ao laço social, já que o que o outro deseja também me interessa. Isso de alguma forma também está articulado com a experiência de prazer compartilhado, que, segundo Lavrador e Merletti (2017, p. 553), é “[...] fundamental para que haja um laço com o outro”.

O MARCO INICIAL DO BRINCAR SIMBÓLICO

Otto escolheu a casinha do pátio como esconderijo para o que passou a ser uma brincadeira com um dos técnicos. O técnico o chamava, convocando-o para ir ao seu encontro, do lado de fora da casinha.

Otto saía correndo, apesar de pequenino, com destreza e velocidade. Encontrava o técnico e ria com entusiasmo. Em seguida, voltava correndo para a casinha, onde não poderia ser visto. E nesse vai e vem a brincadeira se desenrolava. (Diário de Bordo, junho de 2019)

O recorte acima ilustra fragmentos iniciais do famoso *Fort-Da*, consagrado por Freud (1969), em seu livro *Além do princípio do Prazer*. A elaboração dessa atividade pelo neto de Freud surge quando o menino se vê diante de sucessivas ausências da mãe. Dessa forma, a experiência dolorosa vivida pela criança a impulsiona em um trabalho de criação através do brincar e de simbolização do vivido. Segundo Freud (1969, p. 143), “[...] as crianças repetem nas brincadeiras tudo aquilo que lhes causou forte impressão em sua vida [...]” e através desse movimento diminuem a intensidade do ocorrido, tornando-se “senhoras da situação”.

A brincadeira que inaugurou o *Fort-Da* consistia em um jogo de desaparecimento e retorno, em um movimento da criança que lançava um carretel para longe de si, fora de seu campo de visão e, logo em seguida, o puxava para perto, saudando sua reaparição com alegria. O verdadeiro propósito dessa brincadeira, segundo Freud (1969), não estava

no primeiro ato, mas, sim, no segundo, que continha, em si, a alegria do reaparecimento, este, sim, fonte de prazer para o sujeito.

Esse jogo de alternância entre presença–ausência do objeto só foi possível, pois a mãe do menino fez-se ausente, o que o impulsionou em um ato de criação. Essa ausência empenhou o menino a lidar com uma experiência de falta e com o fato de que isso remetia a outros desejos maternos existentes para além dele, o que significa que a mãe “[...] ocupou um lugar na ordem simbólica e vivenciou o processo de castração simbólica.” (GEOFFROY, 2004, p.33).

É importante situar que, para que o *Fort-Da* se estabeleça, é preciso que uma série de outras aquisições tenha ocorrido. Rodulfo (1990) traz essa como sendo a terceira etapa constitutiva do brincar e evidencia que, dessa operação simbólica, desdobram-se muitas outras brincadeiras, como os jogos de esconde-esconde, deixar cair coisas, lançar objetos, entre outros “brincares” possíveis de serem criados a partir do binômio aparecimento–desaparecimento. Segundo coloca, as perguntas que os pequenos se empenham em tentar responder com essa brincadeira poderiam ser traduzidas a partir destas interrogações: “[...] ‘como pode existir algo na qualidade de ausente? Como pode ter estatuto de existência algo que não se oferece como visível? Como se pode ir buscar o que não está?’” (RODULFO, 1990, p.120).

Antes que seja possível para uma criança garantir essa aquisição no brincar, o desaparecimento não é motivo de prazer, mas, sim, muito pelo contrário, produz tremenda angústia. “[...] quando alguém desaparecia, não estava incluída a possibilidade de seu retorno.” (RODULFO, 1990, p.118). Isso explica o porquê de muitas crianças não suportarem o fato de que suas mães se afastem delas, afinal, essa separação ainda não pode ser simbolizada e é vista com um grande potencial de desintegração (RODULFO, 1990).

Há uma situação muito frequente no Pandorga que pode servir de exemplo para mais elaborações sobre essa questão. É comum que, durante as atividades destinadas aos pequenos, os pais e cuidadores também tenham um espaço coletivo para discussão, geralmente chamado de Grupo de Familiares. Não raras vezes, a conversa dos adultos se estende a ponto de seus filhos irem à recepção para procurá-los e depararem-se com um vazio. A ausência dos pais onde se esperava que eles fossem encontrados causa extrema angústia para alguns. Diante disso, os técnicos se veem empenhados na tarefa de narrar essa ausência, a fim de que ela não seja tomada como abandono ou destruição. No entanto, algumas vezes, as palavras ainda se mostram insuficientes, e é preciso que

acompanhemos os pequenos na missão de encontrar seus pais. Eles precisam vê-los para saber que não sumiram.

A aquisição do *Fort-Da* é genial, pois ela coloca em jogo justamente:

[...]a articulação de uma série de presenças e ausências a partir da qual a criança começa a poder sustentar-se brevemente na ausência do olhar do Outro primordial sobre si, ao poder nomear por si mesma essa oposição que a acomete. (JERUSALINSKY, 2011, p.244).

Outra situação comum no Pandorga e que se relaciona com essa alternância presença–ausência é a frequência dos usuários nas atividades coletivas. No serviço público, percebe-se que as faltas são muito corriqueiras. No entanto, sempre que algum membro de um grupo não comparece, presentificamos essa ausência com seus nomes. Dessa forma, as crianças sabem que, quando não estiverem lá, serão lembradas de alguma maneira naquele espaço. O CAPS i pode possibilitar que eles saibam que ali mantêm um lugar, são reconhecidos enquanto sujeitos, além de demonstrar a eles que as atividades seguem seu curso mesmo com sua ausência (GEOFFROY, 2004).

O acento no jogo do *Fort-Da* está localizado na ausência, na perda do objeto. É apenas quando o objeto faz-se ausente que há espaço para que uma representação sobre ele seja construída. É exatamente isso que lhe dá o status de marco inicial do brincar simbólico, pois, a partir dessa falta, a criança se lança na construção de um faz de conta. Já que não há uma espada, uso outro objeto para cumprir seu papel. Assim, iniciam os primeiros esboços de um faz de conta.

FAZ DE CONTA QUE...

uma bruxa dormia um sono profundo, tapada com seu cobertor, roncando sem parar. A bruxa era rápida e malvada, por isso precisávamos fugir quando ela acordasse ou então lhe oferecer comidinhas boas, para que ela não fosse atrás de nós. Escondíamos-nos atrás de uma barreira de colchonetes e esperávamos a bruxa pegar no sono para ir até sua cama acordá-la. Gui gostava tanto dessa brincadeira que poderia ficar envolvido nesse faz de conta durante horas; Júlia era a mais corajosa das crianças, sempre a primeira a ir acordar a bruxa; Kauã parecia não entender muito bem o ocorrido e precisava da ajuda das técnicas para entrar na cena; Sofia morria de medo e gritava muito ao fugir da bruxa, agarrando-se em algum adulto. (Diário de Bordo, julho de 2019)

Dessa maneira, desenrolava-se mais uma brincadeira na Oficina do Brincar II. Esse espaço surge como proposta da equipe do CAPS i Pandorga em resposta à demanda por um coletivo que acolhesse as crianças que já não pertenciam mais ao núcleo de “crianças que ainda não brincam”, mas, para as quais, o brincar ainda carecia de simbólico. Integram esse grupo os pequenos com uma inserção maior no laço social e com mais condições de abertura ao outro. A cena que inicia o capítulo diz respeito a uma produção coletiva de um brincar, que se repetiu inúmeras vezes na oficina. No entanto, que essas

crianças consigam construir algo desse tipo em conjunto não é corriqueiro e exige que muitos recursos sejam acionados.

Kupfer, Voltolini e Pinto (2010) contam sobre suas experiências com grupos de crianças no Lugar de Vida, sublinhando o valor para as crianças de serem convocadas por um amigo a ocupar outra posição. Segundo esses autores, a possibilidade de circular por outros papéis pode propiciar que os pequenos deixem de lado algumas formações sintomáticas, nas quais acabavam encurralados. Aceitar o convite para a brincadeira de outro é para muitas crianças ocupar uma nova posição, a daquele que cede ao desejo do outro, já que, para várias delas, o mais comum é que o seu desejo prevaleça. Portanto, ao contrário do que parece, compartilhar o brincar não é algo tão simples, pois exige da criança uma abertura à alteridade, além de certa mobilidade psíquica para a troca de papéis que o jogo impõe (JERUSALINSKY, 2011).

Essa circulação por diferentes posições é extremamente rica e estruturante e está no cerne do faz de conta. Brincar de ser bruxa, de ser corajosa, de ser medrosa, de ser malvada: nesse mundo de fantasia, as crianças podem experimentar ser aquilo que mais temem, mas, também, o que mais idealizam. É onde podem construir outro fim para uma história vivenciada. No brincar, é permitido matar e morrer, e tudo isso sem precisar se responsabilizar, pois o faz de conta é um espaço protegido, onde do que é produzido “[...] não se cobra valor de ato, é uma brincadeira.” (JERUSALINSKY, 2011, p.232).

Alba Flesler (2012) faz uma pontuação muito interessante ao discorrer sobre os tempos do brincar. Ela trata da necessidade de perder algo de si que está colocada no jogo de assumir um personagem. Não por acaso essa é uma brincadeira inviável para alguns pequenos, cuja noção de identidade ainda não pode se estruturar. Para entrar nesse jogo, portanto, certo desprendimento é essencial, tanto da criança quanto do terapeuta. Este último também participa da cena, brinca, faz jogo, assume papéis. Além de terapeutas, somos teatrais, e trabalhar com a infância exige que tenhamos essa disponibilidade.

Segundo a psicanalista Julieta Jerusalinsky (2011), é essencial que o terapeuta seja parte integrante da cena do brincar, uma vez que, pela transferência, ele faz parte da estrutura do paciente. Dessa forma, contrapondo-se ao que se costuma imaginar, o psicanalista está longe de ser “[...] um observador externo da cena, cuja função seria a de traduzir uma espécie de inconsciente exposto.” (JERUSALINSKY, 2011, p.238). Isso não quer dizer, no entanto, que testemunhar o brincar de um paciente não possibilite que façamos leituras sobre as respostas que ele está construindo diante do mundo. O brincar

traz, sim, conteúdos inconscientes, mesmo porque fazê-lo é “[...] o próprio movimento de uma *inconsciente em formação*.” (JERUSALINSKY, 2011, p.238, grifo da autora).

Quem não gostaria de ter a oportunidade de matar seus próprios monstros? Essa é uma das possibilidades que o faz de conta oferece aos pequenos. Envolver-se nesse mundo permite que eles escrevam seu próprio roteiro, e, para montar a cena, não é preciso mais do que a imaginação. Colchonetes transformam-se em barreiras, mas também em cobertas; um cabo de vassoura vira uma espada; um balde, ao ser colocado na cabeça, torna-se um chapéu. A capacidade de representação que a criança adquire permite que ela faça esse jogo metafórico, em que uma coisa pode ser tomada como outra (JERUSALINSKY, 2011).

Nesse sentido, os brinquedos que encontramos no mercado atual e são excessivamente estruturados não só não estimulam que a criança se utilize da criatividade, como também as mantêm presas ao uso já sugerido na embalagem. Por isso, “[...] se brincar é operar em torno da falta – do que falta para ser grande, para realizar ideais –, o valor dos brinquedos é tanto maior pelas metáforas que possibilitam do que pelo achatamento sobre suas características reais.” (JERUSALINSKY, 2011, p. 235).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Para escrever, enfim, vale a pena continuar sendo criança em alguma região de si mesmo. Vale a pena não crescer demais.” (Montero, 2008, p.70)

Arriscaria dizer que, para viver, vale a pena continuar sendo criança em alguma região de si mesmo — e para trabalhar no CAPS i Pandorga também. Brincar, narrar, cantar, imaginar, poder despir-se de nossa “adultez” e dispor-se a fazer tudo isso para estar com as crianças e trabalhar com elas a partir de seus mundos, poder escutar e entender sua língua. Os pequenos sempre me encantaram pelo despojamento que eles nos incitam. Diferentemente de um trabalho com adultos, em que os espaços e as práticas são mais bem delimitados, com as crianças, isso não está dado e parece colocar-se a cada novo encontro. Elas convocam a nossa ação, tiram-nos do lugar e fazem com que nos coloquemos na cena. Produzem questões para nós e em nós.

O produto que entrego é só uma pequena amostra de um longo processo. É muito menos do que tudo o que li e aprendi; no entanto, espero que possa transmitir um pouco do quanto a clínica vivenciada em um CAPS i pode ser potente, do quanto o brincar é transformador e do quanto a diversidade é terapêutica. Finalizo este escrito com algumas respostas, mas muitas perguntas. Perguntas que seguirão comigo, abrindo novos

caminhos e possibilitando que eu permaneça em movimento, assim como fazem as crianças. Dessa forma, espero que este escrito possa movimentar questões e servir de suporte para algumas das inquietações dos leitores que também se aventuram na clínica da infância.

REFERÊNCIAS

- AUN, Heloisa Antonelli. *Trágico avesso do mundo: Narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.
- BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In: _____. (Org.). *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta, 2006. p. 19-43.
- BLOM, Karina Brauner. *Oficina do Brincar: um dispositivo clínico lógico-lexical para “crianças que ainda não brincam”*. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088*, de 23 de dezembro de 2001. Brasília, DF, 23 dez. 2001.
- FLESLER, Alba. Os tempos do brincar. In: _____. *A psicanálise de crianças e o lugar dos pais*. Tradução Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. p. 89-122.
- FREUD, Sigmund. *Além do princípio do prazer*. In: SALOMÃO, Jayme. (Org.), Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVIII, p. 13-85.
- G7 “*Metodologia da psicanálise na clínica com o autismo*”. Autismos e seus tratamentos: contribuições da metodologia psicanalítica nesse campo (G7). *Correio APPOA*, p. 25-45, abr./mai., 2013.
- GEOFFROY, Miriam Anne. A “instituição estourada” como “jogo do Fort-Da”- de Jacques Lacan ao conceito de “instituição estourada” da Escola Experimental de Bonneuil-sur-Marne. Tradução Kelly Cristina Brandão da Silva. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 26-51, dez. 2004.
- JERUSALINSKY, Julieta. *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê*. Salvador: Álgama, 2011.
- KUPFER, Maria Cristina Machado. Introdução. In: KUPFER, Maria Cristina Machado; PINTO, Fernanda S. C. Noya. (Orgs.). *Lugar de vida, vinte anos depois: exercícios de educação terapêutica*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2010. p. 11-12.
- KUPFER, Maria Cristina Machado; VOLTOLINI, Rinaldo; PINTO, Fernanda S. C. Noya. O que uma criança pode fazer por outra? Sobre grupos terapêuticos de crianças. In: KUPFER, Maria Cristina Machado; PINTO, Fernanda S. C. Noya. (Orgs.). *Lugar de vida, vinte anos depois: exercícios de educação terapêutica*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2010. p. 97-112.
- LAVRADOR, Marina Belém; MERLETTI, Cristina Keiko Inafuku. Grupos heterogêneos de educação terapêutica: efeitos entre crianças e a emergência do prazer compartilhado e da interação social em um caso de autismo. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 540-555, dez. 2017.
- MONTERO, Rosa. *A louca da casa*. Tradução Paulina Wacht e Ari Roitman. Rio de Janeiro: Agir, 2008.
- PRADO, Rafael Auler de Almeida; CALDAS, Marcus Tulio. Hermenêutica filosófica, fenomenologia e narrativa: percurso metodológico de uma pesquisa em psicologia clínica. *Revista Psicologia*, Rio Branco, v. 1, p. 1-25, abril, 2015.

RODULFO, Ricardo. *O brincar e o significante*: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce. Tradução Francisco Franke Setineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

RODULFO, Ricardo. Encontros. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 35, p.110-125, jul./dez, 2008.

VASCONCELLOS, Flávia M. Da estereotipia ao significante: movimentos a partir de um tratamento em instituição. In: KUPFER, Maria Cristina Machado; PINTO, Fernanda S. C. Noya. (Orgs.). *Lugar de vida, vinte anos depois*: exercícios de educação terapêutica. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2010. p. 233-244.

WINNICOTT, Donald. *O brincar e a realidade*. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZACHELLO, Camilla; PAUL, Fernanda Mantese; GURSKI, Roselene. Adolescência e síndrome de Down na tela. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 459-474, dez. 2015.

CRACK NA GESTAÇÃO: CONSEQUÊNCIAS NO CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO PARA O ADOLESCENTE E ADULTO JOVEM

Francine Morais da Silva
Margaret Ivanir Schneider
Alex Antônio Dumann da Cunha

INTRODUÇÃO

A produção, o comércio e o consumo de drogas lícitas e ilícitas constituem um problema social e de saúde, de ordem mundial, que afeta, de formas distintas, todas as sociedades e envolvem pessoas de todas as raças, sexos, religiões, classes sociais e escolaridades (SOUZA; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2014).

A cocaína, que é um éster do ácido benzoico (benzoilmetilecgonina), é derivada da *Erithoroxilium coca* e cresce na forma de arbusto ou em árvores ao leste dos Andes e acima da Bacia Amazônica. Das folhas da planta, obtém-se uma pasta, que contém cocaína predominantemente sob a forma básica. No começo dos anos 80, a pasta de coca foi transformada em uma nova forma, chamada de base livre, que permite a volatilização da cocaína, desse modo, podendo ser fumada, denominada *crack* (FERREIRA; MARTINI, 2007).

Nesse contexto, os vapores do *crack* inalados são conduzidos para os pulmões e, então, são transportados para a corrente sanguínea, conferindo maior rapidez de efeito psicotrópico (FERREIRA; MARTINI, 2007). O nome *crack* é derivado do ruído característico produzido pelas pedras quando estão sendo decompostas pelo fumo. O *crack* é considerado uma “jogada de marketing”, pois, por ser barato, é mais acessível para classes econômicas antes não atingidas pelo alto custo da cocaína em pó. Essa droga age por menos tempo do que a cocaína inalada, mas sua ação é mais rápida e intensa que a cocaína. O *crack* é mais barato porque há pouca quantidade de cocaína nas pedras. O tempo para início de ação do *crack* é aproximadamente 10 segundos e o tempo de duração é de 5 minutos (FERREIRA; MARTINI, 2007).

O uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação sempre foi uma questão de difícil abordagem. Apesar de ser assunto pouco discutido pelos governos, trata-se de um problema de saúde pública, uma vez que as repercussões nos desfechos dessas gestações acabam sendo extremamente onerosas para a sociedade (YAMAGUCHI *et al*, 2008).

As complicações do uso de drogas não se restringem apenas a gestantes, mas, também, ao feto, pois as drogas ultrapassam a barreira placentária e hematoencefálica, sem metabolização prévia, atuando principalmente sobre o sistema nervoso central do feto, causando déficits cognitivos ao recém-nascido, má formações, síndromes de abstinência, além de diversas consequências para seu desenvolvimento ao longo da vida (YAMAGUCHI *et al*, 2008).

Os filhos de usuárias de drogas possuem risco aumentado para o desenvolvimento de dependência química, futuramente, além de transtornos mentais e de problemas emocionais, como baixa autoestima, fobia social, depressão, ansiedade e dificuldade de relacionamento enquanto adolescentes e adultos jovens (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a dependência química tende a afetar a família como um todo. Estudos revelam que as práticas culturais familiares, muitas vezes, são estímulos para a experimentação e continuidade do uso de drogas, pois a família, como geradora de cultura, transmite crenças e expectativas sobre os papéis sociais, sobre o modo de vida de homens e mulheres, sobre as relações interpessoais e, também, sobre o uso de drogas (BRUSAMARELLO, SUREKI, BORRILE *et al*, 2008; BRASIL, 2003).

O fenômeno do uso de *Crack* esteve sempre presente em minha trajetória acadêmica ao longo do curso de Enfermagem. Como aluna de graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de estágios curriculares, estagiária voluntária do Serviço de Enfermagem em Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e a partir de experiências vivenciadas durante minha trajetória como Enfermeira Residente no Programa de Residência Integrada em Saúde do GHC, na ênfase de Saúde Mental, confrontei-me com essa temática bastante evidenciada na atualidade.

Nesse contexto, com o objetivo de aprofundar meus conhecimentos em Enfermagem sobre as complicações decorrentes do uso de *crack* durante a gestação, ao adolescente e adulto jovem, para contribuir à qualificação da prática do cuidado de enfermagem prestado pelo Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC, diante dessa problemática, além da observação da escassez de estudos relacionados a essa temática na autoria de enfermeiros no âmbito da atenção básica, define-se como questão norteadora para este estudo:

Quais as consequências no crescimento e desenvolvimento para o adolescente e o adulto jovem, filho de mulheres usuárias de crack, durante a gestação?

Desse modo, o presente estudo tem como propósito oferecer subsídios que permitam qualificar o cuidado de enfermagem prestado pelo Serviço de Saúde

Comunitária (SSC) do GHC sobre as complicações decorrentes do uso de crack durante a gestação para o adolescente e o adulto jovem, a fim de incrementar o arcabouço teórico desse profissional diante dessa problemática. Seu objetivo é identificar as consequências no crescimento e desenvolvimento para o adolescente e adulto jovem, filho de mulheres usuárias de *crack*, durante a gestação.

METODOLOGIA

Este é um estudo de revisão integrativa (RI), método de pesquisa preconizado por Cooper (1982), que contempla a análise de várias pesquisas primárias sobre determinado assunto, estabelecendo comparações entre as mesmas, a fim de definir conclusões mais abrangentes sobre um fenômeno específico. A revisão integrativa é um método enriquecedor para a enfermagem, visto que, muitas vezes, o profissional não possui tempo disponível para realizar a leitura do grande volume de conhecimento científico existente, além da dificuldade em realizar uma análise crítica acerca da temática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Cooper (1982) orienta cinco etapas para a RI, que são elas: formulação do problema; coleta de dados; avaliação dos dados; análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

Selecionou-se o tema a ser abordado e, posteriormente, definiu-se a questão norteadora a ser respondida: Quais as consequências no crescimento e desenvolvimento para o adolescente e o adulto jovem, filho de mulheres usuárias de crack, durante a gestação?

As pesquisas foram realizadas nas seguintes bases de dados eletrônicas: Sistema da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System OnLine (MEDLINE), nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados no período de 2010 a 2015.

Foram definidos como descritores: gravidez; crack; adulto jovem; cocaína; adolescente em Descritores em Ciência e Saúde (DeCS) e no MeSH (Medical Subject Headings): *Pregnancy, Crack, Young Adult, Cocaine, Adolescent*.

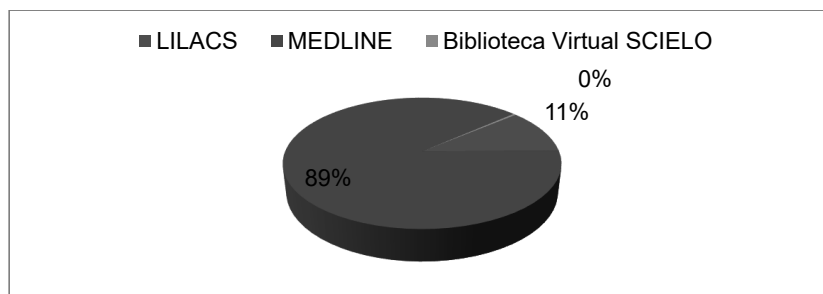
Figura 1 - Resultado da distribuição dos artigos publicados entre 2010 e 2015, segundo descritores e bases de dados.

Decs Base De Dados	<i>Gravidez AND Crack</i>	<i>Gravidez AND Cocaína</i>	<i>Adolescente AND Crack</i>	<i>Adolescente AND Cocaína</i>	<i>Adulto Jovem AND Crack</i>	<i>Adulto Jovem AND Cocaína</i>	TOTAL
LILACS	6	6	26	9	27	10	84
SCIELO	0	1	1	1	0	0	3
MEDLINE	4	172	61	170	94	179	680
Total	10	179	88	180	121	189	767

Fonte: SILVA, 2016.

A busca na base de dados resultou em 84 (11%) artigos na LILACS, 03 (0%) artigos na Biblioteca Virtual SCIELO e 680 (89%) artigos na base de dados MEDLINE, obtendo-se o total de 767 artigos.

Figura 2 - Dimensionamento do quantitativo de artigos.



Fonte: SILVA, 2016.

É importante esclarecer que 22 artigos da base de dados LILACS e 34 artigos na base MEDLINE estavam repetidos. Já na Biblioteca Virtual SCIELO, 1 artigo estava duplicado. Assim, do total de 767 artigos da busca, 57 estavam repetidos, sendo que apresentaram uma frequência de repetição igual a 115 vezes, destes, selecionou-se apenas 1 (um) artigo para compor a análise.

Dessa forma, 767 trabalhos serviram de objeto de análise em um primeiro momento, excluindo-se as repetições ($767 - 58 = 709$), dispomos de 709 artigos para a análise e leitura de seus títulos e resumos.

Foram incluídos artigos nacionais e internacionais de enfermagem e de outras áreas; redigidos nos idiomas português, espanhol e inglês; publicados no período de 2010 a 2015. Foram selecionados artigos originais do tipo qualitativo e quantitativo que abrangessem o tema em pesquisa; artigos completos, disponíveis e de acesso livre, sem custo, on-line ou que continham resumos indexados nas bases de dados. Artigos não completos, não gratuitos, não disponíveis on-line na íntegra que não abordassem a temática de estudo foram excluídos, assim como teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias, documentos e anais de eventos.

Inicialmente, foram incluídos 709 artigos pela leitura de títulos e termos estabelecidos. Após a leitura de títulos e resumos, 143 artigos foram selecionados para serem lidos na íntegra. Com a leitura crítica dos textos, 15 foram selecionados para serem utilizados nesta revisão integrativa.

A fim de registrar os dados dos artigos, foi elaborado um instrumento com as seguintes informações: título, identificação dos autores, periódico, ano de publicação do artigo, objetivo do estudo, metodologia do estudo e conclusão. O instrumento foi preenchido após a leitura dos artigos, possibilitando, assim, a análise das informações encontradas.

A fim de sintetizar e comparar os dados obtidos dos instrumentos, foi elaborado um quadro sinóptico geral, no qual foram registrados os elementos que respondem a questão norteadora: consequências para o adolescente e o adulto jovem e os autores que as citam. Os dados foram analisados e discutidos, possibilitando a identificação da conclusão e de informações que viabilizaram dados que respondam à questão norteadora desta revisão integrativa.

A apresentação dos resultados foi feita com quadros, tabelas e gráficos. A apresentação dos resultados foi uma forma de analisar criticamente esses dados e posteriormente comparar as ideias dos autores que compreenderam a amostra do estudo sobre o *Crack* na Gestação: consequências no crescimento e desenvolvimento para o adolescente e o adulto jovem. Cabe salientar que os resultados obtidos na realização desse trabalho serão apresentados à Gerência de Saúde Comunitária do GHC através de relatório.

Foram respeitadas a autenticidade e as ideias dos autores que constituíram a amostra deste estudo, que foi formatado segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 6023, 2000).

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta parte, encontram-se os resultados desta pesquisa, através da apresentação de quadros, tabelas e gráficos e da discussão dos dados encontrados.

Na Figura 3, estão dispostos os títulos dos 15 artigos que compõem a amostra deste trabalho:

Figura 3 - Títulos e autores dos artigos selecionados como amostra do estudo.

Nº ARTIGO	TÍTULO	AUTORES	METODOLOGIA
01	Perfil de funcionamento executivo no uso de substâncias psicoativas: um estudo de caso de um adulto jovem	HOLZ, GONÇALVES & ARAUJO (2014).	Qualitativo do tipo Caso Clínico
02	<i>Crack</i> : A Nova Epidemia Obstétrica	MARTINS-COSTA <i>et al.</i> (2013).	Qualitativo tipo Revisão
03	Adolescentes e <i>Crack</i> : Pelo Caminho das Pedras	TOMM; ROSSO (2013).	Qualitativa Descritivo-Exploratória
04	Aspectos da Estrutura Familiar de Jovens Usuários de <i>Crack</i> : Um estudo do Genograma	SELEGHIM <i>et al.</i> (2011).	Qualitativa Descritivo-Exploratória
05	Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes	KASSADA <i>et al.</i> (2013).	Quantitativo do tipo Transversal
06	O uso do <i>crack</i> durante a gestação e suas repercussões biopsicossociais e espirituais	REIS; LOUREIRO (2015).	Qualitativo do tipo descritivo
07	Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação	PORTELA <i>et al.</i> (2013).	Qualitativo do tipo descritivo
08	Perfil e Padrão de uso de Crack de Crianças e Adolescentes em situação de rua: uma Revisão Integrativa	CLARO <i>et al.</i> (2014).	Qualitativo do tipo Revisão
09	Consequências do uso de cocaína e metanfetamina durante a gravidez	Cembranelli <i>et al.</i> (2012).	Qualitativo do tipo de Revisão
10	Prejuízos de funções executivas em usuários de cocaína e crack	FERREIRA; COLOGNESE (2014).	Qualitativo do tipo descritivo
11	Effects of prenatal cocaine exposure on adolescent development	RICHARDSON <i>et al.</i> (2015).	Qualitativo do tipo Caso Clínico
12	Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias	MEDEIROS, K. T. & cols (2015).	Qualitativo do tipo descritivo
13	Percepção dos Usuários de Crack em Relação ao uso e Tratamento	GABATZ <i>et al.</i> (2013).	Qualitativa Descritivo-Exploratória
14	O Encontro com o crack: início, tempo, quantidade diária e formas de uso	LEITE; OLIVEIRA; CRUZ (2015).	Qualitativa Descritivo-Exploratória

15	Vínculo familiar de usuários de <i>crack</i> atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica	SELEGHIM; MARANGONI; MARCON; OLIVEIRA (2011)	Qualitativa, com delineamento de série de casos
----	--	---	---

Fonte: SILVA, 2016.

Os 15 artigos selecionados foram analisados e classificados em cinco categorias, segundo os resultados apresentados: efeitos do uso de crack e cocaína na gestação, feto e recém-nascido; efeitos do uso de crack para o adolescente e adulto jovem; consequências para o crescimento e desenvolvimento das funções executivas para o adolescente e adulto jovem e educação em saúde e limitações dos profissionais.

Efeitos do Uso de Crack e Cocaína na Gestação, Feto e Recém-Nascido

O uso de drogas continua sendo um grande problema de saúde pública, repercutindo de maneira assustadora na sociedade em que vivemos. Nas gestantes, esse problema ganha mais importância, pois a exposição dessas pacientes às drogas pode levar ao comprometimento irreversível da integridade do binômio mãe/feto (YAMAGUCHI et al, 2008).

A expansão do consumo de drogas psicoativas atingiu as mulheres em idade fértil, aumentando o consumo consideravelmente nessa população específica. Isso gerou diferentes desafios em várias esferas, no que tange ao campo da saúde e social para a relação uso de drogas e a saúde materno-infantil (ZILBERMAN et al, 2003).

A cocaína possui propriedades lipofílicas, pouco conteúdo hídrico, baixo peso molecular e pouca ionização, o que permite que seus metabólitos atravessem a placenta por difusão simples e atinjam o feto. As suas concentrações no feto comparam-se com as maternas (GOUIN; MURPHY; SHAH, 2011).

Sabe-se que o uso de *crack* durante a gestação pode desencadear abortos espontâneos, prematuridade, diminuição no crescimento do feto e outras alterações perinatais. Além disso, aqueles que nascem vivos podem apresentar retardo mental ou outros transtornos mentais e comportamentais que trarão sérias consequências para a vida (LITT; MCNEIL, 1997; LYONS; RITTNER, 1998).

A extensão da exposição pré-natal à cocaína pode determinar a ocorrência de síndrome da abstinência neonatal. Os sintomas aparecem dois a três dias após o nascimento e tendem a desaparecer nos primeiros meses de vida. Entre eles, encontram-se problemas de alimentação, como dificuldade de sucção; irritabilidade; hipertonia; bocejos e espirros, que se devem a maior estimulação do sistema nervoso central (WHITE; LAMBE, 2003).

Há evidências de que cocaína pode afetar o desenvolvimento do bebê, tanto diretamente, através de exposição intrauterina, quanto indiretamente, através de alterações na assistência materna. Duas substâncias neuroendócrinas reconhecidas por desempenharem um papel importante no binômio mãe-feto e alteradas com o uso da cocaína são a ocitocina e a dopamina, que agem como mediadores sociais e comportamentais, bem como no controle da reatividade ao estresse. Esses mesmos mecanismos neuronais podem também estar futuramente envolvidos na vulnerabilidade ao vício das crianças previamente expostas (STRATHEARN; MAYES, 2010).

Estudos com crianças na faixa etária de dois a sete anos demonstram problemas para a manutenção da atenção. Há relatos de deficiência mental leve e prejuízos da memória e do aprendizado, com maior deficiência ou retardo do desenvolvimento cognitivo em crianças de até dois anos. As alterações cognitivas foram mais evidentes entre as gestantes que fizeram uso combinado de álcool associado a outras drogas (COLES; BLACK, 2006).

Em um estudo sobre o consumo de drogas, durante a gestação, comprovou-se que o consumo também está associado a fatores como: relações pessoais, características individuais, meio ambiente, ausência de parceiro fixo, menor escolaridade, uso de drogas pelo pai do conceito e histórico de violência antes e durante a gestação (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010).

Nesse sentido, sabe-se que a dependência química tende a afetar a família como um todo. Os filhos de usuárias de drogas possuem risco aumentado para o desenvolvimento de dependência química futuramente, além de transtornos mentais e de problemas emocionais, como baixa autoestima, fobia social, depressão, ansiedade e dificuldade de relacionamento enquanto adolescentes e adultos jovens (BRASIL, 2011).

Efeitos do Uso de Crack para o Adolescente e Adulto Jovem

O consumo de drogas é um aspecto preocupante na sociedade brasileira, pois, pode acarretar danos à saúde, além de sérios problemas econômicos e sociais à coletividade (BRUSAMARELLO; SUREKI; BORRILE et al, 2008).

A cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial (CARLINI et al, 2002). A cocaína é a substância ilícita mais utilizada entre aqueles que procuram atendimento nas emergências. É responsável por 30 a 40% das admissões relacionadas a drogas ilícitas, entre a população jovem, de 15 a 45 anos (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

A adolescência é um período da vida caracterizado pela maior vulnerabilidade ao ambiente, o que se expressa, no caso desse ambiente ser aversivo, em prejuízo do

desenvolvimento psicossocial. Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (*adolescents*) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (*youth*), critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos (WHO, 1986). Do ponto de vista biológico, nessa época, ocorre refinamento de conexões sinápticas, amadurecimento de regiões relacionadas à linguagem e desenvolvimento de sistemas de neurotransmissores relacionados à estimulação, inibição e à resposta ao estresse (SILVA & MATTOS, 2004). Esses fatores biológicos, aliados à necessidade de inserção social, à formação da personalidade, à preparação para papéis adultos e ao aprendizado social que ocorrem criticamente nesse período, aumentam a vulnerabilidade (SILVA, SANTOS, BESSA, 2016).

Estudos sobre neurodesenvolvimento revelam que o cérebro do adolescente é vulnerável aos efeitos de substâncias psicoativas utilizadas por suas mães durante sua gestação (ALMEIDA; MONTEIRO, 2011). Outros estudos voltados para essa faixa etária que tratam dos motivos que as levaram a essa prática, o meio em que esta se insere e a forma como sua saúde é abordada são considerados importantes, uma vez que já se demonstrou, por exemplo, que o uso de drogas antes dos 15 anos de idade está muito associado ao desenvolvimento do abuso de drogas e de álcool na idade adulta - limite cronológico do adulto jovem compreende a faixa etária de 20 a 24 anos de idade "*young adults*" (WHO, 1986) (OLIVEIRA, 2007).

Em se tratando de adultos jovens usuários de *crack*, torna-se importante analisar aspectos de sua estrutura familiar que possam ter motivado o uso de drogas, em razão de que esse uso é influenciado pelo contexto no qual o indivíduo está inserido (BRASIL, 2003; SANCHEZ; NAPPO, 2002). Estudos revelam que as práticas culturais familiares, muitas vezes, são estímulos para a experimentação e continuidade do uso de drogas, pois a família, como geradora de cultura, transmite crenças e expectativas sobre os papéis sociais, sobre o modo de vida de homens e mulheres, sobre as relações interpessoais e, também, sobre o uso de drogas (BRUSAMARELLO, SUREKI, BORRILE et al, 2008; BRASIL, 2003).

As drogas fazem parte da vida das pessoas de forma universal e os jovens constituem um grupo vulnerável a elas, devido à fase característica de transformação pela qual estão passando; por isso, deve-se trabalhar a prevenção ao uso de drogas em idades precoces (BRUSAMARELLO; SUREKI; BORRILE et al, 2008).

A dependência das drogas é uma doença multifacetada e afeta as pessoas de diferentes maneiras, por isso, é importante reconhecer o usuário, suas características e

necessidades, assim como as vias de administração de drogas, para o reconhecimento de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, visando ao planejamento e implementação de ações de prevenção, promoção, tratamento e reinserção social, adaptadas às diferentes necessidades (BRASIL, 2003).

Consequências para o Crescimento e Desenvolvimento para o Adolescente e Adulto Jovem

A dependência química acaba trazendo prejuízos relacionados ao meio social do indivíduo e à cognição. Sabe-se que grande parte dos indivíduos que usam SPA acaba tendo falhas no funcionamento executivo (HOLZ, GONÇALVES & ARAUJO, 2014). Segundo Ribeiro e Laranjeira (2010), 70% dos dependentes químicos que procuram atendimento apresentam funções cognitivas prejudicadas.

Sabe-se que os filhos de usuárias de drogas apresentam um risco maior para o desenvolvimento da dependência química, “bem como para transtornos psiquiátricos, quando comparados com outras crianças”, filhos de pais não dependentes. O uso de drogas pelos pais e outros familiares é certamente uma das grandes influências para que as adolescentes tornem-se dependentes de drogas (FIGLIE *et al*, 2004).

Das várias substâncias que podem ser experimentadas durante o período da adolescência, a cocaína, especialmente em uma de suas formas fumadas, o *crack*, gera grande preocupação, dada a rapidez com que pode levar a padrões comportamentais que já caracterizam dependência.

Nesse contexto, um estudo realizado com jovens de classe média americana, assistidos em clínicas ambulatoriais, documentou a evolução do consumo: dos 464 adolescentes que faziam uso abusivo de drogas, 28% fumaram *crack*. Destes, 67% experimentaram de 1 a 9 vezes, 18% fumaram mais de 50 vezes (usuários intensos). Destes últimos, 60% progrediram da iniciação para o uso semanal em menos de 3 meses. Uma observação importante foi que 50% dos que experimentaram e todos os que usaram de maneira intensa relataram preocupação com pensamentos sobre o *crack*, rápida perda da habilidade de modular seu uso e rápido desenvolvimento de tolerância. Associados com o aumento do uso de *crack*, estavam sentimentos de suspeição, desconfiança e humor depressivo (SUTHERLAND; SHEPHERD, 2001).

O mesmo estudo relata que aqueles que apenas cheiraram cocaína não experimentaram convulsões, mas estas ocorreram em 1% dos que experimentaram e 9% dos que fumaram, pelo menos, 10 vezes. Os autores concluem que o uso de *crack* por

adolescentes é associado com dependência rápida e sérias complicações médicas e comportamentais (SUTHERLAND; SHEPHERD, 2001).

No adolescente, a história de uso de droga é mais curta do que no adulto e, dessa forma, a procura por serviços de saúde é mais relacionada com traumas ou overdose, mais frequentes nesse grupo pela inexperiência (NOTO *et al*, 2003).

No tocante ao adulto jovem, indicadores apontam que o consumo de drogas tem tomado dimensões preocupantes, com graves consequências, comprometendo vínculos afetivos, trabalho, família e saúde, inclusive, na disseminação do vírus HIV (BRASIL, 2003).

Os adolescentes e jovens são indivíduos naturalmente vulneráveis, apresentando-se como uma condição predisponente ao uso de substâncias psicoativas. Esse perfil reforça a necessidade de redirecionamento das ações de saúde as quais não devem focar apenas a reabilitação, mas garantir um maior espaço para ações educativas em saúde e na redução de perdas e danos. Atuar nesse momento, principalmente junto às famílias, pode minimizar as repercussões negativas do uso da droga e, certamente, ser de grande apoio na prevenção de seu uso (SILVA; FRAZÃO; BEZERRA, 2012).

Educação em Saúde e Limitações dos Profissionais

O uso de drogas, na população geral, configura-se um sério problema a ser manejado, que deve envolver equipes multidisciplinares em sua abordagem (YAMAGUCHI *et al*, 2008).

A caracterização do perfil dos usuários de *crack* ainda é feita de forma pontual e restrita. Logo, dispor de informações adequadas sobre esse perfil, principalmente no tocante ao adolescente e adulto jovem, é essencial à elaboração de ações educativas eficazes e contextualizadas nas características do grupo, uma vez que a adolescência é uma fase caracterizada pelas mudanças físicas, de comportamentos e atitudes, que poderá tornar o consumo de substâncias psicoativas um meio de inclusão e de autoafirmação perante grupos sociais (SILVA *et al*, 2012).

Influências ambientais como a pobreza ou as normas sociais e culturais também afetam os estilos de vida saudável, caracterizando situações de vulnerabilidades social e biológica. A vulnerabilidade expressa os potenciais existentes nos processos saúde e doença, relacionados aos indivíduos e grupos que vivem em certo conjunto de condições históricas e sociais (AYRES *et al*, 2008). Enquanto os fatores de risco indicam probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social (SILVA *et al*, 2012).

Diante dessa realidade, é necessário o emprego de assistência de qualidade a essa população, por meio do modelo holístico, onde cada pessoa é tratada como um ser biopsicossocial e espiritual, havendo, então, acompanhamento direcionado para todas as suas necessidades (PORTELA et al, 2013).

Assim, conhecer as características que mostram as particularidades da população do adolescente e adulto jovem subsidia estratégias de atuação na perspectiva da prevenção, não só pelos profissionais da saúde, mas de todos os setores da sociedade (SILVA; FRAZÃO; BEZERRA, 2012).

Para tanto, é necessária a preparação dos profissionais, em especial do enfermeiro, sobre o fenômeno das drogas e sua importância para melhor enfrentamento do problema, para que haja a promoção da saúde dessa clientela, a partir das medidas de prevenção do uso e abuso de drogas ilícitas (PORTELA et al, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Atualmente, o uso de drogas lícitas e ilícitas configura um grande problema de saúde pública no mundo inteiro, repercutindo de maneira assustadora na sociedade em que vivemos (YAMAGUCHI et al, 2008).

O uso do *crack* por gestantes tem impactado no crescimento e desenvolvimento para o adolescente e adulto jovem, configurando-se um fenômeno que interfere na qualidade de vida de ambos. A epidemia do uso do *crack*, nas sociedades atuais, com um maior enfoque na gestante usuária de *crack* e suas repercussões para o crescimento e desenvolvimento para o adolescente e adulto jovem, evidencia a necessidade de maior atenção à problemática.

O estudo identificou, em relação à temática abordada neste trabalho de conclusão de curso, 57 repetições de trabalhos na biblioteca virtual SCIELO e nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Com isso, verifica-se a necessidade do desenvolvimento de um maior número de trabalhos acerca da temática do *crack* durante a gestação e das consequências para crescimento e desenvolvimento no adolescente e adulto jovem, a fim de criar estratégias para uma melhor abordagem desse segmento específico da população.

Acredita-se que o estudo alcançou o objetivo proposto, pois examinou estudos relacionados às consequências no crescimento e desenvolvimento para o adolescente e o adulto jovem, filho de mulheres usuárias de crack, durante a gestação, na literatura atual, além de trazer o profissional enfermeiro como colaborador direto no cuidado a essas gestantes, com ações de promoção à saúde também ao adolescente e adulto jovem.

Salienta-se a necessidade de uma reflexão sobre a forma de como esse cuidado está sendo desenvolvido. O enfermeiro deve estar instrumentalizado e atento à totalidade do paciente para que todas as suas necessidades sejam supridas. O trabalho em equipe multidisciplinar também deve ser enfatizado nesse contexto, pois traz a singularidade e a percepção de cada membro da equipe, como algo agregador de ideias e manejo de diversas situações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. P.; MONTEIRO, M. F. Neuropsicologia e dependência química. In: _____. *Dependência Química*. São Paulo: [s.n.], 2011.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: _____. Campos et al, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Hucitec: [s.n.], 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: informação e documentação: referência – elaboração*. Rio de Janeiro, 2000.
- BISCH, N. K. et al. Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. *Revista Gaúcha Enfermagem*. v.32, n.1, p. 31-9, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. [Série B. Textos Básicos de Saúde].
- BRUSAMARELLO, T., MAFTUM, M.A., MAZZA, V.A et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. *Ciência Cuid Saúde*. v. 9, n. 4, p. 766-73, 2010.
- BRUSAMARELLO, T., SUREKI, M., BORRILE, D. et al. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. v. 4, n. 1, 2008.
- CARLINI, E. A. et al. *I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: SENAD, 2002.
- CEMBRANELLI, E. et al. Consequências do uso de cocaína e metanfetamina durante a gravidez / Consequences of cocaine and methamphetamine during pregnancy. *Femina*. v. 40, n. 5, 2012.
- CLARO, H. G. et al. Perfil e Padrão de uso de Crack de Crianças e Adolescentes em situação de rua: uma Revisão Integrativa. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. v. 10, n. 1, p. 35-41, 2014.
- COOPER, H. M. *The integrative research review. A systematic approach*. Newburg. Park, CA: Sage 1982.
- FIGLIE, N. et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Rev. Psiq. Clín.*, 2004.
- FERREIRA, V. R. T., & COLOGNESE, B. T. Prejuízos de funções executivas em usuários de cocaína e crack. *Avaliação Psicológica*, v. 13, n. 2, p. 195-201, 2014.
- FERREIRA, P.E.; MARTINI, R.K. Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v.23, n. 2, 2001.
- GABATZ, R. I. B.; SCHMIDT, A. L.; TERRA, M. G.; PADOIN, S. M. M.; SILVA, A. A.; LACCHINI, A. J. B. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. *Revista Gaúcha Enfermagem*. v. 34, n. 1, p. 140-146, 2013.
- HOLZ, M.R., GONÇALVES, H.A. & ARAUJO, R. B. Perfil de funcionamento executivo no uso de substâncias psicoativas: um estudo de caso de um adulto jovem. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*. v, 6, n. 3, p. 16-24, 2014.

- KASSADA, D. S. et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta paulista Enfermagem*. v. 26, n. 5, 2013.
- LEITE, S. G.; OLIVEIRA, M. M.; CRUZ, V. D. O Encontro com o crack: início, tempo, quantidade diária e formas de uso. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. v. 11, n. 2, p. 97-104, 2015.
- MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. Tratamento da dependência de cocaína. In: _____ *Guia Prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde*. Secretaria de Participação e Parceria. [S.l.]: [s.n.], p. 91-99, 2006.
- MARTINS-COSTA, S. H. et al. Crack: a nova epidemia obstétrica. *Clinical & Biomedical Research*. v. 33, n. 1, p. 55-65, 2013.
- MEDEIROS, K. T. & cols. Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 20, n. 3, p. 517-528, 2015.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MENDONÇA, L.O.M. "Crack", o refúgio dos desesperados, à luz do programa nacional de combate as drogas. *Revista da SJRJ*. v.29, sn, 2010.
- NOTO, A.N. et al. *I Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras*. CEBRID, São Paulo, 2003.
- YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 35, n. 1, 2008.
- OLIVEIRA, L. G. *Avaliação da cultura do uso de crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo*. Tese (doutorado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, 2007.
- PORTELA, G. L. C. et al. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. (Ed. port.). v. 9, n. 2, 2013.
- REIS, T. F.; LOUREIRO, J. R. O uso do crack durante a gestação e suas repercussões biopsicossociais e espirituais. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*. v. 11, n. 2, 2015. p. 105-11.
- RIBEIRO, M., & LARANJEIRAS, R. (2010). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Editora Casa Leitura Médica.
- RICHARDSON, G.A. et al. Effects of prenatal cocaine exposure on adolescent development. *Neurotoxicol Teratol*. v. 49, [s.n.], p. 41-48, 2015.
- SANCHEZ, Z.V.D.M., NAPPO, S.A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista Saúde Pública*. v.36, n.4, p. 420-30, 2002.
- SELEGHI, M. R.; INOUE, K.C.; SANTOS, J. A.T.; OLIVEIRA, M.L.F. Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: um estudo do genograma. *Ciencia Cuidado Saúde*. v.10, n. 4, 2011.
- SILVA A.; FRAZÃO I. S.; BEZERRA S. M. M.S. et al. Adolescents and young crack users: an integrative review of literature. *Cuid. Fundam*. Online. v.4, n.4, p. 2874-80, 2012.
- SILVA, V.A., SANTOS, M.C., BESSA, M. *Infância, adolescência e Uso de Cocaína/crack*. Associação Brasileira de Psiquiatria.
- SILVA, V.A & MATTOS, H.F. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? Em: *Adolescência e Drogas*. Organizado por Pinsky, I & Bessa MA. Editora Contexto, p.31-44, 2004.
- SUTHERLAND, I., SHEPHERD, J.P. *Social dimensions of adolescent use*. Addiction, 2001.
- TOMM, E.; ROSO, A. Adolescentes e crack: pelo caminho das pedras. *Revista de Psicologia*. v. 25, n. 3, 2013.
- WHO, World Health Organization. *Young People's Health. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All*. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

ATUAÇÃO DOS RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGENS

Helena Weschenfelder Corrêa
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Luciana Bitello Firmino

INTRODUÇÃO

O Decreto 6286, de 5 de dezembro de 2007, estabelece o Programa Saúde na Escola (PSE) no Brasil, articulado aos Ministérios da Saúde e Educação (BRASIL, 2007). As diretrizes do PSE abordam, além da intersetorialidade entre saúde e educação, a integralidade, o monitoramento e a avaliação permanente das ações em saúde (BRASIL, 2007; FERREIRA et al., 2012). Essa política tem por objetivo que as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuam com as ações de saúde no espaço escolar e possam gerar maior impacto na qualidade de vida da população brasileira. O PSE constitui-se, assim, uma estratégia que busca fomentar uma gestão coletiva das ações de saúde e educação, com a participação de profissionais, estudantes e comunidade no território onde convivem (BRASIL, 2011).

Nesse contexto de trabalho na ESF/Atenção Primária à Saúde (APS), o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição que oferta diversidade de atendimentos à saúde, é responsável por 12 Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária, onde atuam 39 Equipes de Saúde da Família que atendem e acompanham cerca de 105 mil pessoas cadastradas de bairros da Zona Norte e Nordeste de Porto Alegre, conforme dados disponíveis no site da instituição (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020a; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020b).

As equipes que prestam atendimento nas Unidades de Saúde (US) do GHC são compostas de agentes de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, profissionais de programas de residência e estagiários de diferentes universidades do estado e do Brasil. Cada US possui uma característica territorial particular, variando o número e o perfil populacional, o que determina demandas diferenciadas de atenção. As escolas cadastradas em cada território variam quanto ao tipo de oferta de ensino e número de escolares. Há territórios que possuem apenas uma escola de ensino infantil e outros com até três escolas, incluindo ensino médio.

Sendo o PSE um programa que propõe ações aos profissionais da saúde que trabalham em APS, torna-se importante que os profissionais estejam ambientados com a realização de ações que vão além da Unidade de Saúde. Os profissionais residentes das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) com ênfase em Saúde da Família do GHC devem experienciar ações nesse âmbito para sua qualificação em serviço.

O Programa da Residência Multiprofissional em Saúde é considerado como uma estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação e reorganização dos serviços públicos com a lógica de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando mudanças no rompimento com o modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde (ROSA; LOPES, 2010).

A Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007 dispõe sobre a RMS e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. A partir da publicação da referida Portaria, foi institucionalizada essa modalidade de formação, que se tornou uma importante alternativa de formação dos profissionais para o arranjo de novos desenhos tecnoassistenciais (SARMENTO et al., 2017; HADDAD, 2009). Dentre as instituições brasileiras que ofertam a modalidade de ensino, o GHC, desde 2004, oferece a formação em pós-graduação *lato sensu* no Programa da RMS. Informações disponibilizadas no *site* da instituição mostram que o GHC conta com 160 residentes nos sete programas da RMS. Destes, 93 estão vinculados ao Serviço de Saúde Comunitária, com a oferta de vagas dos núcleos profissionais da Psicologia, Enfermagem, Odontologia, Serviço Social, Farmácia, Nutrição e Terapia Ocupacional (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020b; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2020c).

Esta pesquisa é vinculada ao Trabalho de Conclusão da RMS – com ênfase em Saúde da Família, intitulado “Significado das ações do Programa Saúde na Escola para as equipes de Atenção Primária do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre” (CORRÊA, 2018). Neste texto, a intencionalidade foi analisar, na perspectiva da abordagem qualitativa de pesquisa, o trabalho dos residentes da APS no contexto do PSE. Seus resultados têm potencial para qualificar tanto o trabalho em equipe na APS quanto as ações desenvolvidas no âmbito do PSE. O objetivo foi analisar a atuação dos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde do GHC nas ações do Programa Saúde na Escola (PSE).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa (MINAYO, 2012), realizada com os coordenadores do PSE das Unidades de Saúde de responsabilidade do GHC, nas Gerências Distritais Leste-Nordeste e Norte-Eixo Baltazar, do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. As informações foram produzidas por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, seguindo um roteiro norteador (BRITTEN, 2009).

Em um primeiro momento, foi realizado o contato telefônico ou por mensagem de correio eletrônico, com todas as 12 US, para a identificação dos coordenadores do PSE, convite para participação no estudo e agendamento das entrevistas. Cada equipe de saúde define o profissional que será o coordenador do PSE. Neste estudo, foram identificados 22 coordenadores nas 12 US.

A amostra foi intencional. Neste tipo de amostra, os pesquisadores decidem quem são os sujeitos que comporão a pesquisa, segundo seus pressupostos de trabalho, ficando livres para escolher entre aqueles cujas características possam, na visão dos pesquisadores, trazer informações importantes para o estudo em pauta (TURATO, 2008). Nesta pesquisa, a escolha do participante a ser entrevistado foi baseada no tempo de coordenação do PSE (estar na Coordenação há no mínimo 1 ano) e atuação deste no planejamento e na execução das ações do Programa.

As entrevistas aconteceram em 2017, nos espaços das US, com o coordenador de referência do Programa, sendo gravadas e transcritas posteriormente. Em uma das US, as entrevistas incluíram os dois coordenadores responsáveis. O material produzido foi interpretado a partir da perspectiva teórico-metodológica da fenomenologia (MERLEAU-PONTY, 2006) pela análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011). A fenomenologia enquanto estudo da significação e das essências foi a perspectiva escolhida nesta pesquisa, por oportunizar a compreensão da cotidianidade do mundo do ser onde a experiência se passa, o que transparece na descrição de vivências e mostrará que o mundo é o fenômeno e que precisa ser desvelado (MERLEAU-PONTY, 2006; SILVA; LOPES; DINIZ, 2006).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC (Projeto 16354, CAAE 62765616.6.0000.5530), obedecendo às exigências da Resolução nº 466 de 2012 (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 13 profissionais da saúde, coordenadores do PSE. Esses coordenadores eram, em sua maioria, mulheres, cirurgiões-dentistas, que atuam na coordenação do Programa entre 4 a 5 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos coordenadores do PSE entrevistados. Serviço de Saúde Comunitária, GHC, 2017¹¹.

VARIÁVEIS	n
Sexo	
Feminino	10
Masculino	3
Profissão	
Cirurgião-dentista	8
Técnico(a) em Saúde Bucal (TSB)	3
Assistente Social	1
Enfermeiro(a)	1
Tempo de coordenação	
1 ano	2
2 a 3 anos	4
4 a 5 anos	6
6 anos	1
TOTAL	13

A Tabela 2 mostra que a característica de organização da coordenação do PSE entre as US não é única, sendo, na maior parte, centralizada em um coordenador.

Tabela 2 – Característica de organização da coordenação do PSE nas Unidades de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária, GHC, 2017¹².

ORGANIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO PSE	n
Centralizada no coordenador	7
Compartilhada: Enfermeira e TSB	1
Compartilhada: Assistente Social, TSB e Terapeuta Ocupacional	1
Compartilhada: Assistente Social e Cirurgião-dentista	1
Compartilhada: TSB e Psicóloga	1
Colegiada (Agente Comunitário de Saúde, Enfermagem, Medicina, Odontologia, Psicologia e Serviço Social)	1
TOTAL	12

O objeto de análise desta pesquisa foram opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais, sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade (MINAYO, 2012). Os resultados desta análise são apresentados em três temas emergentes que expressaram relações de trabalho e de contexto dos

¹¹ Tabela publicada no artigo de Corrêa, Toassi e Firmino (2018).

¹² Tabela publicada no artigo de Corrêa, Toassi e Firmino (2018).

residentes na APS: 1. A equipe de Saúde da Família e os residentes envolvidos nas ações do PSE; 2. Atuação dos residentes no PSE e 3. Potencial do PSE para a qualificação da formação dos residentes.

A equipe de Saúde da Família e os residentes nas ações do PSE

Os relatos dos coordenadores do PSE demonstraram que cada equipe, de acordo com suas características e disponibilidades, planeja-se e organiza o desenvolvimento das ações do Programa. Há uma pluralidade na forma como profissionais das equipes de Saúde da Família e residentes aparecem na realização do PSE. São atores que se destacam seja pela participação ou pelo protagonismo que ocupam nas ações do Programa. Essas ações envolveram identificação da acuidade visual, exames bucais dos escolares, formação de professores, atividades de educação em saúde e oficinas.

Na coordenação que faço as atividades da acuidade visual, capacito os ACS, faço a parte da nutri, não vou em todas as atividades, mas quando eu consigo eu vou. Os residentes, que daí são todos os núcleos profissionais participam [...]. Foi feita atividade de educação em saúde que os residentes organizaram, atividades sobre sexualidade, sobre o SUS, conhecimento do SUS, o que é o SUS, sobre drogas e violência. (Entrevista 1)

Sempre foi, desde que eu entrei pelo menos, tocado por residentes, muito mais da odonto [...]. (Entrevista 2)

As agentes de saúde e os residentes do primeiro ano, os do segundo ano de acordo com os estágios eles participam [...]. (Entrevista 4)

Eu tive a sorte da residente do Serviço Social estar muito a fim de fazer o PSE, ela me deu um grande alento, porque era difícil planejar e fazer as atividades com uma equipe de 7 a 10 pessoas, e como todo mundo tem atividades, tem pacientes, eu tive que desmarcar agenda, a nossa residente também, minha colega de manhã trocou o dia da agenda, tivemos sorte dos residentes da Medicina irem conosco e fazer a acuidade visual. [...] A parte da odonto foi a colega, estagiário, residente e TSBs. (Entrevista 6)

Os agentes fazem as atividades obrigatórias, a odonto é só elas que fazem e as oficinas a gente organiza com outros profissionais, as residentes de psicologia, alunos do PET, raramente o médico faz atividade, até porque tem outra demanda para eles, o restante da equipe, todos fazem, enfermeiro, residente de enfermagem de farmácia. (Entrevista 7)

Tinham quatro agentes de saúde envolvidos que faziam a acuidade e ajudavam nas outras situações, a residência sempre estava envolvida, estagiários, a odonto era TSBs e residentes, do Serviço Social [...]. (Entrevista 8)

[...] tem participação de uma técnica de enfermagem, agente de saúde, os R1 quase todos de alguma forma participam. (Entrevista 9)

Basicamente os residentes, a odonto normalmente participa a odonto inteira, a gente faz uma escala. Da equipe, a gente conseguiu ano passado chamar mais algumas pessoas [...] nos exames, a odonto vai em peso [...]. (Entrevista 10)

Eu, a psicóloga, o dentista participa quando a gente vai fazer os exames também, os residentes da odonto. Ano passado participou residente da farmácia, da psico [...]. (Entrevista 11)

[...] residentes e estagiários são os que mais se colocam na escala para fazer a atividade [...]. (Entrevista 12)

Os coordenadores entendem que, como o PSE é uma atividade que prevê a saída dos profissionais do espaço da Unidade de Saúde, o residente que está atuando na equipe por um período determinado de tempo deve ter prioridade para poder participar da experiência.

[...] como é uma das atividades que sai do ambulatório, sai do espaço da unidade, a gente prioriza para quem está por um período determinado, [...] quem é residente ou estagiário ou participa ou não vai ver, então a gente prioriza para eles. (Entrevista 9)

Pela diversidade e complexidade das ações que o PSE pode alcançar e por promover maior articulação intersetorial, é uma experiência na APS que tem potencial para ampliar e qualificar a formação da força de trabalho em saúde (BAGGIO et al., 2018). Além disso, o processo de educação permanente da equipe de saúde deve incluir discussão sobre a intersetorialidade, muito presente no PSE, principalmente voltada aos gestores locais e trabalhadores da saúde e da educação, visto que são os atores principais na realização das ações (CHIARI et al., 2018).

Segundo resultados de pesquisa documental sobre a RMS e a pós-graduação *lato sensu* no Brasil, conduzida por Rosa e Lopes (2010), a RMS oferece o trabalho em equipe e a construção da integralidade do cuidado em sua formação. As autoras reforçam que a proposta da Política Nacional de Educação em Saúde prevê a formação em serviço, objetiva tornar a rede pública de saúde como um campo de ensino-aprendizagem, no exercício do trabalho, além de definir as intercessões promovidas pela educação na saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem e podendo garantir uma interlocução entre a formação, gestão, atenção e participação dos profissionais da saúde.

O Ministério da Saúde, no ano de 2018, lançou um documento sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com foco no que se tem produzido para o fortalecimento da Educação Permanente no País. Nessa primeira edição, o trabalho interprofissional em saúde ganha ênfase. Dentre as iniciativas para a implementação da Educação Interprofissional em Saúde, é proposta a inserção do trabalho interprofissional nas residências em saúde (BRASIL, 2018).

Considerando as RMS como espaços de formação com potencial questionador e como dispositivos de educação permanente (SARMENTO et al., 2017), as propostas da

RMS convergem para as necessidades do serviço e para o trabalho interprofissional, sendo o PSE um programa que deve ser trabalhado em equipe para a construção de cuidados em saúde no ambiente escolar.

No momento da realização da pesquisa, apesar de todas as US sob responsabilidade do GHC receberem residentes das diversas áreas da saúde, uma das Unidades não tinha a presença de residentes por questões de infraestrutura. Nessa Unidade, os relatos dos coordenadores foram de que a equipe acabou mobilizando-se para realizar o PSE que antes era conduzido por residentes. Tal mobilização foi positiva em relação à participação e ao engajamento da equipe na realização do programa.

[...] quem fazia muito o trabalho na escola eram os residentes, como a nossa Unidade fechou, a gente perdeu todos os residentes e estagiários e ficou uma coisa nova que foi a equipe se mobilizar. [...] Toda equipe se envolve, enfermeiros, técnicos de saúde bucal, dentista, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, psicóloga. (Entrevista 5)

Atuação dos residentes no PSE

A RMS estabelece carga horária para atividades no trabalho da Atenção Primária, dentre elas, um turno para a realização do PSE.

[...] os residentes têm um turno para isso, então pode-se trabalhar [...]. (Entrevista 8)

Nas entrevistas realizadas, os coordenadores reconheceram o papel importante dos residentes, principalmente em relação à motivação para o trabalho e a produção de ideias inovadoras, facilitando a organização e qualificando as ações realizadas nas escolas.

[...] os residentes têm várias ideias, estão dispostos, [...] é mais fácil organizar com o grupo de residentes que são muito motivados. (Entrevista 1)

[...] os residentes chegam mais motivados, não conhecem, querem fazer várias coisas, isso é ótimo, pega uma energia boa. (Entrevista 4)

[...] aqui a gente tem a sorte de ter residentes que são jovens, cheios de ideias e de vida e acabam tomando frente nisso [...]. (Entrevista 10)

As RMS incorporam uma abordagem integral do processo saúde-doença e de promoção da saúde, ampliam a prática educacional na rede de serviços básicos de saúde e favorecem um trabalho interdisciplinar e multiprofissional (FIORANO; GUARNIERI, 2015). As contribuições dos residentes para o processo de trabalho nas equipes de saúde podem permear mudanças do processo de trabalho, ampliação da relação teoria-prática e do conhecimento dos trabalhadores sobre o território de abrangência e fortalecer as ações de saúde de acordo com a integralidade da atenção. O residente capacitado por meio de sua inserção na realidade do serviço modifica o modo de agir do profissional da

saúde, estimula e mobiliza a equipe de profissionais a mudarem práticas (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

O espaço de trabalho no PSE constitui uma oportunidade para discussão, aprendizagem e desenvolvimento da promoção da saúde na APS, avançando em inovações que ressignifiquem a escola como cenário de produção de cidadania, de empoderamento e de mudança dos determinantes dos modos de viver (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018). É um Programa de múltiplos significados, complexo e potente para a construção do trabalho intersetorial entre saúde e educação, desenvolvendo ações educativo-preventivas que são esperadas no contexto da APS (CORREA; TOASSI; FIRMINO, 2018).

Os coordenadores percebem que o perfil dos profissionais residentes é diferente em cada nova turma de ingressantes e isso influencia o trabalho no Programa. Uma das características que os coordenadores destacam como fundamental para o Programa atingir seus objetivos é a proatividade dos residentes.

[...] nesse primeiro ano, a turma de residentes queria fazer tudo, eles faziam muita coisa, daí parece que foi meio que se perdendo, eu não vejo mais essa vontade de fazer. Quando combina, chega lá e não dá, acaba se perdendo [...]. (Entrevista 2)

[...] tinha alguns residentes antes que tinham uma dinâmica diferente e nos últimos agora, eu percebo que fica aquela coisa: "ah, isso é da equipe não é nossa!", o que eu senti ano passado é que não tem muita proatividade. (Entrevista 8)

Por outro lado, a RMS tem um papel fundamental de qualificar a formação em saúde, buscando a assistência de alta resolubilidade e a transformação da realidade local (FIORANO; GUARNIERI, 2015). Assim, espera-se, que ao longo desse processo formativo, os residentes sejam estimulados a desenvolver tal proatividade nas ações em saúde e para o trabalho em equipe, como possíveis futuros profissionais trabalhadores do SUS.

Potencial do PSE para a qualificação da formação dos residentes.

Residências em saúde são projetos vigorosos de formação profissional, com uma grande diversidade de sentidos atribuídos e organizações didáticas e com potencial de (trans)formação dos trabalhadores de saúde (TORRES et al., 2019).

Este estudo, voltado para a análise da atuação do residente no PSE, mostrou o PSE como um espaço de aprendizagem importante para o processo de formação do residente na APS.

[...] aqui a gente põe na 'cuca' dos residentes que eles têm que participar, para saber como que funciona, porque se belo dia vão trabalhar numa Unidade de Saúde, se tiver PSE, sabem como vai funcionar. (Entrevista 6)

A carga horária estabelecida pela RMS para que o residente participe do Programa, torna-se, na percepção dos coordenadores, um fator determinante para que o residente protagonize as ações do PSE.

[...] sexualidade, cultura de paz, drogas os residentes normalmente se organizam, porque são os profissionais que tem uma carga horária protegida para fazer isso [...] eles acabam tomando mais à frente. (Entrevista 10)

Durante o processo de formação na RMS na APS, os residentes modificam-se pelas situações vivenciadas e experienciadas no dia a dia do serviço, não só em relação à técnica, mas, também, na relação com o usuário (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015). O PSE é uma das experiências multiprofissionais desafiadoras que permite ao residente planejar, executar e avaliar ações de saúde no espaço escolar, produzindo aprendizados e inovações a partir da articulação intersetorial e de abordagens complexas voltadas para a coletividade (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

CONCLUSÃO

A análise qualitativa de um objeto de investigação torna possível a construção de conhecimento (MINAYO, 2012). O conhecimento gerado pelos resultados encontrados nesta pesquisa mostrou os residentes como atores importantes/protagonistas para a organização e realização de ações do PSE, especialmente pela motivação para o trabalho, capacidade de produção de ideias inovadoras e carga horária específica para atuar no Programa.

Os coordenadores percebem, entretanto, que o perfil dos profissionais residentes é diferente em cada nova turma de ingressantes, o que se reflete nas ações do PSE. Uma das características que os coordenadores destacam como fundamental para o Programa atingir seus objetivos é a proatividade dos residentes.

O PSE foi compreendido como uma experiência de aprendizagem do processo de formação do residente na APS. Estudos complementares são recomendados, incluindo a percepção dos residentes, da equipe de saúde e dos professores e escolares sobre o significado do Programa.

REFERÊNCIAS

- BAGGIO, M. A. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1631-1638, 2018.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: 70. ed. São Paulo: Almedina, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, dez., 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Passo a passo PSE Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade*. Brasília, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466*, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* Brasília, 2018.
- BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 23-32.
- CHIARI, A. P. G. et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. e00104217, 2018.
- CORRÊA, H. W. *Significado das ações do Programa Saúde na Escola para as equipes de Atenção Primária do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre*. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – ênfase em Saúde da Família) – Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2018.
- CORRÊA, H. W.; TOASSI, R. F. C.; FIRMINO, L. B. Programa Saúde na Escola: potencialidades e desafios na construção de redes de cuidado. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 4, n. 3, p. 37-47, 2018.
- DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface comun. saúde educ.*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-32, 2015.
- FERREIRA, I. R. C. et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, 2012.
- FIORANO, A. M. M.; GUARNIERI, A. P. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? *ABCS health sci.*, Santo André, v. 40, n. 3, p. 366-369, 2015.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Quem somos*. Porto Alegre: GHC, 2020a.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Saúde Comunitária*. Porto Alegre: GHC, 2020b.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerência de Ensino e Pesquisa. *Residência Multiprofissional em Saúde – GHC*. Porto Alegre: GHC, 2020c.
- HADDAD, A. E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface comun. Saúde educ.*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-37, jan./mar. 2009.
- LOPES, I. E.; NOGUEIRA, J. A. D.; ROCHA, D. G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 773-789, jul./set. 2018.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov. 2009/fev. 2010.
- SARMENTO, L. F. et al. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 415-424, abr./jun. 2017.
- SILVA, J. M. O. et al. Fenomenologia. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 254-257, mar./abr. 2008.
- TORRES, R. B. S. et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface comun. Saúde educ.*, Botucatu, 23:e170691, 2019.

TURATO, E. R. *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

PRODUÇÃO DE UM NOVO FORMATO DE ACESSO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE SEUS USUÁRIOS

Karoline Farinha Cassuriaga
Circe Maria Jandrey

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142, garantindo a todos o direito aos serviços de saúde. O acesso universal é um dos princípios do SUS, sendo um dos eixos estruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira. Entretanto, o acesso a esses serviços de saúde ainda se apresenta de forma frágil, mesmo onde a Estratégia de Saúde da Família (ESF) já está estabelecida (TESSER e NORMAN, 2014). A ESF é uma estratégia prioritária para problematizar as formas de pensar e praticar saúde no Brasil, em substituição ao tradicional modelo sanitário centrado no médico, na medicalização, curativo e individual (COSTA et al., 2009).

O acesso aos estabelecimentos de atenção à saúde, segundo Starfield (2002), é caracterizado pela forma como a pessoa experimenta essa característica ao entrar em contato com o serviço, sendo uma condição complementar ao termo acessibilidade. A acessibilidade é caracterizada, ainda, novamente a partir de Starfield (2002), como a possibilidade e disponibilidade que as pessoas têm para chegarem aos serviços de saúde, classificando e ordenando as barreiras que dificultam/impedem que a pessoa consiga o atendimento desejado/demandado; em outras palavras, a acessibilidade seria um elemento estrutural necessário para a primeira atenção. Ainda nessa mesma lógica de acesso aos serviços de saúde, Souza (2008) menciona a importância de sua qualificação, integrando desde aspectos organizacionais do processo de trabalho, bem como elementos geográficos e socioeconômicos.

Oliveira e Casanova (2009) acrescentam que um novo processo de trabalho necessita ser sedimentado na dimensão das relações entre equipe de saúde e comunidade, transcendendo o objeto de trabalho que a doença costuma ser para os sujeitos. A obtenção de informações acerca da satisfação ou da insatisfação de usuários e as razões que levaram a uma ou a outra são pontos essenciais para orientar qualquer ação na direção da garantia da qualidade de serviços de saúde.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde, sendo referência em atendimento do SUS em Porto Alegre/RS. Tem, em sua constituição, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), composto por doze unidades de saúde; a Unidade de Saúde Jardim Leopoldina (USJL) integra essa composição.

Há muitos anos, a fim de melhorar a organização da demanda às consultas programadas, a USJL tem problematizado o formato de acesso ao serviço que tem disponibilizado aos usuários. Dentre os formatos já utilizados para essa organização, a distribuição de senhas para atendimento, por ordem de chegada, em dias determinados do mês, foi a modalidade utilizada até recentemente, onde os agendamentos para consultas médicas eram feitos duas vezes ao mês e para a saúde bucal, uma vez.

Como a demanda no território sempre foi elevada em função do número de habitantes, conseqüentemente, no dia em que ocorriam os agendamentos programados, a unidade ficava lotada e as consultas do mês esgotavam no mesmo dia. Nesse formato, percebeu-se uma restrição progressivamente acentuada no atendimento programado, com um aumento correspondente nas consultas de urgência, em que o atendimento busca o tratamento da dor/desconforto relatado naquele momento, sem necessariamente um cuidado continuado.

Em virtude disso, desde o segundo semestre de 2014, os profissionais da US, estimulados pela Gerência de Saúde Comunitária do GHC, começaram a discutir estratégias de acesso com os objetivos de facilitar e qualificá-lo. Com aporte de referenciais sobre Vigilância em Saúde, tem produzido-se um planejamento e uma reorganização no processo de trabalho.

Oliveira e Casanova (2009) definem a Vigilância em Saúde como uma ferramenta auxiliar para reorientar o processo de trabalho, utilizando a territorialidade como eixo fundamental nessa mudança. Assim, a equipe de saúde da USJL foi reestruturada e distribuída, a partir da noção de território adscrito, em cinco áreas de vigilância, nas quais há grupos de profissionais de referência para os usuários, de acordo com o arranjo territorial. Desse modo, cada área de vigilância apresenta uma composição profissional semelhante às equipes da Estratégia de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e agente comunitário de saúde). Nas equipes do Grupo Hospitalar Conceição, ainda fazem parte os profissionais de psicologia, serviço social, nutrição e farmácia. Essa divisão similar à estratégia de Saúde da Família parece ser decisiva para elencar prioridades ao planejamento; além disso, quando há profissionais ordenados para cada área adscrita, facilita-se o mapeamento do território, qualificando a prestação de serviços (BRASIL, 2008).

Cabe esclarecer que, a partir do novo formato de acesso aos serviços na USJL, os usuários têm sido orientados a trazer suas demandas eletivas às respectivas áreas de vigilância, as quais têm registrado as necessidades em planilhas, junto com seus dados, para discussão pela equipe de referência. Na reunião semanal de área de vigilância, os casos são discutidos conforme a ordem de registro na planilha e em conjunto ao prontuário do usuário. A partir disso, são marcadas consultas com a equipe de referência, se identificada a necessidade, conforme a demanda trazida pelo usuário.

Assim, objetiva-se, com esse trabalho, o mapeamento de como ocorreu o processo de produção do novo formato de acesso aos serviços da USJL, a partir da percepção dos usuários, além de também verificar se essa mudança no acesso proporcionou um fortalecimento do vínculo da equipe do serviço com a comunidade.

METODOLOGIA

A presente pesquisa utilizou elementos metodológicos de natureza qualitativa com caráter exploratório descritivo. A produção de dados foi realizada na USJL - entre os meses de março e junho de 2016, após análise e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, atendendo a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram produzidos a partir de entrevistas dialogadas, utilizando-se roteiro semiestruturado (Apêndice A). Os sujeitos de pesquisa foram usuários das cinco áreas de vigilância em que o território da USJL encontra-se dividido, as quais recebem as seguintes denominações: amarela, azul, branca, verde e vermelha.

Como critério de inclusão na pesquisa, foram selecionados usuários que estivessem residindo no território adscrito da USJL há, pelo menos, dois anos e que houvessem acessado os serviços de saúde da US, minimamente por duas vezes, através de consultas programadas no antigo formato. Adicionalmente, para fazer parte do grupo de sujeitos a serem entrevistados, os integrantes deveriam ter acessado, ao menos uma vez, a unidade de saúde no novo formato com agenda aberta, vivenciando, portanto, as duas modalidades, e podendo, assim, contribuir com suas percepções quanto às modalidades de acesso. O usuário teve autonomia para escolher se desejava realizar a entrevista na unidade de saúde ou em seu domicílio.

Como critério de exclusão, não participaram da pesquisa usuários cujo acesso tenha se efetivado apenas pelo atendimento de Urgência na USJL. A falta de autonomia para responder a entrevista e/ou recusa em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) também constituíram critérios de exclusão.

Para compor a pesquisa, os sujeitos do estudo foram selecionados por meio de sorteio, a partir das planilhas de registro de demandas espontâneas. Tomando por base a ordem cronológica de registro em planilhas, foram sorteados usuários de cada área que tivessem aportado demandas espontâneas no período de 14 a 24 de março de 2016, seis meses completos após a implantação da modalidade, em setembro de 2015.

O registro total de usuários que trouxeram demanda espontânea nesse período foi de 92 sujeitos, distribuídos entre as diferentes áreas de vigilância na semana estipulada. No período delimitado, a área de vigilância com maior quantitativo de demanda espontânea foi a amarela (37 usuários) e a menor demanda documentada esteve na área azul (6 registros de demandas eletivas). As demais tiveram compilados similares, tendo as áreas branca e verde o quantitativo de 16 usuários cada, e a vermelha, 17 usuários com solicitações registradas em sua planilha.

Após análise dos prontuários para averiguar a adequação dos integrantes aos critérios de inclusão, foi realizado o sorteio para a seleção dos potenciais entrevistados; na sequência, foram efetuados contato telefônico e convite para a participação, esclarecendo-se, aos usuários, os propósitos do estudo e verificando-se o desejo de participação. Informou-se, ainda, que a entrevista poderia ser realizada na unidade ou através de visita domiciliar, conforme a preferência do sujeito, sendo também esclarecido, a todos os sujeitos, que as entrevistas realizadas teriam uma duração máxima de vinte minutos e que estas seriam gravadas, a fim de que o material produzido fosse posteriormente transcrito para análise do conteúdo.

Mantida a proporcionalidade das demandas registradas no período anteriormente delimitado, o estudo contou com um grupo de 11 participantes, distribuídos por área: azul (1), amarela (3), branca (3), área verde (2) e vermelha (2). Desse conjunto, 8 eram mulheres e 3 eram homens. Os entrevistados tiveram suas falas identificadas com a letra E, seguida pelo número ordinal correspondente à entrevista, como medida de confidencialidade e garantia de sigilo às suas manifestações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material produzido nas entrevistas foi analisado e apontou algumas percepções de usuários sobre o novo formato de acesso. O posicionamento dos sujeitos que utilizam o serviço é uma condição oportuna e desejável, dado que estes carregam consigo experiências configuradas pela sua utilização. As análises propostas neste estudo não pretendem esgotar a reflexão sobre as percepções dos usuários, mas, antes, abrir espaço aos debates sobre resultados obtidos inicialmente com a mudança.

Neste estudo, a delimitação do número de entrevistas foi estabelecida pelo critério de saturação de informações, tendo se apoiado, igualmente, em referenciais da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Tal técnica é dividida em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Depois de realizada a transcrição dos dados, foi realizada uma divisão do conteúdo obtido por blocos para a análise do material, a partir dos referenciais teóricos e das questões verbalizadas nas entrevistas. Nesse processo, foram definidos três blocos para análise e discussão:

- 1-Percepções sobre o formato antigo de acesso.
- 2-Percepções sobre o novo formato de acesso.
- 3-Perspectiva dos usuários sobre as ações realizadas pelos profissionais na configuração de área de vigilância.

BLOCO I- Percepções sobre o formato antigo de acesso

Após a análise das entrevistas, identificaram-se elementos geradores de facilidades e dificuldades segundo a percepção dos participantes. No que se refere ao antigo formato para demandas médicas eletivas, a grande maioria referiu dificuldades, exemplificadas na necessidade de obtenção de 'fichas' para o agendamento de uma consulta programada. Foi relatado que essas 'fichas' eram distribuídas por ordem de chegada, e todos os sujeitos referiram a inevitável exigência de ir cedo à unidade de saúde no dia de marcação, de modo a assegurar esse recurso que lhe possibilitava a garantia de uma consulta. Considerando a limitação numérica do atendimento programado, o agendamento finalizava em curto espaço de tempo.

"Em minha opinião era péssimo, tinha que ir de madrugada ao posto para conseguir uma ficha... eu pegava ficha para meus filhos, marido e eu. Era muito difícil, saíamos entre 4:30 e 5:00 horas da manhã".(E1)

Gomes e Pinheiro (2005) refletem em sua pesquisa que, apesar da existência de obstáculos e desafios no SUS, isso não inviabiliza a reorganização e construção do processo, mas, sim, implica no reconhecimento de rever os papéis dos gestores, usuários e equipes nos espaços de participação popular, para que ocorram mudanças no sistema.

Pontes et al. (2009) constataram em seu estudo que, na percepção dos usuários, 'fila' é considerada uma barreira a ser transposta para que o atendimento concretize-se e o acréscimo observado do contingente de pessoas a ser atendida é tratado como um desafio individual. As dificuldades encontradas pelos usuários acabam sendo

naturalizadas por eles e consideradas apenas como uma etapa que necessita ser ultrapassada, evidenciando os entraves do sistema.

A marcação no antigo formato ocorria em dias estabelecidos do mês, fato que, na perspectiva de alguns entrevistados, era desfavorável, constituindo resistência para o acesso às consultas programadas. Os excertos apontam essa compreensão:

“Era mais precário. Tinha que vir de madrugada para poder marcar, conseguir uma ficha...a ficha para a marcação era distribuída uma vez por semana ou na primeira terça-feira do mês e caso não pudesse vir no dia da marcação das consultas, só no próximo mês. Se aparecesse alguma dor antes, podia vir na emergência para ter o atendimento, além de ter que vir de madrugada, tinham os riscos de assalto, esses perigos, padei muito no inverno, chuva e frio para poder marcar”.(E3)

“Não frequentava muito a unidade de saúde, mas o que eu via eram pessoas que chegavam às 4:00 horas da manhã para conseguir consulta, e o posto abria às 7:00 horas da manhã...isso dificultava, pois se alguém chegasse quando o posto estava abrindo não conseguia mais marcar consulta, porque já não haviam mais ficha para realizar a marcação de uma consulta. A pessoa teria que voltar em outra data que houvesse marcação de consultas”.(E6)

Além disso, existiam consultas programadas que eram destinadas a grupos específicos, como gestantes, hipertensos e diabéticos; nesse sentido, tais grupos tinham marcação diferenciada, não precisando realizar, necessariamente, o agendamento de consultas em um dia específico. Essas observações foram expressas em algumas entrevistas, como no excerto abaixo:

“Era difícil, tinha que vir de madrugada para obter uma ficha, mas como eu tenho pressão alta e diabetes eu conseguia agendar uma consulta de maneira mais fácil, eles me encaixavam, se não fosse por isso eu teria que vir cedo como os outros”.(E4)

Entretanto, apesar da concordância dos entrevistados em seus relatos sobre algumas dificuldades no acesso a consultas, não houve consenso entre o grupo quanto à percepção de barreiras no antigo formato. Alguns participantes declararam que preferiam a forma anterior de acesso ao serviço, pois consideraram o sistema de ‘fichas’ em dias específicos para marcação mais prático, uma vez que também avaliaram ser menor o tempo de espera para uma consulta.

“Antigamente tinha que entrar na fila para conseguir uma consulta ...eu achava melhor naquela época, o atendimento era melhor e mais rápido, só precisava dormir na fila, marcar a consulta. Eu saía do posto sabendo que a consulta era para a semana seguinte”. (E5)

BLOCO II- Percepções sobre o novo formato de acesso

No novo processo, o serviço incluiu uma agenda programada de consultas para três meses a todos os profissionais, almejando uma distribuição de consultas maior e, por

consequente, uma ampliação do acesso. As agendas para consultas foram introduzidas no sistema de informações do SSC/GHC e tanto os profissionais de saúde quanto os agentes administrativos passaram a realizar a marcação para três meses.

A maioria dos usuários entrevistados salientou melhora no acesso ao serviço, relacionando que não era mais necessário ir tão cedo à unidade para marcação de uma consulta.

“Eu acho que melhorou principalmente na marcação. Não há necessidade de ficar exposto na rua para marcar uma consulta... Achei mais rápido. Agora é possível agendar um horário e não precisa mais ficar horas esperando de madrugada na fila para ver se tem um médico e quantas fichas vão ser distribuídas para marcação”. (E9)

Na fala de um usuário, pode-se perceber que, na sua percepção, o novo processo teve impacto no seu cotidiano de forma positiva, como ele mesmo destaca na questão da segurança. Entretanto, no seu entendimento, o acesso ao serviço ainda apresenta algumas dificuldades.

“O novo sistema eu acho que está mais difícil de engrenar, mas acho que com o tempo as pessoas vão começar a aceitar... pelo lado da segurança do paciente está mudança foi boa, porque agora não precisa madrugar na fila para agendar uma consulta”. (E3)

Todavia, há usuários que discordam da implementação do novo sistema, pois não perceberam uma alteração significativa que justificasse a mudança, além do que ressaltam novas dificuldades e salientam que preferiam passar pelos fluxos anteriores, pois os consideram mais fáceis de garantir o atendimento médico programado. Na percepção desses usuários, coube uma exceção nas dificuldades, que foi a otimização do tempo para a marcação de exames.

Um indivíduo manifestou que o tempo de espera para agendar uma consulta é menor no novo formato, mas o tempo desde o agendamento até o dia da consulta tornou-se maior. Confirma-se esse fato no excerto abaixo:

“Era bem bom... tinha mais facilidades antes, a gente tinha mais acesso. O pessoal aumentou, a demanda é muito grande, então isso dificulta um pouco para a gente conseguir uma ficha para fazer a marcação. Aquele modelo que a gente tinha que ficar aqui às 5 horas da manhã, era péssimo, mas tu vinha aqui conseguia ficha para atendimento... agora eu esperei de março a maio para consultar”. (E8)

No fragmento a seguir, um membro da comunidade expressa questões que considera como facilidades e dificuldades no sistema utilizado, no momento da entrevista. Ocorre um destaque não só para a questão do atendimento, mas do vínculo adquirido com os profissionais.

“No antigo formato eu achava ruim ter que vir cedo para conseguir marcar uma consulta, mas eu conseguia, porque eu vinha cedo....eu conseguia consulta com a médica que eu queria para a outra semana e agora não. Eu entendo, o posto hoje é muito pequeno, com poucos atendimentos para a quantidade de pessoas que procuram o serviço”. (E11)

O vínculo busca promover a criação de laços de compromissos e responsabilidade entre os profissionais da equipe e a população adscrita, permitindo uma maior aproximação entre o serviço e a comunidade (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2010).

Cabe salientar a leitura dos usuários de que a população adscrita da unidade está aumentando e que influencia no acréscimo de demandas ao serviço. Esse processo deve ser refletido, pois, apesar de existir um número de profissionais adequados vinculados a cada equipe, estes não possuem a carga horária preconizada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) para uma ESF, que é de 40 horas semanais para cada profissional, à exceção do profissional médico.

Na USJL, os profissionais têm uma carga horária semanal de trabalho diferenciada, sendo, em média, de 30 horas, o que permite que eles cumpram uma jornada de trabalho de um turno diário, ou seja, manhã ou tarde, sendo poucos os profissionais que circulam nos dois turnos. As equipes de referência são distribuídas por turnos, sendo as áreas: amarela, branca e verde vinculadas ao turno da manhã, e as áreas azul e vermelha referências, para o turno da tarde.

BLOCO III- Interpretação dos usuários sobre as ações realizadas pelos profissionais na configuração de área de vigilância

Após a reorientação do processo de trabalho baseado no aporte da vigilância em saúde, que acarretou em divisão do território por áreas de vigilância e uma reorganização dos profissionais nestas áreas nesse novo mapa do território e originou cinco equipes nos moldes da ESF, ocorreu uma profunda reflexão sobre os processos de trabalho, causando uma mudança necessária, pois provocou um pensamento crítico sobre o trabalho e sua finalidade.

Segundo Unglert (1995), o estabelecimento de uma base territorial é fundamental para a caracterização dos problemas de saúde de uma população, bem como a avaliação do impacto do sistema sobre eles e o estabelecimento da responsabilização pelos serviços sobre sua população adscrita.

A relação da equipe com os usuários teve uma modificação nesse processo, no material obtido, essa modificação do vínculo foi destacada em alguns fragmentos das

entrevistas. Ocorreu um predomínio de falas que acharam a mudança positiva na relação entre quem frequenta a unidade e os trabalhadores.

“Os atendimentos melhoraram bastante, desenvolveu mais a coisa com a presença destas equipes de referência. Agora quando eu chego ao posto sou bem atendida. Antigamente não era assim...” (E10)

Segundo Schwartz (2010), a experiência dos sujeitos com os distintos serviços vai depender de muitas variáveis, tais como as informações que agregam e estão disponíveis a ele, sua percepção sobre as facilidades e dificuldades para a obtenção de cuidados, a compreensão sobre necessidades de saúde que vão construindo-se nos processos saúde-doença de usuários e trabalhadores de saúde e a forma como vai estabelecendo-se o vínculo.

O simples fato de darmos boas-vindas abre um leque para o usuário relatar, com confiança, suas reais necessidades de saúde (COELHO; JORGE, 2007). Um acolhimento adequado realizado por uma equipe de saúde resulta na criação de um vínculo com quem frequenta o sistema, características estas necessárias no trabalho em ESF.

“Eu acredito que agora tu sendo atendido por um determinado médico, uma determinada equipe, com o tempo, tu consegue ser reconhecido... a equipe vai conhecer o teu problema, enfim vai poder ajudar mais, acredito eu.”(E3)

O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também foi citado por vários usuários como facilitador, pois serve como um elo entre a comunidade e a equipe de saúde. O ACS leva as demandas suscitadas pelos pacientes à equipe, integrando o restante da equipe no contexto familiar.

“Com a participação da ACS ficou fácil, pois ela vem aqui e depois conversa no posto sobre os problemas de saúde das pessoas da minha família. Quando eu chego à Unidade, a médica já sabe de tudo, sabe do problema”. (E6)

As visitas domiciliares por vários membros da equipe também foram lembradas.

“No meu condomínio às vezes alguém precisa de um atendimento, e a equipe vai na casa, isto é muito bom”. (E7)

Giacomozzi e Lacerda (2006), explicam que a assistência domiciliar à saúde vem transpor as práticas institucionalizadas da saúde para construir uma nova ação profissional, com base na inserção dos profissionais de saúde no local de vida, em interações e relações dos indivíduos em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio; passa, portanto, a considerar o contexto domiciliar das famílias.

O trabalho em equipe favorece a contribuição dos diferentes saberes, o que não deve eliminar as peculiaridades de cada profissional ou de cada profissão, pois é essencial que todos participem, acrescentando os diversos conhecimentos, de modo a

articular um campo que assegure saúde à população e realização pessoal dos trabalhadores (COELHO; JORGE, 2007).

Entretanto, a lógica da necessidade obrigatória por consultas médicas faz ressurgir o modelo médico centrado, ainda presente de maneira forte na cultura da população.

Em minha opinião está demorando muito tempo para se conseguir uma consulta. Para conseguir mostrar um exame demora meses. Antes eu podia escolher o médico que me atenderia e hoje sou obrigada a consultar com determinado médico. O meu outro médico sabia todo o meu histórico e o novo não sabe. (E5)

É preciso romper esse paradigma, mudar o foco de ações somente assistenciais e integrar atividades de promoção e prevenção, abrangendo a participação de toda a equipe de saúde no processo de mudança, para uma lógica usuário-centrada integral, pois, assim, a população pode ter uma nova percepção ao longo do tempo, de que uma prestação de serviço não é somente realizada em uma consulta médica.

CONSIDERAÇÕES

Para além de uma avaliação que estabeleça impactos positivos ou negativos, o material analisado possibilita identificar que lógicas e modos de acesso à saúde são tarefas complexas, mas a nova proposta serviu como um dispositivo para a transformação do processo de trabalho. O novo formato de acesso ao serviço de saúde possibilitou entrada ao atendimento na USJL através de um agendamento aberto, mas ainda está em construção.

O contexto dos usuários, assim como suas percepções, deve ser levado em consideração para agregar e qualificar o processo, pois os usuários são os principais beneficiários do trabalho e devem poder construir, em conjunto à equipe de saúde, as melhores estratégias para obtenção de modelos de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.1523-1531, set; 2009.
- COSTA, G. D. da et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. Bras. Enfer.* Brasília, v. 62, n. 1, p.113-118, jan./fev. 2009.
- GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros

urbanos. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p.287-301, mar. 2005.

MORAES, Paulo Alexandre de; BERTOLOZZ, Maria Rita; HINO, Paula. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm Usp*, Santos, v. 45, n. 1, p.19-25, abr. 2011.

OLIVEIRA, R. S. de et al. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Pernambuco, v. 11, n. 4, p.34-38, dez. 2009.

PINHEIRO, Poliana Miranda; OLIVEIRA, Lúcia Conde de. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface: Comunic., Saude, Educ.*, Ceará, v. 15, n. 36, p.185-198, jul. 2010.

PONTES, Ana Paula Munhen de et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.500-507, jul. 2009.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.27-34, Jan. 2003.

SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p.100-110, 2008.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 1a ed. – Brasília: Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SCHWARTZ, Talita Dourado et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p.2145-2154, July 2010.

UNGLERT, C. V. S., 1995. Territorialização em sistemas de saúde. In: *Distrito Sanitário* (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.

PROTEÍNAS E RNAs NÃO-CODIFICANTES PLASMÁTICOS COMO BIOMARCADORES PRÉ-CLÍNICOS DE MORBIDADES DO ENVELHECIMENTO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Killian Colombo
Márcio Neres dos Santos

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O número de idosos mais que dobrou, quando comparado há quatro décadas, e é previsto que, em 2050, eles ultrapassem a população de crianças, adolescentes e jovens adultos (ONU, 2017). A senescência, onde o envelhecer é considerado fisiológico, e a senilidade, caracterizada por uma ou mais morbidades, são as classificações utilizadas para diferenciar as alterações qualitativas e quantitativas nas estruturas e funções biológicas ao longo do processo de envelhecimento, cujo discernimento dessas modificações permite o sucesso nas intervenções terapêuticas. No contexto neurológico, a senilidade é caracterizada pelo surgimento das demências (HALTER *et al.*, 2009).

Demência é um termo amplo, caracterizado pela perda de funções cognitivas – como raciocínio, memória, compreensão e linguagem – e pelas alterações nas atividades de vida diária (AVDs) em razão do comprometimento das habilidades comportamentais (SANCESARIO, BERNARDINI, 2018). Em 2015, os custos globais com demência foram de US\$ 818 bilhões. Para os próximos 10 anos, a perspectiva é de que o valor desses investimentos seja mais que o dobro, o que prejudicará o desenvolvimento sócioeconômico e sobrecarregará os serviços sociais e de saúde em diversos países (OMS, 2017).

No Brasil, a prevalência é de 5,1% em idosos acima de 65 anos, similar à proporção mundial (SCAZUFCA *et al.*, 2008; OMS, 2017), e a incidência de quase 50% naqueles acima de 85 anos – sendo a Doença de Alzheimer (DA) a causa mais frequente (NITRINI *et al.*, 2009).

As duas alterações histológicas primárias na DA envolvem o peptídeo β -amiloide ($A\beta$) – formação de placas pelos seus depósitos fibrilares excessivos no ambiente extracelular – e a proteína Tau – devido sua hiperfosforilação e agregação nos emaranhados neurofibrilares no ambiente intracelular (VEMURI, 2018), embora outras hipóteses para o surgimento da doença também estejam emergindo.

A DA promove a morte de neurônios no hipocampo e estruturas associadas – local onde as funções da memória são primariamente mediadas, podendo ocorrer perda de

80% dessas células à medida que a doença progride – atrofia do córtex cerebral, perda de sinapses e declínio cognitivo (KOCAHAN, DOĞAN, 2017; JORISSEN *et al.*, 2010). O acúmulo de A β pode iniciar mais de duas décadas antes dos sintomas da DA (GORDON *et al.*, 2018), sendo classificado como estágio pré-clínico (ALZHEIMER ASSOCIATION, 2019), e é nesse estágio em que a Atenção Primária à Saúde (APS) deveria concentrar seus esforços.

Com a DA sendo a principal causa de demência ao envelhecer e com a expectativa de vida da população mundial aumentando ano após ano (OMS, 2018), é fundamental encontrarmos formas que permitam, ao cérebro, envelhecer livre de doenças (JAGGER, 2017). No Brasil, de 1940 a 2016, a expectativa de vida do brasileiro aumentou mais de 30 anos. O Rio Grande do Sul atualmente possui uma expectativa de vida média de 77,8 anos (IBGE, 2018), por isso, alguns autores abordam a ampliação da longevidade, porém, não ignorando a necessidade de se estender também a qualidade de vida (HANSEN, KENNEDY, 2016). Em revisão sistemática, Salomon *et al.* (2012) observaram que, concomitantemente à extensão da expectativa de vida, houve o aumento dos anos vividos com incapacidade.

A fragilidade é uma síndrome multidimensional que aumenta o risco para desfechos clínicos, como a dependência nas AVDs, quedas, hospitalização, institucionalização e morte. Os indivíduos podem ser classificados como frágeis, pré-frágeis e não frágeis (FRIED, WALSTON, FERRUCCI, 2009; PEREIRA *et al.*, 2015; VERMEIREN *et al.*, 2016), sendo os protocolos do Fenótipo de Fragilidade (FRIED, WALSTON, FERRUCCI, 2009) e o Índice de Fragilidade (MITNITSKI, MOGILNER, ROCKWOOD, 2001) os mais utilizados. Medidas preventivas parecem interferir na instalação dessa síndrome, e a adoção de critérios de avaliação específicos pode contribuir no adiamento ou na amenização dos sintomas, preservando a autonomia e independência funcional dos idosos (BRASIL, 2006), sendo sua identificação pré-clínica de suma importância. Na organização dessa demanda, as Estratégias Saúde da Família permitiriam a adoção de intervenções específicas onde seria possível fazer a estratificação de risco nessa população (TEIXEIRA, NÉRI, 2006).

O uso de biomarcadores na APS tem sido fundamental nas estratificações de riscos, prevenção de doenças e promoção à saúde (BRASIL, 2006; FONTBONNE *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2019). Recentemente, novos biomarcadores no plasma sanguíneo com potencial regenerativo ao envelhecimento em tecidos cardíaco, ósseo, musculoesquelético, renal e pancreático foram publicados (LOFFREDO *et al.*, 2013; BAHT *et al.*, 2015; SINHA *et al.*, 2014; HUANG *et al.*, 2018; SALPETER *et al.*, 2013).

Os impactos positivos e negativos de fatores presentes no plasma também puderam ser verificados no sistema nervoso central, como na recuperação da plasticidade sináptica, diminuição da neurogênese e prejuízo na aprendizagem e na memória (VILLEDA *et al.*, 2011; 2014; CASTELLANO *et al.*, 2015). Castellano *et al.* (2017), através da infusão de plasma do cordão umbilical humano, conseguiram revitalizar o hipocampo e a função cognitiva em camundongos velhos, o que não ocorreu quando infundiram o plasma de humanos idosos – cujos perfis de biomarcadores possuem concentrações plasmáticas praticamente opostas entre os dois grupos. As alterações nas concentrações plasmáticas entre a juventude e a velhice seriam os responsáveis por essas mudanças.

Lehallier *et al.* (2019) mediram 2.925 proteínas plasmáticas de 4.263 indivíduos com idade entre 18 e 95 anos. Foram verificadas modificações no proteoma na 40ª, 70ª e 80ª década de vida, revelando associações com doenças relacionadas à idade e características fenotípicas. Dentre essas proteínas, 1.379 estavam alteradas conforme a idade, sendo 895 com diferença entre homens e mulheres. Ou seja, a soma de vários elementos em diferente distribuição espacial (VEMURI, 2018) e o sinergismo entre eles (TIAN *et al.*, 2018) é que determinam o adoecer.

Com isso, se a recuperação da homeostase de biomarcadores plasmáticos tem potencial em regenerar o sistema em que se insere, evitar essas perturbações precocemente é vital no processo de saúde-doença.

Portanto, compreender e dimensionar o papel de novos biomarcadores é importante para que medidas com potencial de prevenção e intervenção em problemas de saúde coletiva – principalmente os crônicos na APS – possam ser adotadas.

Este artigo, então, teve como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca dos biomarcadores plasmáticos apolipoproteína E, adiponectina e RNAs não-codificantes, devido à potencialidade de uso na Atenção Primária à Saúde, para identificação pré-clínica da Doença de Alzheimer e Síndrome de Fragilidade no idoso.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura narrativa com artigos indexados nas bases de dados PUBMED, SCIELO, e LILACS, utilizando técnicas booleanas AND/OR, com os descritores “Plasma biomarkers; Alzheimer’s Disease; Frailty”, sem especificidade de espécie ou temporalidade. Também, foram utilizados livros, Cadernos da Atenção Básica e documentos em sites governamentais para conceituação e complementação de informações.

PROTEÍNAS PLASMÁTICAS

Apolipoproteína E (APOE)

Muitos estudos vêm sendo feitos sobre a ligação entre o metabolismo do colesterol e DA (GEIFMAN *et al.*, 2017; HUANG, MAHLEY, 2014; SAPIEH *et al.*, 2019). APOE é uma proteína que desempenha papel fundamental na homeostase de colesterol, triglicérides e fosfolípidos no sangue e cérebro (KUIPER *et al.*, 2015), e remoção de A β (CRAMER *et al.*, 2012). Suas principais isoformas são APOE- ϵ 2, APOE- ϵ 3 e APOE- ϵ 4 (SAPIEH *et al.*, 2019).

Em uma meta-análise, Ward *et al.* (2012) verificaram uma prevalência de 67% de ϵ 4 em indivíduos diagnosticados com DA. Essas isoforma seria responsável pelo desenvolvimento precoce da DA quando comparado aos outros alelos (SPINNEY, 2014), e a presença de duas cópias ϵ 4 poderiam acelerar em 5 à 10 anos o surgimento da doença (CORDER *et al.*, 1993). A APOE, através de seus receptores neuronais, desencadeia uma cascata de sinalização intracelular para produção da proteína precursora de A β (PPA) e, conseqüentemente, o aumento dos níveis da própria A β . A potência em induzir a produção da PPA dá-se na ordem APOE- ϵ 4 > APOE- ϵ 3 > APOE- ϵ 2 (HUANG *et al.*, 2017). Além de ser a isoforma mais potente, também é defectiva na remoção endocítica de A β (PRASAD, RAO, 2018).

Somado ao processo A β , APOE- ϵ 4 também se mostrou importante na degeneração neuronal mediada pela proteína tau (SHI *et al.*, 2017; MISHRA *et al.*, 2017), sendo que há maior concentração de tau hiperfosforilada nos neurônios com alelo ϵ 4 do que naqueles com o alelo ϵ 3 (INBAR *et al.*, 2010). A APOE- ϵ 3 possui maior afinidade de ligação com a tau não fosforilada que a APOE- ϵ 4, prevenindo sua acumulação. Mesmo os homozigotos ϵ 2 parecem ter risco e progressão de taupatia aumentados (ZHAO *et al.*, 2018). Contudo, baixos níveis plasmáticos de APOE foram associados com o aumento no risco de desenvolvimento de DA e outras demências, independentemente do genótipo (RASMUSSEN *et al.*, 2015), ainda que carreadores do alelo ϵ 4 tenham concentração menor de APOE no sangue que os não carreadores (REZELI *et al.*, 2015).

Chu *et al.* (2018) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise sobre o uso de estatinas na redução do risco de demências e comprometimento cognitivo leve e tanto as hidrofílicas quanto lipofílicas foram associadas a um menor risco para DA. Dentre os medicamentos ofertados pelo SUS e que vêm sendo testados na DA, estão as estatinas (BRASIL, 2020a). As estatinas reduzem os níveis plasmáticos das lipoproteínas de baixa densidade (BRUNTON, HILAL-DANDAN, KNOLLMANN, 2017) e são responsáveis também pela prenilação de uma proteína envolvida na secreção de APOE no parênquima

cerebral, e que, consecutivamente, reduz a formação de placas neuríticas (NAIDU *et al.*, 2002). Dado que os sintomas da DA aparecem cerca de 20 anos após o início das alterações no cérebro (TARAWNEH, HOLTZMAN, 2012), a administração igualmente precoce de estatinas deve ser o ideal, e não tardiamente, quando o declínio cognitivo e demência já estão instalados (PRINCE *et al.*, 2014). Em longo prazo, as estatinas poderiam evitar a evolução da doença (SWIGER *et al.*, 2013).

Em indivíduos com DA (BELKOUCH *et al.*, 2016) e em portadores do $\epsilon 4$ (NOCK, CHOUINARD-WATKINS, PLOURDE, 2017), as concentrações do ácido graxo essencial docosahexanóico (DHA) – elemento indispensável para a fluidez de membrana dos neurônios e formação de sinapses (TANAKA *et al.*, 2012) – são mais baixas. O metabolismo do colesterol no hipocampo, seus fosfolípidos e ácidos graxos é alterado pelo uso de DHA, com redução intraneural dos níveis de A β em portadores do $\epsilon 4$ (KARIV-INAL *et al.*, 2012). Segundo Nock, Chouinard-Watkins, Plourde (2017), a suplementação precoce de DHA em portadores do alelo $\epsilon 4$ poderia prevenir o surgimento e cessar a progressão da DA e, devido ao catabolismo acelerado de DHA nesses pacientes, a suplementação seria uma promissora conduta a ser adotada nos estágios pré-clínicos (YASSINE *et al.*, 2017).

Apesar de a fragilidade estar mais presente naqueles com quadro demencial, não foi encontrado associação entre os polimorfismos de APOE e a fragilidade, que, no entanto, pode ser devido aos diferentes protocolos utilizados para classificação da doença (ROCKWOOD, NASSAR, MITNITSKI, 2008). Porém, Snejdrlova *et al.* (2011) avaliaram o condicionamento físico de octagenários e constataram que homozigóticos $\epsilon 3$ e os heterozigóticos $\epsilon 2$ possuíam o mesmo risco de comprometimento do condicionamento físico, enquanto aqueles com, ao menos, 1 alelo $\epsilon 4$ apresentaram risco 13 vezes maior, mesmo com ajustes para vários agravantes na fragilidade como a subnutrição.

Epidemiologicamente, o uso da APOE como biomarcador na APS seria importante, já que aproximadamente 25% da população carrega, ao menos, um alelo $\epsilon 4$ (HUNSBERGER *et al.*, 2019).

Adiponectina

A adiponectina transita no plasma sanguíneo nas isoformas de baixo (BPM), médio (MPM) e alto (APM) peso molecular. Apesar da adiponectina de APM ser considerada a forma biológica mais ativa, estudos apontam que a isoforma plasmática não é de importância clínica, e sim, a concentração total delas (VAN ANDEL, HEIJBOER, DRENT, 2018). Além disso, segundo Kusminski *et al.* (2007), a adiponectina de APM não pode ser

detectada no líquido cefalorraquidiano, sugerindo que apenas as formas de BPM e MPM conseguiriam ultrapassar a barreira hematoencefálica, podendo, então, interagir com seus receptores altamente expressos no hipocampo (THUNDYIL *et al.*, 2012).

Nos músculos, a adiponectina aumenta a sensibilidade à insulina, a captação de glicose e a oxidação de ácidos graxos. Em estudos populacionais, foram encontradas associações entre adiponectina de APM e APOE, LDL, HDL e triglicerídeos (VAN ANDEL, HEIJBOER, DRENT, 2018). Além da perda da homeostase lipídica no sangue (CNOP *et al.*, 2003), as concentrações plasmáticas de adiponectina têm sido relacionadas ao índice de massa corpórea e tecido adiposo abdominal. Quanto mais desse tecido, menor é a produção de adiponectina (HAN *et al.*, 2017; FREDERIKSEN *et al.*, 2009; DROLET *et al.*, 2009; FUJIKAWA *et al.*, 2008; PARK *et al.*, 2004). Tais níveis também se mostraram correlacionados com a fragilidade – perda de massa magra e força (TSAI *et al.*, 2013; NAGASAWA *et al.*, 2018; LONCAR *et al.*, 2013) – e DA (LETRA *et al.*, 2019a).

Adiponectina é considerada um hormônio com ação anti-inflamatória (NAGASAWA *et al.*, 2018), e é sabido que o aumento dos níveis de moléculas pró-inflamatórias no sangue e nos tecidos é fator de risco para múltiplas doenças altamente prevalentes na velhice, entre elas, as demências e a fragilidade. Essas moléculas desencadeiam a sarcopenia, que culmina na perda da funcionalidade física (FERRUCCI, FABBRI, 2018). Esse hormônio é capaz de atenuar a atrofia muscular e seu poder miogênico dá-se através de sua ação nas células satélites musculares, promovendo diferenciação e regeneração desse tecido (GAMBERI; MAGHERINI; FIASCHI, 2019).

A adiponectina também estimula proliferação de células tronco neuronais (ZHANG *et al.*, 2011), possui papel neuroprotetor importante contra danos citotóxicos (CHAN *et al.*, 2012), e sua deficiência afeta diretamente a neurogênese hipocampal (ZHANG, WANG, LU, 2016). Essa deficiência seria responsável pela resistência insulínica no hipocampo (NG *et al.*, 2016), tida como um dos fatores para aumento de A β , hiperfosforilação da tau (FELICE, 2013), perda da plasticidade sináptica (GRILLO *et al.*, 2015), neuroinflamação e neurodegeneração (NG *et al.*, 2016).

Paradoxalmente, pacientes com demência leve à moderada por DA possuem concentração maior de adiponectina quando comparados àqueles na fase prodrômica, havendo forte correlação entre esses níveis elevados e uma menor quantidade do peptídeo A β e, conseqüentemente, menos placas neuríticas sendo formadas. Os níveis séricos mostraram-se relacionados ao estágio da doença, sendo 33% maiores naqueles com demência quando comparados àqueles com comprometimento cognitivo leve (LETRA *et al.*, 2019b). Acredita-se que ela esteja elevada em pacientes – inclusive

assintomáticos – com alterações neuropatológicas da DA, pois desempenha função na contenção da neurodegeneração. Pacientes com maiores níveis de adiponectina apresentaram uma progressão mais lenta do comprometimento cognitivo leve para o quadro demencial da DA (LETRA *et al.*, 2019a).

A prática de hábitos de vida saudáveis e o uso de alguns medicamentos, como agonistas de PPAR- γ e PPAR- α , estatinas, beta-bloqueadores, antagonistas dos receptores mineralocorticoides, inibidores da enzima conversora de angiotensina e inibidores de acetilcolinesterase, são capazes de aumentar os níveis de adiponectina no sangue (LIM, QUON, KOH, 2014; MONTECUCCO, MACH, 2009; PÁKÁSKI *et al.*, 2014; ALI *et al.*, 2015). Dentre tais classes terapêuticas, alguns estão disponíveis pelo SUS (BRASIL, 2020a). Além dos medicamentos, o DHA também pode ser utilizado por ser um agonista de PPAR- γ (VAN ANDEL, HEIJBOER, DRENT, 2018).

Alguns estudos encontraram dificuldade em determinar diferença entre os níveis circulantes de adiponectina entre pacientes com DA e seus controles ou risco para comprometimento cognitivo ou demência (BIGALKE *et al.* 2011; GU *et al.* 2010). Além do uso do Mini-Mental State Examination (MMSE) para diagnosticar o declínio cognitivo possuir suas limitações (DEVENNEY, HODGES, 2017), o fato de a doença iniciar décadas antes possibilita um viés nos controles recrutados, pois estes podem já apresentar alterações nos biomarcadores, confundindo as análises.

Com isso, em indivíduos nos estágios pré-clínicos, os níveis elevados de adiponectina seriam indicadores de um melhor prognóstico na DA e fragilidade, mesmo que suas isoformas possam agir distintamente em diferentes tecidos.

RNAs NÃO-CODIFICANTES PLASMÁTICOS

A parte não codificante do genoma humano vem mostrando-se relevante no processo de adoecimento dos indivíduos, dentre os quais, destacam-se os microRNAs (miRNAs) (BAO *et al.*, 2019; GEBERT, MACRAE, 2019; ESTELLER, 2011). Eles atuam significativamente modulando a expressão gênica em diversos mecanismos, como diferenciação e homeostase celular, regulação epigenética, alterações morfológicas em cromossomos, viabilidade embrionária, entre inúmeros outros (AMBROS, 2004; GEBERT, MACRAE, 2019). A base de dados para miRNAs do genoma humano possui 850 doenças registradas e associadas a 1.102 miRNAs, dentre as quais, estão a DA e a fragilidade – ou seus componentes, como a sarcopenia (HUANG *et al.*, 2019).

Os miRNA-483 e miRNA-21 estão desregulados em pacientes com DA e com fragilidade (FENG *et al.*, 2018; RUSANOVA *et al.*, 2018). A desregulação na expressão de

miRNAs está presente tanto no processo envolvendo a Tau quanto a A β (WANG, QIN, TANG, 2019). O miRNA-21 é superexpresso na DA, porém, com a função de inibir a indução a apoptose, possuindo assim, um papel neuroprotetor (FENG *et al.*, 2018). Esse miRNA também está com a expressão aumentada em idosos frágeis e demonstra estar relacionado à resposta inflamatória.

Aparentemente, o aumento da expressão do miRNA-21 dá-se em ambientes com processo inflamatório, por ser um indutor da resposta anti-inflamatória em diferentes doenças (NARA *et al.*, 2019; OLIVIERI *et al.*, 2012; LOBODA *et al.*, 2016). Ele seria capaz de se ligar a células inatas do sistema imunológico e, assim, produzir citocinas pró-inflamatórias, como TNF- α (FABBRI *et al.*, 2013), sendo que altos níveis dela podem induzir catabolismo muscular, já os baixos níveis, miogênese e regeneração desse tecido (CONCEPCION-HUERTAS *et al.*, 2013). Rusanova *et al.* (2018) sugerem que os miRNAs possam ser utilizados no diagnóstico precoce da fragilidade através de exames de sangue de rotina. Os autores demonstraram uma associação entre a fragilidade, miRNA-483 e IL-8, porém, diferentemente de pacientes com DA, o miRNA-483 é observado em maior quantidade na fragilidade.

Tan *et al.* (2014) relataram que 6 miRNAs (miRNA-98-5p, miRNA-885-5p, miRNA-483-3p, miRNA-342-3p, miRNA-191-5p, and miRNA-let-7d-5p) estão subexpressos em pacientes com DA. Segundo os autores, a desregulação simultânea desses 6 miRNAs poderia ser utilizada para diagnosticar a doença. Outros autores verificaram as alterações em outros 6 miRNAs (miRNA-128, miRNA-132, miRNA-874, miRNA-134, miRNA-323-3p, miRNA-382) na fase de comprometimento cognitivo leve (SHEINERMAN *et al.*, 2012).

A diferença nos miRNAs apontada em diferentes estudos pode dar-se pelo fato dos biomarcadores modificarem-se à medida que as doenças progridem. Mudanças no miRNA-200b-3p, miRNA-139-5p, miRNA-320-3p, miRNA-205-3p e miRNA-27b-3p puderam ser percebidas tanto no período anterior à deposição A β quanto durante o desenvolvimento da amiloidose. Isso pode demonstrar que alterações em estágios muito iniciais, antes mesmo do aparecimento das placas neuríticas, podem ser identificadas na análise plasmática. Durante o estágio pré-clínico, miR-200b-3p, miR-139-5p e miR-27b-3p estão sub expressos. Em contraste, miR-205-3p e miR-320-3p estão aumentados (RYAN *et al.*, 2018). Nagaraj *et al.* (2017) também identificaram o miRNA-27b-3p como um biomarcador de DA nos estágios não sintomáticos. Já o miRNA-200b-3p é considerado neuroprotetor a toxicidade do A β e de grande importância na progressão da doença (HIGAKI *et al.*, 2018). O miRNA-139-3p e miRNA-143-3p estão envolvidos na sinalização da inflamação (RYAN *et al.*, 2018; TANG *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

APOE, adiponectina e RNAs não-codificantes, como miRNA-21, miRNA-483, miR-200b-3p, miR-139-5p, miR-27b-3p, miR-205-3p e miR-320-3p, são promissores biomarcadores plasmáticos na prevenção de morbidades relacionadas ao envelhecimento. Ações nos estágios pré-clínicos ou iniciais, característicos da demanda da APS, fazem-se extremamente importantes para o sucesso na contenção da DA e fragilidade, resultando no aumento da qualidade de vida, diminuição da ocorrência de dependência nas AVDs e custos, pois evitaria ou postergaria o encaminhamento desses indivíduos para outros níveis de complexidade de atenção à saúde.

No que tange sua factibilidade, a determinação dos níveis plasmáticos desses biomarcadores no contexto do SUS é completamente plausível. A coleta da amostra sanguínea ocorre por punção venosa, como para um eritograma, e sua quantificação pode ser feita através de testes imunoenzimáticos e eletroforese. Tais testes fazem parte dos exames disponíveis no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS – SIGTAP, para serem solicitados pelo profissional médico.

A incorporação dessas novas análises no SIGTAP daria-se através de portaria publicada pelo Ministério da Saúde, atualizando a Relação Nacional de Ações Serviços Saúde (RENASES).

Os custos para quantificação dos biomarcadores propostos neste trabalho ficariam próximos aos já praticados no SUS; por exemplo, a Eletroforese de Lipoproteínas (SIA-SUS 02.02.01.071-6) que, segundo consulta realizada em junho de 2020 ao SIGTAP, é um serviço ambulatorial de média complexidade, com custo de R\$ 3,68, cujo financiamento é oriundo desse nível de atenção (BRASIL, 2020b).

Com isso, além dos diversos medicamentos vistos como potentes agentes de mitigação da DA e fragilidade, o SUS também possui a capacidade tecnológica para a utilização dos biomarcadores abordados na rotina da APS.

REFERÊNCIAS

- ALI, Mennatallah A. *et al.* Antidiabetic Effect of Galantamine: Novel Effect for a Known Centrally Acting Drug. *Plos One*, v. 10, n. 8, p.1-28, 11 ago. 2015.
- ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement*, v. 15, n. 3, p. 321-387, 2019.
- AMBROS, Victor. The functions of animal microRNAs. *Nature*, v. 431, n. 7006, p.350-355, set. 2004.

- BAHT, Gurpreet S. *et al.* Exposure to a youthful circulation rejuvenates bone repair through modulation of β -catenin. *Nature Communications*, v. 6, n. 1, p.1-9, 19 maio 2015.
- BAO, Zhenyu *et al.* LncRNADisease 2.0: an updated database of long non-coding RNA-associated diseases. *Nucleic Acids Research*, v. 47, n. 1, p.D1034-D1037, 4 out. 2018.
- BELKOUCH, Mounir *et al.* The pleiotropic effects of omega-3 docosahexaenoic acid on the hallmarks of Alzheimer's disease. *The Journal of Nutritional Biochemistry*, v. 38, p.1-11, dez. 2016.
- BIGALKE, Boris *et al.* Adipocytokines and CD34+ Progenitor Cells in Alzheimer's Disease. *Plos One*, v. 6, n. 5, p.1-7, 25 maio 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome*, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS*. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais. 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRUNTON, Laurence L.; HILAL-DANDAN, Randa; KNOLLMANN, Björn C. *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 13 ed. Edition. New York: McGraw-Hill Medical; 2017.
- CASTELLANO, Joseph M.; KIRBY, Elizabeth D.; WYSS-CORAY, Tony. Blood-Borne Revitalization of the Aged Brain. *Jama Neurology*, v. 72, n. 10, p.1191-1194, 1 out. 2015.
- CASTELLANO, Joseph M. *et al.* Human umbilical cord plasma proteins revitalize hippocampal function in aged mice. *Nature*, v. 544, n. 7651, p.488-492, abr. 2017.
- CHAN, Koon-ho *et al.* Adiponectin is Protective against Oxidative Stress Induced Cytotoxicity in Amyloid-Beta Neurotoxicity. *Plos One*, v. 7, n. 12, p.1-12, 27 dez. 2012.
- CHU, Che-sheng *et al.* Use of statins and the risk of dementia and mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, v. 8, n. 1, p.1-12, 11 abr. 2018.
- CNOP, M. *et al.* Relationship of adiponectin to body fat distribution, insulin sensitivity and plasma lipoproteins: evidence for independent roles of age and sex. *Diabetologia*, v. 46, n. 4, p.459-469, abr. 2003.
- CONCEPCION-HUERTAS, Melquiades *et al.* Changes in the redox status and inflammatory response in handball players during one-year of competition and training. *Journal of Sports Sciences*, v. 31, n. 11, p.1197-1207, jul. 2013.
- CORDER, Elizabeth H. *et al.* Gene dose of apolipoprotein E type 4 allele and the risk of Alzheimer's disease in late onset families. *Science*, v. 261, n. 5123, p.921-923, 13 ago. 1993.
- CRAMER, Paige E. *et al.* ApoE-Directed Therapeutics Rapidly Clear-Amyloid and Reverse Deficits in AD Mouse Models. *Science*, v. 335, n. 6075, p.1503-1506, 9 fev. 2012.
- DEVENNEY, Emma; HODGES, John R. The Mini-Mental State Examination: pitfalls and limitations. *Practical Neurology*, v. 17, n. 1, p.79-80, 30 nov. 2016.
- DROLET, Renée *et al.* Fat Depot-specific Impact of Visceral Obesity on Adipocyte Adiponectin Release in Women. *Obesity*, v. 17, n. 3, p.424-430, mar. 2009.
- ESTELLER, Manel. Non-coding RNAs in human disease. *Nature Reviews Genetics*, v. 12, n. 12, p.861-874, 18 nov. 2011.
- FABBRI, Muller *et al.* A new role for microRNAs, as ligands of Toll-like receptors. *Rna Biology*, v. 10, n. 2, p.169-174, fev. 2013.
- FELICE, Fernanda G. de. Alzheimer's disease and insulin resistance: translating basic science into clinical applications. *Journal of Clinical Investigation*, v. 123, n. 2, p.531-539, 1 fev. 2013.

- FENG, Mei-guo *et al.* MiR-21 attenuates apoptosis-triggered by amyloid- β via modulating PDCD4/ PI3K/AKT/GSK-3 β pathway in SH-SY5Y cells. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, v. 101, p.1003-1007, maio 2018.
- FERRUCCI, Luigi; FABBRI, Elisa. Inflammageing: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. *Nature Reviews Cardiology*, v. 15, n. 9, p.505-522, 31 jul. 2018.
- FONTBONNE, Annick *et al.* Relações entre os atributos de qualidade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família e o controle dos fatores prognósticos de complicações. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 418-424, dez. 2018.
- FREDERIKSEN, L. *et al.* Subcutaneous Rather than Visceral Adipose Tissue Is Associated with Adiponectin Levels and Insulin Resistance in Young Men. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 94, n. 10, p.4010-4015, 1 out. 2009.
- FRIED, L. P.; WALSTON, J.; FERRUCCI, L. Frailty. In: HAZZARD, W.R. *et al.*(eds) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 6 ed. New York: McGraw Hill, 2009. cap. 52, p. 631-645.
- FUJIKAWA, Rumi *et al.* Is there any association between subcutaneous adipose tissue area and plasma total and high molecular weight adiponectin levels? *Metabolism*, v. 57, n. 4, p.506-510, abr. 2008.
- GAMBERI, Tania; MAGHERINI, Francesca; FIASCHI, Tania. Adiponectin in Myopathies. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 20, n. 7, p.1544, 27 mar. 2019.
- GEBERT, Luca F. R.; MACRAE, Ian J. Regulation of microRNA function in animals. *Nature Reviews Molecular Cell Biology*, v. 20, n. 1, p.21-37, 14 ago. 2018.
- GEIFMAN, Nophar *et al.* Evidence for benefit of statins to modify cognitive decline and risk in Alzheimer's disease. *Alzheimer's Research & Therapy*, v. 9, n. 1, p.1-10, 17 fev. 2017.
- GORDON, Brian A. *et al.* Spatial patterns of neuroimaging biomarker change in individuals from families with autosomal dominant Alzheimer's disease: a longitudinal study. *The Lancet Neurology*, v. 17, n. 3, p.241-250, mar 2018.
- GRILLO, Claudia A. *et al.* Hippocampal Insulin Resistance Impairs Spatial Learning and Synaptic Plasticity. *Diabetes*, v. 64, n. 11, p.3927-3936, 27 jul. 2015.
- GU, Yian *et al.* Mediterranean Diet, Inflammatory and Metabolic Biomarkers, and Risk of Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 22, n. 2, p.483-492, 1 out. 2010.
- HALTER, J. *et al.* *Hazzard's - Geriatric medicine and gerontology*. 6 ed. New York: McGraw Hill; 2009.
- HAN, Seung Jin *et al.* Low Plasma Adiponectin Concentrations Predict Increases in Visceral Adiposity and Insulin Resistance. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 102, n. 12, p.4626-4633, 28 set. 2017.
- HANSEN, Malene; KENNEDY, Brian K. Does Longer Lifespan Mean Longer Healthspan? *Trends in Cell Biology*, v. 26, n. 8, p.565-568, ago. 2016.
- HIGAKI, Sayuri *et al.* Defensive effect of microRNA-200b/c against amyloid-beta peptide-induced toxicity in Alzheimer's disease models. *Plos One*, v. 13, n. 5, p.1-18, 8 maio 2018.
- HUANG, Qi *et al.* A Young Blood Environment Decreases Aging of Senile Mice Kidneys. *The Journals of Gerontology: Series A*, v. 73, n. 4, p.421-428, 13 out. 2017.
- HUANG, Yadong; MAHLEY, Robert W. Apolipoprotein E: Structure and function in lipid metabolism, neurobiology, and Alzheimer's diseases. *Neurobiology of Disease*, v. 72, p.3-12, dez. 2014.
- HUANG, Zhou *et al.* HMDD v3.0: a database for experimentally supported human microRNA-disease associations. *Nucleic Acids Research*, v. 47, n. 1, p.1013-1017, 26 out. 2018.
- HUNSBERGER, Holly C. *et al.* The role of APOE4 in Alzheimer's disease: strategies for future therapeutic interventions. *Neuronal Signaling*, v. 3, n. 2, p.1-15, 18 abr. 2019.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Expectativa de vida do Brasileiro*. 2018.

- INBAR, Dafna *et al.* Possible Role of Tau in Mediating Pathological Effects of apoE4 in vivo prior to and following Activation of the Amyloid Cascade. *Neurodegenerative Diseases*, v. 7, n. 1-3, p.16-23, 2010.
- JAGGER, Carol. The Epidemiology of Aging. In: FILLIT, HOWARD M.; ROCKWOOD, Kenneth; YOUNG, John. *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. 8 ed. Philadelphia: Elsevier, 2017. cap 2, p. 23.
- JORISSEN, Ellen *et al.* The Disintegrin/Metalloproteinase ADAM10 Is Essential for the Establishment of the Brain Cortex. *Journal of Neuroscience*, v. 30, n. 14, p.4833-4844, 6 abr. 2010.
- KARIV-INBAL, Zehavit *et al.* The Isoform-Specific Pathological Effects of ApoE4 in vivo are Prevented by a Fish Oil (DHA) Diet and are Modified by Cholesterol. *Journal Of Alzheimer's Disease*, v. 28, n. 3, p.667-683, 7 fev. 2012.
- KOCAHAN, Sayad; DOĞAN, Zümrüt. Mechanisms of Alzheimer's Disease Pathogenesis and Prevention: The Brain, Neural Pathology, N-methyl-D-aspartate Receptors, Tau Protein and Other Risk Factors. *Clinical Psychopharmacology And Neuroscience*, v. 15, n. 1, p.1-8, 28 fev. 2017.
- KUIPER, Jisca S. *et al.* Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, v. 22, p.39-57, jul. 2015.
- KUSMINSKI, C. M. *et al.* Adiponectin complexes in human cerebrospinal fluid: distinct complex distribution from serum. *Diabetologia*, v. 50, n. 3, p.634-642, 23 jan. 2007.
- LEHALLIER, Benoit *et al.* Undulating changes in human plasma proteome profiles across the lifespan. *Nature Medicine*, v. 25, n. 12, p.1843-1850, dez. 2019.
- LETRA, Liliana *et al.* Adiponectin and sporadic Alzheimer's disease: Clinical and molecular links. *Frontiers In Neuroendocrinology*, v. 52, p.1-11, jan. 2019a.
- LETRA, Liliana *et al.* Association between Adipokines and Biomarkers of Alzheimer's Disease: A Cross-Sectional Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 67, n. 2, p.725-735, 22 jan. 2019b.
- LIM, Soo; QUON, Michael J.; KOH, Kwang Kon. Modulation of adiponectin as a potential therapeutic strategy. *Atherosclerosis*, v. 233, n. 2, p.721-728, abr. 2014.
- LOBODA, Agnieszka *et al.* TGF- β 1/Smads and miR-21 in Renal Fibrosis and Inflammation. *Mediators of Inflammation*, v. 2016, p.1-12, 2016.
- LOFFREDO, Francesco S. *et al.* Growth Differentiation Factor 11 Is a Circulating Factor that Reverses Age-Related Cardiac Hypertrophy. *Cell*, v. 153, n. 4, p.828-839, maio 2013.
- LONCAR, Goran *et al.* Association of adiponectin with peripheral muscle status in elderly patients with heart failure. *European Journal of Internal Medicine*, v. 24, n. 8, p.818-823, dez. 2013.
- MISHRA, Aniket *et al.* Gene-based association studies report genetic links for clinical subtypes of frontotemporal dementia. *Brain*, v. 140, n. 5, p.1437-1446, 5 abr. 2017.
- MITNITSKI, Arnold B.; MOGILNER, Alexander J.; ROCKWOOD, Kenneth. Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging. *The Scientific World Journal*, v. 1, p.323-336, 2001.
- MONTECUCCO, F.; MACH, F. Update on therapeutic strategies to increase adiponectin function and secretion in metabolic syndrome. *Diabetes, Obesity And Metabolism*, v. 11, n. 5, p.445-454, maio 2009.
- NAGARAJ, Siranjeevi *et al.* Profile of 6 microRNA in blood plasma distinguish early stage Alzheimer's disease patients from non-demented subjects. *Oncotarget*, v. 8, n. 10, p.16122-16143, 6 fev. 2017.
- NAGASAWA, Motonori *et al.* High plasma adiponectin levels are associated with frailty in a general old-old population: The Septuagenarians, Octogenarians, Nonagenarians Investigation with Centenarians study. *Geriatrics & Gerontology International*, v.18, n.6, p.839-846, fev 2018.
- NAIDU, Asha *et al.* Secretion of apolipoprotein E by brain glia requires protein prenylation and is suppressed by statins. *Brain Research*, [s.l.], v. 958, n. 1, p.100-111, dez. 2002.

- NARA, Keisuke *et al.* Anti-inflammatory roles of microRNA 21 in lipopolysaccharide-stimulated human dental pulp cells. *Journal of Cellular Physiology*, v. 234, n. 11, p.21331-21341, maio 2019.
- NG, Roy Chun-laam *et al.* Chronic adiponectin deficiency leads to Alzheimer's disease-like cognitive impairments and pathologies through AMPK inactivation and cerebral insulin resistance in aged mice. *Molecular Neurodegeneration*, [s.l.], v. 11, n. 1, p.1-16, 25 nov. 2016.
- NITRINI, Ricardo *et al.* Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics*, v. 21, n. 4, p.622-630, ago. 2009.
- NOCK, Tanya G.; CHOUINARD-WATKINS, Raphaël; PLOURDE, Mélanie. Carriers of an apolipoprotein E epsilon 4 allele are more vulnerable to a dietary deficiency in omega-3 fatty acids and cognitive decline. *Biochimica Et Biophysica Acta (bba) - Molecular And Cell Biology of Lipids*, v. 1862, n. 10, p.1068-1078, out. 2017.
- OLIVIERI, Fabiola *et al.* Age-related differences in the expression of circulating microRNAs: miR-21 as a new circulating marker of inflammaging. *Mechanisms of Ageing And Development*, v. 133, n. 11-12, p.675-685, nov. 2012.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. Geneva. 2017.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization; 2018.
- ONU. Organização das Nações Unidas. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2017* (ST/ESA/SER.A/397).
- PÁKÁSKI, Magdolna *et al.* Serum Adipokine Levels Modified by Donepezil Treatment in Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 38, n. 2, p.371-377, 13 nov. 2013.
- PARK, Keun-gyu *et al.* Relationship between serum adiponectin and leptin concentrations and body fat distribution. *Diabetes Research And Clinical Practice*, v. 63, n. 2, p.135-142, fev. 2004.
- PEREIRA, Letice de Freitas *et al.* Retrato do perfil de saúde-doença de idosos longevos usuários da atenção básica de saúde. *Revista Enfermagem Uerj*, v. 23, n. 5, p.649-655, 26 nov. 2015.
- PRASAD, Hari; RAO, Rajini. Amyloid clearance defect in ApoE4 astrocytes is reversed by epigenetic correction of endosomal pH. *Proceedings of The National Academy of Sciences*, v. 115, n. 28, p.E6640-E6649, 26 jun. 2018.
- PRINCE, Martin *et al.* World Alzheimer Report 2014: Dementia and Risk Reduction An Analysis of Protective and Modifiable Factors. London: *Alzheimer's Disease International* (ADI). 101 p. 2014.
- RASMUSSEN, Katrine L. *et al.* Plasma levels of apolipoprotein E and risk of dementia in the general population. *Annals of Neurology*, v. 77, n. 2, p.301-311, 13 jan. 2015.
- REZELI, Melinda *et al.* Quantification of total apolipoprotein E and its specific isoforms in cerebrospinal fluid and blood in Alzheimer's disease and other neurodegenerative diseases. *Eupa Open Proteomics*, v. 8, p.137-143, set. 2015.
- ROCKWOOD, Kenneth; NASSAR, Bassam; MITNITSKI, Arnold. Apolipoprotein E-polymorphism, frailty and mortality in older adults. *Journal of Cellular And Molecular Medicine*, v. 12, n. 6, p.2754-2761, 8 fev. 2008.
- RUSANOVA, Iryna *et al.* Analysis of Plasma MicroRNAs as Predictors and Biomarkers of Aging and Frailty in Humans. *Oxidative Medicine And Cellular Longevity*, v. 2018, p.1-9, 18 jul. 2018.
- RYAN, Margaret M. *et al.* Circulating Plasma microRNAs are Altered with Amyloidosis in a Mouse Model of Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 66, n. 2, p.835-852, 30 out. 2018.
- SAFIEH, Mirna; KORCZYN, Amos D.; MICHAELSON, Daniel M. ApoE4: an emerging therapeutic target for Alzheimer's disease. *Bmc Medicine*, v. 17, n. 1, p.1-17, 20 mar. 2019.

- SALOMON, Joshua A. *et al.* Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet*, v. 380, n. 9859, p.2144-2162, dez. 2012.
- SALPETER, Seth J. *et al.* Systemic Regulation of the Age-Related Decline of Pancreatic β -Cell Replication. *Diabetes*, v. 62, n. 8, p.2843-2848, 29 abr. 2013.
- SANCESARIO, Giulia M.; BERNARDINI, Sergio. Diagnosis of neurodegenerative dementia: where do we stand, now?. *Annals of Translational Medicine*, v. 6, n. 17, p.340-340, set. 2018.
- SCAUZUFCA, Marcia *et al.* High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. *International Psychogeriatrics*, v. 20, n. 02, p.394-405, 11 jun. 2007.
- SHEINERMAN, Kira S. *et al.* Plasma microRNA biomarkers for detection of mild cognitive impairment: Biomarker Validation Study. *Aging*, v. 5, n. 12, p.925-938, 22 dez. 2013.
- SHI, Yang *et al.* ApoE4 markedly exacerbates tau-mediated neurodegeneration in a mouse model of tauopathy. *Nature*, v. 549, n. 7673, p.523-527, set. 2017.
- SILVA, Lílíam Barbosa *et al.* Estratos de risco e qualidade do cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 27, n. e3166, 2019.
- SINHA, Manisha. *et al.* Restoring Systemic GDF11 Levels Reverses Age-Related Dysfunction in Mouse Skeletal Muscle. *Science*, v. 344, n. 6184, p.649-652, 5 maio 2014.
- SNEJDROVA, Michaela *et al.* APOE polymorphism as a potential determinant of functional fitness in the elderly regardless of nutritional status. *Neuro Endocrinol Lett.* v. 32, Suppl 2, p. 51–54. nov. 2011.
- SPINNEY, Laura. Alzheimer's disease: The forgetting gene. *Nature*, v. 510, n. 7503, p.26-28, jun. 2014.
- SWIGER, Kristopher J. *et al.* Statins and Cognition: A Systematic Review and Meta-analysis of Short- and Long-term Cognitive Effects. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 88, n. 11, p.1213-1221, nov. 2013.
- TAN, Lin *et al.* Genome-Wide Serum microRNA Expression Profiling Identifies Serum Biomarkers for Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, v. 40, n. 4, p.1017-1027, 19 maio 2014.
- TANAKA, Kazuhiro *et al.* Effects of Docosahexaenoic Acid on Neurotransmission. *Biomolecules and Therapeutics*, v. 20, n. 2, p.152-157, 31 mar. 2012.
- TANG, Y. *et al.* MicroRNA-139 modulates Alzheimer's-associated pathogenesis in SAMP8 mice by targeting cannabinoid receptor type 2. *Genetics and Molecular Research*, v. 16, n. 1, p.1-12, 2017.
- TARAWNEH, Rawan; HOLTZMAN, David M. The Clinical Problem of Symptomatic Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, v.2, n. 5, p.a006148-a006148, 15 fev. 2012.
- TEIXEIRA, Ilka Niceia D'Aquino Oliveira; NÉRI, Anita Liberalesso. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, E. V. *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1102- 1108.
- THUNDYIL, John *et al.* Adiponectin receptor signalling in the brain. *British Journal of Pharmacology*, v. 165, n. 2, p.313-327, 16 dez. 2011.
- TIAN, Ju *et al.* The effects of aging, diabetes mellitus, and antiplatelet drugs on growth factors and anti-aging proteins in platelet-rich plasma. *Platelets*, v. 30, n. 6, p.773-792, 25 set. 2018.
- TSAL, Jaw-shiun *et al.* Plasma Adiponectin Levels Correlate Positively with an Increasing Number of Components of Frailty in Male Elders. *Plos One*, v. 8, n. 2, p.1-8, 13 fev. 2013.
- VAN ANDEL, Merel; HEIJBOER, Annemieke C.; DRENT, Madeleine L. Adiponectin and Its Isoforms in Pathophysiology. *Advances in Clinical Chemistry*, p.115-147, 2018.
- VEMURI, Prashanthi. "Exceptional brain aging" without Alzheimer's disease: triggers, accelerators, and the net sum game. *Alzheimer's Research & Therapy*, v. 10, n. 1, p.1-8, 1 jun. 2018.

VERMEIREN, Sofie *et al.* Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. *Journal of The American Medical Directors Association*, v. 17, n. 12, p. 1163.e1-1163.e17, dez. 2016.

VILLEDA, Saul A. *et al.* The ageing systemic milieu negatively regulates neurogenesis and cognitive function. *Nature*, v. 477, n. 7362, p.90-94, 31 ago. 2011.

VILLEDA, Saul A. *et al.* Young blood reverses age-related impairments in cognitive function and synaptic plasticity in mice. *Nature Medicine*, v. 20, n. 6, p.659-663, 4 maio 2014.

WANG, Mengli; QIN, Lixia; TANG, Beisha. MicroRNAs in Alzheimer's Disease. *Frontiers in Genetics*, v. 10, p.1-13, 1 mar. 2019.

WARD, Alex *et al.* Prevalence of Apolipoprotein E4 Genotype and Homozygotes (APOE $\epsilon 4/\epsilon 4$) among Patients Diagnosed with Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology*, v. 38, n. 1, p.1-17, 2012.

YASSINE, Hussein N. *et al.* Association of Docosahexaenoic Acid Supplementation With Alzheimer Disease Stage in Apolipoprotein E $\epsilon 4$ Carriers. *Jama Neurology*, v. 74, n. 3, p.339-347, 1 mar. 2017.

ZHANG, Di; WANG, Xuezheng; LU, Xin-yun. Adiponectin Exerts Neurotrophic Effects on Dendritic Arborization, Synaptogenesis, and Neurogenesis of the Dentate Gyrus of Male Mice. *Endocrinology*, v. 157, n. 7, p.2853-2869, jul. 2016.

ZHANG, Di *et al.* Adiponectin Stimulates Proliferation of Adult Hippocampal Neural Stem/Progenitor Cells through Activation of p38 Mitogen-activated Protein Kinase (p38MAPK)/Glycogen Synthase Kinase 3β (GSK- 3β)/ β -Catenin Signaling Cascade. *Journal of Biological Chemistry*, v. 286, n. 52, p.44913-44920, 28 out. 2011.

ZHAO, Na *et al.* APOE $\epsilon 2$ is associated with increased tau pathology in primary tauopathy. *Nature Communications*, v. 9, n. 1, p.1-11, 22 out. 2018.

REGISTRO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E PERCEPÇÃO DAS(OS) ENFERMEIRAS(OS) SOBRE SUA PRÁTICA NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM TUBERCULOSE EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Luana Gularte Barbosa
Sandra Rejane Soares Ferreira
Aline Iara de Sousa

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde de emergência global e merece atenção tanto dos profissionais de saúde quanto da população em geral (FERREIRA, 2017a). No Brasil, em 2017, foram notificados 74.849 casos novos de TB (BRASIL, 2019). Porto Alegre é um dos 15 municípios com mais casos de TB no estado do RS e, também, a quarta capital brasileira com maior incidência da doença (BRASIL, 2018a).

A atenção à saúde das pessoas com TB demanda ações multiprofissionais com vista ao alcance da integralidade. As pessoas com TB que iniciam acompanhamento nas Unidades de Saúde (US), geralmente, são atendidas pela equipe multiprofissional, com destaque às consultas mensais médicas e de enfermagem (FERREIRA, 2017a).

A enfermagem tem um papel significativo na realização das ações de controle da doença. Para qualificar a atenção à saúde, a(o) enfermeira(o) deve utilizar, nas consultas e visitas domiciliares, a metodologia do processo de Enfermagem (PE), que compreende cinco etapas: investigação ou coleta de dados; diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação da assistência e avaliação do cuidado (FERREIRA, 2017b).

A residência é uma oportunidade para realizar o laboratório da execução das melhores práticas recomendadas para o cuidado da saúde das pessoas, portanto, verificar, na prática cotidiana, se é possível seguir as recomendações do Protocolo de Tuberculose na Atenção Primária da Gerência de Saúde Comunitária (GSC), na Consulta de Enfermagem (CE), representa um espaço para aperfeiçoar essa prática. Assim sendo, considera-se este estudo relevante, por abordar as ações das(os) enfermeiras(os) no cuidado de pessoas com TB, em unidades básicas de saúde.

O objetivo deste estudo foi avaliar, nos prontuários de pessoas acometidas por TB, os registros do PE nas consultas de acompanhamento, realizadas por enfermeiras(os) de unidades de saúde da GSC do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), inseridas na Gerência Leste Nordeste, bem como identificar qual a percepção dos(as) profissionais sobre a execução do PE no cuidado dessas pessoas.

METODOLOGIA

Este estudo do tipo descritivo tem uma parte retrospectiva, realizada por meio da análise dos prontuários das pessoas acometidas por TB, com objetivo de identificar os registros da consulta de enfermagem, e outra parte analítica, elaborada com o auxílio de um questionário, respondido pelas(os) enfermeiras(os) das unidades de saúde, sobre a sua percepção quanto à realização do PE, no cuidado às pessoas com TB.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP-GHC), sob o número de parecer 3.096.243, sendo realizado em quatro unidades de saúde da GSC do GHC, que fazem parte da Gerência Distrital Leste Nordeste (GD-Leno), do município de Porto Alegre/RS.

Os critérios de inclusão dos casos de TB para revisão de prontuários foram: pessoas que iniciaram tratamento para a doença no ano de 2017 e foram acompanhadas durante o tratamento em uma das quatro unidades de saúde da GSC, pertencentes à GD-Leno. Foram considerados critérios de exclusão dos casos de TB para revisão de prontuários pessoas com TB institucionalizadas. O critério de inclusão das(os) enfermeiras(os) para responder ao questionário sobre seu processo de trabalho com pessoas acometidas por TB foi ter trabalhado em uma das quatro unidades de saúde no ano de 2017, independentemente de ter, ou não, atendido algum caso de TB durante esse ano. O critério de exclusão das(os) enfermeiras(os) foi não trabalhar atualmente no GHC ou estar afastado do trabalho durante o período de coleta de dados.

A coleta de dados da primeira etapa do estudo foi uma pesquisa documental, realizada por meio da revisão de prontuário, com um instrumento (Apêndice A) elaborado com base nos itens da ficha clínica de acompanhamento dos casos de TB adotada pela GSC-GHC. Na segunda etapa, foi aplicado um questionário (Apêndice B), pela pesquisadora, no local de trabalho dos profissionais, mediante assinatura do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). O instrumento foi elaborado com base na literatura sobre os cinco passos do PE e buscou-se identificar as percepções das(os) enfermeiras(os) acerca do trabalho desenvolvido para o cuidado das pessoas com TB.

Os dados coletados em prontuário foram inseridos em uma planilha Excel e analisados quanto ao número e à frequência, seguindo-se a mesma ordem dos agrupamentos de perguntas contidos no instrumento de coleta de dados, com o propósito de manter a lógica dos objetivos pretendidos.

Quanto às respostas das(os) enfermeiras(os) ao questionário, as perguntas fechadas foram digitadas em uma planilha Excel e analisadas em função do número e de sua frequência. As perguntas abertas foram analisadas de forma objetiva através da leitura analítica e categorização manual desses conteúdos, de acordo com as questões norteadoras do instrumento.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação dos prontuários dos casos de tuberculose

Em 2017, vinte e dois (22) usuários ingressaram para tratamento da TB nas quatro (4) unidades de saúde da GSC pesquisadas, destes, apenas onze (11) preencheram os critérios de inclusão da pesquisa, sendo excluídos onze (11) casos.

Na unidade “A”, foram avaliados seis (6) prontuários e dois (2) excluídos, pois realizavam tratamento em outros serviços do município de Porto Alegre. Na unidade “B”, foi analisado um (1) prontuário. Na unidade “C”, foram revisados três (3) prontuários, sendo que dois (2) realizavam tratamento compartilhado com a referência terciária e tratamento diretamente observado (TDO) na unidade. Na unidade “D”, foi pesquisado um (1) caso, pois nove (9) pacientes que iniciaram tratamento em 2017 estavam em uma instituição de longa permanência (ILP). Destaca-se que, entre os onze (11) casos pesquisados, em oito (8) deles, a TB foi registrada pelos profissionais na lista de problemas do usuário, no prontuário (73%).

A Ação Programática da TB recomenda, pelo menos, uma consulta de enfermagem mensal (FERREIRA, 2017c), totalizando seis (6) consultas para cada caso de TB. Na análise dos dados, das quatro unidades, obteve-se uma média de duas (2) consultas de enfermagem realizadas por paciente, sendo que houve, no máximo, cinco (5) consultas, ofertadas para três (3) usuários e, no mínimo, zero em apenas uma das situações investigadas.

O registro da consulta é parte essencial do processo do cuidar, facilitando a comunicação entre os profissionais e a equipe de saúde. Esse registro pode ser feito de duas maneiras: anotação ou evolução. O Conselho Federal de Enfermagem define anotação como um dado bruto que pode ser elaborado por toda equipe de enfermagem, refere-se ao registro de observações de um dado momento (COFEN, 2016). Já a evolução é a execução completa do Processo de Enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, contém o registro das informações coletadas, sua interpretação e condutas prescritas e/ou executadas.

Verificou-se, na pesquisa, que apenas um (1) prontuário apresentava o registro de evolução de enfermagem (9%) e o profissional utilizou o anagrama SOC (Subjetivo, Objetivo e Conduta) para o registro das informações; nos outros dez (10) prontuários, constavam apenas anotações pontuais sobre o atendimento realizado ao usuário (91%). Portanto, os registros em prontuário efetuados pelas(os) enfermeiras(os), nos atendimentos aos casos de TB, foram, em sua maioria, anotações de enfermagem.

RIBEIRO (2018), em um estudo sobre percepção da equipe de enfermagem quanto à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e realização do PE em unidade básica de saúde, identificou que 47% dos profissionais de enfermagem informaram que não possuíam conhecimento suficiente para realizar o PE de forma completa na Atenção Primária. O estudo também evidenciou que existem dificuldades para a padronização das nomenclaturas relacionadas ao Diagnóstico de Enfermagem na área da saúde coletiva, portanto, essa não seria uma dificuldade exclusiva dos profissionais das unidades da GSC do GHC.

A Ação Programática da TB recomenda, na GSC do GHC, para facilitar o registro do acompanhamento dos casos de TB, a utilização da Ficha Clínica do Programa Nacional de TB (Ministério da Saúde) e, também, de um instrumento criado, nesse serviço, para apoiar o registro das consultas (FERREIRA, 2017c). Em relação à utilização desses instrumentos, identificou-se que: (a) em quatro (4) casos (36%), as consultas foram registradas nos dois instrumentos recomendados; (b) em três (3) casos (27%), registrou-se apenas na Ficha Clínica do Programa Nacional de TB (MS); (c) em quatro (4), não utilizaram nenhum dos instrumentos (36%), sendo que dois (2) casos também estavam em acompanhamento no Serviço terciário e vinham diariamente à unidade para o TDO.

Durante a CE para pessoas com TB, é preconizado avaliar: peso; pressão arterial; resultados de exames, entre eles, a baciloscopia ou BAAR (Bacilos Álcool-Ácido Resistentes) dos casos pulmonares e resultado do exame para detectar o HIV; sintomas da doença; comorbidades; uso de álcool ou outras drogas; avaliação do perfil de risco para abandono do tratamento e necessidade, ou não, de tratamento diretamente observado (TDO). Ainda, compete à(o) enfermeira(o) organizar a relação de contatos do caso para avaliação (BRASIL, 2011; FERREIRA, 2017c).

O registro do peso em todas as consultas de enfermagem foi encontrado em quatro (4) prontuários (36%); estava registrado algumas vezes em um (1) prontuário (9%); não foi registrado o peso durante a consulta de enfermagem em seis (6) casos (55%), dois (2) destes estavam em acompanhamento no Serviço Terciário.

A baciloscopia de escarro BAAR é importante para o diagnóstico e acompanhamento da evolução dos casos de TB. Dever ser solicitada, pelo menos, duas (2) amostras para o diagnóstico e, mensalmente, até o fim do tratamento para todos os casos pulmonares positivos (BRASIL, 2011; FERREIRA, 2017c). Quanto ao registro mensal do resultado de BAAR em prontuário nos pacientes com TB pulmonar (dez casos), identificou-se que: em quatro (4) prontuários, havia o registro do BAAR algumas vezes (40%); em um (1) prontuário, ocorreu o registro dos resultados de BAAR pela enfermeira em todas as consultas (10%); em três (3) prontuários, o registro foi feito apenas pelo médico (30%) e, em dois (2) prontuários, (casos compartilhados com a Referência Terciária) não constava esta anotação (20%). No prontuário da TB extrapulmonar (um caso), havia o registro de pesquisa de BAAR na urina.

A Ação Programática da TB recomenda que a presença de sinais e sintomas da TB devem ser avaliadas e registradas nas CE, bem como a sua ausência. Ainda, ressalta a importância da avaliação de comorbidades, especialmente aquelas que reduzem a imunidade, reduzem adesão ao tratamento ou que o seu tratamento possa ter interações com o tratamento da TB (FERREIRA, 2017c). Quanto aos registros sobre sintomas de TB na consulta de enfermagem, em um (1) prontuário, constava o registro de sintomas, em dois (2) prontuários, o registro ocorreu algumas vezes, contudo, essa informação não foi encontrada no registro da CE em oito (8) prontuários, sendo dois (2) prontuários de casos compartilhados com a Referência Terciária. Os sintomas registrados foram tosse e perda de peso. Quanto à avaliação de comorbidades, o que apareceu foi a investigação da coinfeção com HIV em oito (8) casos, esses registros foram efetuados pelos médicos.

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é uma etapa importante no PE para a definição das prescrições de cuidado indicadas pelo enfermeiro. É o momento em que o enfermeiro realiza seu julgamento clínico, levando em consideração as informações, os sinais e os sintomas apresentados pela pessoa (FERREIRA, 2017b). A literatura destaca os DE mais frequentes no atendimento aos usuários com TB, entre eles: TB pulmonar; troca prejudicada de gases ou padrão respiratório ineficaz; fadiga; falta de adesão ao tratamento; nutrição desequilibrada; isolamento social; controle ineficaz da saúde; náusea relacionada ao regime de tratamento, entre outros (BRASIL, 2011; FERREIRA, 2017C; FERREIRA, 2017d). Nos prontuários avaliados, não foram encontrados registros de DE.

A literatura aponta que os casos de TB podem apresentar dificuldades na adesão ao tratamento, que dura seis ou mais meses. Isso está relacionado a vários fatores, entre eles: o uso de álcool e/ou outras drogas, situação de rua, doença mental e comorbidades

(especialmente HIV). Essa avaliação é fundamental para identificar pessoas com perfil de risco para o abandono do tratamento (BRASIL, 2011; FERREIRA, 2017c).

Nos prontuários avaliados, identificou-se, em três (3) casos, o registro nas CE sobre o uso de álcool e outras drogas (27%). Quanto à avaliação do perfil de risco para o abandono do tratamento, havia o registro em cinco (5) prontuários. Nessas situações, percebe-se o quão importante é fazer o levantamento das potencialidades e fragilidades para o cuidado, identificando as redes de apoio do usuário como um auxílio na melhor adesão ao tratamento. As ferramentas mais utilizadas para a avaliação do risco de abandono foram: avaliação de rede familiar de apoio em quatro (4) casos, seguida pela avaliação de rede social de apoio em três (3), uma (1) avaliação de risco social e uma (1) avaliação do risco de depressão. Ainda, quando ocorre um abandono, deve haver o registro em prontuário. Entre os 11 casos avaliados, houve duas (2) situações de abandono, tendo sido realizadas buscas ativas (visitas domiciliares, telefonemas, etc.) como intervenções para a retomada do tratamento.

Seguindo as etapas do PE, a(o) enfermeira(o) deve planejar o cuidado considerando as particularidades de cada indivíduo para definir critérios e priorizar ações, bem como conhecer preferências da pessoa atendida e suas necessidades humanas básicas. Nessa etapa, formulam-se as metas ou os critérios de resultados, identificados às ações ou prescrições de enfermagem (FERREIRA, 2017b). O plano deve ser pactuado entre profissional-usuário e essa combinação deve ser registrada em prontuário. Nos prontuários avaliados, apenas três (3) continham plano de cuidados (27%), abordando orientações sobre uso de medicamentos, rotinas da unidade de saúde e encaminhamento para consulta médica, quando necessário. Nessas situações, alguns cuidados apareceram checados no Instrumento de Apoio da TB, porém não foram observados objetivos e metas descritos.

A quinta etapa do PE é a avaliação, quando a(o) enfermeira(o) verifica, junto à pessoa com TB, o que ela tem conseguido realizar em relação ao cuidado prescrito e, se necessário, modifica o plano de cuidados, reescrevendo-o com a pessoa, redefinindo os objetivos, ações e resultados esperados. A avaliação deve ser continua até a melhora do quadro clínico e alta por cura e/ou outro motivo (FERREIRA, 2017b). A descrição da etapa de avaliação foi identificada, nos registros de CE, apenas na última consulta, abordando o desfecho do tratamento. Em quatro (4) casos, houve alta por cura comprovada (36%), em três (3), a alta por término de tratamento (27%), em dois (2), a alta por abandono (18%), um (1) caso de alta por falência (9%) e outro de alta por transferência (9%).

A avaliação dos prontuários demonstrou que o número de CE está abaixo da média preconizada por paciente (uma consulta/mês) e que há um sub-registro dos atendimentos realizados. A distância das atividades de assistência foi justificada pela sobrecarga de trabalho, pois referem que a(o) enfermeira(o) fica à frente de inúmeras funções que tomam seu tempo e isso interfere no número de CE realizadas. Essa informação também foi encontrada na literatura, e FREITAS (2018) relata, em seu estudo sobre cuidados às pessoas com TB, que a cobrança que se impõe às(aos) enfermeiras(os), muitas vezes, não é condizente com as condições que lhes são dadas para responder a todas as demandas do serviço com qualidade.

Percepção das(os) enfermeiras(os) sobre sua prática na atenção às pessoas com TB registradas no questionário

A aplicação do questionário do estudo foi realizada para seis (6) das(os) dez (10) enfermeiras(os) que trabalhavam nas quatro (4) unidades de saúde pesquisadas, no ano de 2017, pois quatro (4) não preenchiam os critérios de inclusão.

A unidade “A” tinha três (3) enfermeiras, duas (2) responderam ao questionário e uma não trabalhava na US, em 2017. A unidade “B” tinha três (3) enfermeiras e foi respondido um (1) questionário, pois duas (2) não estavam dentro dos critérios de inclusão (uma em licença de saúde e a outra não trabalhava na US, em 2017). A unidade “C” tinha duas (2) enfermeiras que responderam ao questionário. A unidade “D” tinha duas (2) enfermeiras e foi realizada uma (1) entrevista, pois a segunda enfermeira é co-orientadora do projeto.

Nas informações fornecidas pelas(os) enfermeiras(os), por meio do questionário, sobre suas práticas no cuidado de pessoas com TB, verificou-se que 50% das profissionais pesquisadas (3) realizavam consulta de enfermagem (CE) para pessoas com TB na unidade, no ano de 2017. As outras três não realizavam CE e justificaram dizendo que:

*E3 “... tivemos poucos casos de TB e a consulta de enfermagem foi negligenciada”;
E4 “A estrutura da equipe não possibilitava realização de ambulatórios {consultas} de enfermagem”;*

E5- “Porque faço acolhimento em todos os turnos. E a abordagem a estes casos no acolhimento é mais geral, não contemplando todo o processo de enfermagem.”

Também, foi perguntado às(os) enfermeiras(os) se haviam realizado alguma CE para pessoas com TB nos cinco anos anteriores. Três (3) responderam que sim 50%; duas (2) responderam que não (33,4%) e uma (1) não respondeu a questão (16,7%).

Quanto à estimativa sobre a quantidade de consultas realizadas a cada ano, apenas uma enfermeira respondeu, confirmando uma média de quatro (4) casos de TB atendidos/ano.

Sobre a utilização do protocolo de atenção à TB da GSC-GHC para subsidiar suas consultas, cinco (5) responderam que já utilizaram (83,3%) e uma (1) não respondeu a pergunta (16,7%).

Em relação à utilização da ficha clínica da TB do Ministério da Saúde (MS) para acompanhar os casos, cinco (5) responderam que utilizaram (83,3%) e uma (1) não utilizou, alegando que não atende casos de TB em função de outras atividades.

Quanto a outra ferramenta disponibilizada pelo GSC-GHC, o instrumento de apoio à consulta de TB, quatro (4) responderam que já utilizaram (66,7%), uma (1) disse que não utilizava (16,7%) e a outra (1) não utilizou, pois não fez atendimento à paciente com TB na unidade (16,7%).

No que se refere à execução das etapas do PE durante a CE, (3) 50% das enfermeiras disseram que realizavam todas as etapas nas consultas à pacientes com TB, uma (1) disse que realizava algumas vezes (16,7%) e duas (2) disseram que não realizam CE para pessoas com TB (33,4%).

Ao serem questionadas sobre o motivo pelo qual não realizavam o PE nas CE ou realizavam o PE algumas vezes, surgiram as seguintes respostas:

E2- "Temos uma demanda grande de trabalho e não sou familiarizada com o processo de enfermagem, não tendo uma prática sistemática o que me demanda mais tempo e preparo".

E3- "Já realizei, mas nos anos de 2017 e 2018 tivemos poucos casos e não fiz mais todo o processo. Estou na coordenação da unidade, sou responsável pelo programa mulher e gestante".

E4- "Dentro das possibilidades que a estrutura e adaptação de processo de trabalho que a equipe foi, digo, teve necessidade de realizar o acompanhamento dos casos de TB ocorreram de forma adaptada e parcial".

No que diz respeito aos registros de atendimento no prontuário, três (3) enfermeiras disseram que realizam o registro de forma adequada (50%), duas (2) disseram que realizam o registro algumas vezes (33,4%) e, para uma (1), a pergunta não se aplica, pois não realiza atendimento a paciente com TB (16,1%).

As entrevistadas relatam que o motivo de não ocorrer o registro adequado do atendimento no prontuário deve-se às seguintes razões:

E2- "Temos uma demanda grande de trabalho e não sou familiarizada com o processo de enfermagem, não tendo uma prática sistemática o que me demanda mais tempo e preparo".

E3- "Quando fazia sim. Faltava o diagnóstico de enfermagem. Não consigo me adaptar ao uso do diagnóstico. Os que conheço não representam a ação do enfermeiro de APS. Os enfermeiros do SSC estão discutindo qual taxonomia usar".

Quanto às dificuldades que as(os) enfermeiras(os) encontravam no cotidiano para realizar o PE nas consultas às pessoas com TB, quatro (4) apontaram (66,7%) as questões abaixo e duas não responderam a questão (33,4%):

E2- "Falta de habilidade e prática no processo;

Tempo curto para atendimento e registro".

E3- "Quando fazia sim. Faltava o diagnóstico de enfermagem. Não consigo me adaptar ao uso do diagnóstico. Os que conheço não representam a ação do enfermeiro de APS. Os enfermeiros do SSC estão discutindo qual taxonomia usar".

E4- "A unidade ainda não disponibiliza espaço para ambulatório {de enfermagem}; As ações de cuidado, atenção e busca independem de um processo restrito, os registros realizados devem ser valorizados".

E6- "Não tenho dificuldades, pois estou bem inteirada no Processo de Enfermagem devido a educação permanente da TB, participação ativa e com bom aprendizado".

O PE é "uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro que norteia o processo de raciocínio clínico e a tomada de decisão diagnóstica, de resultados e de intervenções" (RIBEIRO, 2018). As(os) enfermeiras(os) pesquisadas, no que tange ao conhecimento do PE e à execução das suas etapas, reconhecem-no como instrumento importante para a prática. No entanto, relatam uma gama de dificuldades para a sua aplicação, como a negligência devido às várias atividades desenvolvidas e condições estruturais inadequadas para o trabalho. O estudo de SARATTO (2017) traz, como aspecto de insatisfação no serviço, os déficits na estrutura física e instrumentos de trabalho encontrados nas Unidades Básicas de Saúde, o que reflete diretamente no rendimento do profissional que se sente desmotivado.

Foi perguntado, as seis (6) entrevistadas, o que consideravam fundamental para apoiar as(os) enfermeiras(os) da GSC para aplicar e registrar o PE no cuidado de pessoas com TB e todas contribuíram dizendo que:

E1- "Que recebam treinamento e lhes seja apresentado o instrumento de apoio".

E2- "Práticas em exercício; aumento do quadro funcional".

E3- "Prontuário eletrônico, decidir uma taxonomia e fazer capacitação para seu uso".

E4- "Não sobrecarregar o enfermeiro com responsabilidades que outros profissionais da equipe devem realizar. Valorizar o enfermeiro dedicado ao programa, pois é de conhecimento as dificuldades enfrentadas para a realização dos tratamentos; Sugerir ações de forma tranquila, sem gerar inquietação e estado de inadequação frente ao processo; Apresentar a proposta da aplicação e registro do PE, visando criar significado positivo; Motivar, e não somente culpabilizar, pois a análise das condições disponíveis para a realização do Processo de Enfermagem é importante".

E5- "Ter instituído horário para ambulatório específico para este fim".

E6- "Se inteirar no assunto TB; Participar da educação permanente de TB; Ler e estudar o Protocolo de TB".

Na percepção dos profissionais participantes da pesquisa, Educações Permanentes (EP) frequentes sobre o tema poderiam favorecer a familiarização com o PE e sua prática em serviço. A EP tem como objetivo nortear a formação e a qualificação dos

profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, com a finalidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho com base nas necessidades e dificuldades do sistema (BRASIL, 2018b).

A inexistência da definição institucional por uma taxonomia a ser implantada pelo serviço também foi sinalizada pelas(os) enfermeiras(os) como um item importante, pois nortearia os profissionais em suas ações. A maioria das profissionais pesquisadas informou conhecer o “Protocolo de Consulta de Enfermagem para pessoas com TB da GSC” (FERREIRA, 2017c), em sua 4ª edição, este apresenta um roteiro para a realização das CE e a taxonomia da NANDA Internacional, com os diagnósticos mais frequentes no atendimento de pessoas com TB. Entretanto, a utilização desse material não se reflete na prática cotidiana dos registros em prontuário nessas unidades.

Outra questão apontada pelos profissionais é a falta de valorização, que implica não somente em ações de políticas salariais, mas, também, no reconhecimento pelo trabalho realizado. SARATTO (2017), em seu estudo, reforça que a valorização do trabalho é de fundamental importância para a satisfação profissional e ampliação do compromisso profissional e deve levar em consideração os esforços individuais.

Na percepção dos participantes da pesquisa, a implantação de um prontuário eletrônico da GSC-GHC aperfeiçoaria o atendimento ao usuário. O modelo de prontuário eletrônico pode assegurar que os dados dos pacientes sejam compartilhados de maneira efetiva e rápida com todos que o atendem. Com essa ferramenta, é possível eliminar problemas comuns na prática, como a ilegibilidade de informações escritas à mão em prontuário de papel, o que pode gerar ações equivocadas no tratamento do usuário (GONÇALVES, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitem considerar que os objetivos da pesquisa foram alcançados. Foi possível avaliar a presença de alguns registros do PE nas consultas às pessoas com TB e, ainda, captar a percepção das(os) enfermeiras(os) sobre a sua prática no atendimento às pessoas com TB.

A literatura aponta que a utilização do PE melhora a prestação do cuidado, o que, na atenção às pessoas com TB, pode refletir na adesão ao tratamento e vinculação ao serviço de saúde, contribuindo com o controle da doença, por meio da redução da circulação do bacilo de Koch. Entretanto, as informações obtidas no estudo demonstraram que o PE não tem sido executado em sua totalidade, o que foi justificado pela sobrecarga

de trabalho dos profissionais, falta de familiarização e prática com o PE, questões estruturais das unidades, pouca motivação e desvalorização do profissional enfermeiro.

Os enfermeiros do estudo apresentaram propostas e sugestões para melhoria na qualidade da assistência e dos registros do PE (realização de todas as etapas recomendadas). Referem que o investimento em EP e a oferta de exercícios práticos do PE em serviço poderiam ampliar a qualificação da assistência e dos registros, o que poderá favorecer o vínculo profissional-usuário, a adesão ao tratamento e, consequentemente, contribuir na redução da TB dos territórios.

O estudo aponta um importante desafio à instituição e às(aos) Enfermeiras (os) das Unidades da GSC, pois a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e um de seus pilares, o PE, não é apenas uma opção para a organização do trabalho, é uma determinação legal para a enfermagem, estabelecida pela Resolução nº 358 do COFEN (2009), a qual determina que: “O PE deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”.

Os resultados não permitem a generalização das informações para outras Unidades de Atenção Primária, inclusive da GSC, entretanto, podem sugerir caminhos para a gestão institucional deste serviço, no sentido de favorecer a implementação da SAE e do PE. Uma vez que a implantação dessa metodologia ainda é um desafio na maioria das instituições, o reconhecimento de barreiras e facilitadores pode ser útil para o desenvolvimento de estratégias de apoio a sua operacionalização. Ao finalizar, destaca-se a importância de mais estudos voltados para avaliação da aplicação do PE na APS como uma forma de identificar as barreiras e desenvolver ações para sua superação e apoio à prática nesse nível de atenção.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. Brasília, v. 49, n. 11, p. 1-18, 2018a. Acesso em 13 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 73 p. Acesso em 13 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Panorama epidemiológico da coinfeção TB-HIV no Brasil 2019*. Brasília, vol.50, n 26, setembro 2019. Acesso em 13 nov. 2019.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em 13 nov. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 0514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem*. Brasília, 2016. Acesso em 13 nov. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 358/2009. *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem*. Brasília, 2009. Acesso em 13 nov. 2019.
- FERREIRA, SRS; FERREIRA, RLT. Panorama da Tuberculose e Conceitos Fundamentais para o Trabalho na Atenção Primária à Saúde. In: FERREIRA, SRS; GLASENAPP R; FERREIRA R.L.T.; FLORES R (Organizadores). *Tuberculose na Atenção Primária à Saúde*. 4ª ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2017ª, p65-74. Acesso em 13 nov. 2019.
- FERREIRA, SRS; PÉRICO, LAD, LUCENA AF, LAURENT MCR. O processo de Enfermagem com fundamento para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. In: Ferreira, SRS; Périgo, LAD, Dias, VRFG. *Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde*. Rio Janeiro: Atheneu, 2017b. p. 51-68
- FERREIRA, SRS; PÉRICO, LAD. Consulta de Enfermagem na Ação Programática da tuberculose no serviço de saúde comunitária. In: FERREIRA, S. R. S.; GLASENAPP R; FERREIRA R.L.T.; FLORES R (Organizadores). *Tuberculose na Atenção Primária à Saúde*. 4ª ed. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2017c, p261-282. Acesso em 13 nov. 2019.
- FERREIRA, SRS; PÉRICO, LAD. Tuberculose. In: Ferreira, SRS; Périgo, LAD, Dias, VRFG. *Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde*. Rio Janeiro: Atheneu, 2017d. p. 51-68
- FREITAS, L. N. et al. Cuidados à pacientes com tuberculose em uma unidade de saúde no sul do Brasil: um relato de experiência de enfermeiros. In: Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018, Havana. *Convención Internacional de Salud*, Cuba Salud, 2018. Acesso em 13 nov. 2019.
- GONÇALVES, JPP. et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro. *Saúde debate*, vol.37, no.96; 2013. Acesso em 13 nov. 2019.
- RIBEIRO GC, PADOVEZE MC. Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. da USP*; 2018. Acesso em 13 nov. 2019.
- SARATTO, J. et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. Florianópolis. *Texto contexto enferm.*, vol.26, n3, 2017. Acesso em 13 nov. 2019.

ESCUTANDO MULHERES: QUESTIONAMENTOS ORIUNDOS DA PSICOLOGIA NA SAÚDE PÚBLICA

Marina Haase da Costa Franco
Ananyr Porto Fajardo
Eliana Dable de Mello

INICIANDO O PERCURSO

Uma das principais referências no debate sobre as condições políticas da saúde mental, o livro *História da Loucura* de Foucault (1961) foi definido, pelo próprio autor, como uma arqueologia do silêncio. Nascimento e Zanello (2014) questionam:

Mas que silêncio? Ou ainda, silêncio de quem? É o silêncio da loucura, ou como se refere Foucault, o silêncio do "homem da loucura", do louco. Mas esse louco, apesar de toda a criteriosidade de Foucault em descrevê-lo – desde a condição que ocupava na Idade Média europeia, passando pela condição de desatinado, até o status de doente mental, que se dá apenas a partir do século XIX – aparecerá indiferenciado com relação a seu gênero em toda a narrativa foucaultiana. E será indiferenciado não porque Foucault não note que existem loucos e loucas, mas em função da não problematização dos modos de constituição da experiência da loucura em cada um dos dois casos. E com isso, vemos constituído um silêncio no interior do silêncio da loucura: o *silêncio das loucas*. (p. 17-18, grifo dos autores).

Essa ausência de problematização, tomada pelos autores como silenciamento, evidencia a não percepção da origem patriarcal de certa compreensão da loucura experienciada pelas mulheres. Nascimento e Zanello (2014) chamam atenção para o fato de que, na Europa de Foucault, os estudos sobre as relações de gênero consolidaram-se apenas a partir da passagem da década de 1960 para 1970, portanto:

Foucault *ainda não tinha* à disposição um arsenal teórico desenvolvido para enfrentar essa questão. Mas *nós os temos* há pelo menos cinquenta anos, e continuamos não fazendo a leitura da história da loucura com um recorte de gênero: seguimos perpetrando este silêncio. Nosso objetivo não é tanto acusar a *História da Loucura* de ser um texto machista, mas salientar que este silêncio sobre as loucas se instaurou na construção da obra, apesar de uma grande quantidade de exemplos aí utilizados para compreender a transformação da loucura em doença mental, e que segue não sendo problematizado nas discussões atuais. (p. 18, grifo dos autores).

Nesse contexto, em 2016, originou-se o projeto de pesquisa¹³ cujo objetivo era, através do método de Grupo Focal Narrativo (ONOCKO-CAMPOS, 2011), identificar qualitativamente as necessidades em saúde mental das mulheres atendidas na atenção

¹³ Avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição-CEP/GHC (CAAE: 62231616.8.0000.5530/Nº do parecer: 2.891.148), seguindo a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

básica de Porto Alegre, buscando verificar se a escuta profissional permitia estabelecer relação entre o sofrimento psíquico e a desigualdade de gênero vivenciada pelas usuárias. No grupo focal, realizado em 2017 com psicólogas das unidades de Saúde da Família e Comunidade do GHC, construiu-se coletivamente uma narrativa. A pesquisa qualitativa, segundo Pacheco e Onocko-Campos (2018, p. 15),

é útil quando se pergunta sobre o "como" e o "por que" dos objetos históricos sobre os quais se quer interrogar. Tais objetos estão sempre inseridos num contexto histórico específico, são particulares e pouco ou nada reprodutíveis. Dentro dessa perspectiva, o desenvolvimento deste tipo de pesquisa implica, a partir da relação pesquisador-pesquisado, o levantamento ou o recorte e interpretação dos seus objetos, ao contrário de uma perspectiva que colocaria uma fronteira epistemológica clara entre o conhecimento e a realidade em si.

No campo da saúde, tão importante quanto desenvolver tecnologias duras ou leves (MERHY, 2002) baseadas em evidências, é compreender as particularidades do contexto na qual elas deverão ser empregadas, visando às variáveis que podem tornar mais ou menos eficaz a sua aplicação. Longe de se pretender livres de influências do contexto ou geradores de verdades universais, os estudos qualitativos em saúde coletiva vêm utilizando a produção e a análise de narrativas:

como estratégia metodológico-conceitual para investigar e interpretar um campo vasto, mas que pode ser tomado como o campo – subjetivo por excelência – da mediação entre as experiências dos sujeitos e seus diferentes contextos, os discursos que produzem e que os produzem. (PACHECO; ONOCKO-CAMPOS, 2018, p. 2).

Ao proporcionar, ao grupo de psicólogas, um espaço de discussão acerca dos efeitos da desigualdade de gênero sobre as necessidades em saúde mental das mulheres, tendo como objetivo, também, contribuir para a qualificação do serviço, a pesquisa proporcionou, às participantes, um espaço de reflexão coletiva sobre si mesmas e sua prática profissional. Mesmo tendo a homogeneidade do grupo resultado em significativa concordância entre as participantes em alguns aspectos, a discussão favoreceu o compartilhamento e a problematização de saberes e práticas produzidos atualmente nas experiências de saúde pública no Brasil e, especificamente, em cada território das unidades de saúde do GHC. Esse efeito deu-se porque a metodologia utilizada permite, simultaneamente, pesquisar e intervir sobre um coletivo singular, no/pelo qual puderam ser produzidas elaborações.

Tradicionalmente, "no campo da formação clínica, sabe-se que a narratividade em jogo em apresentações de caso, por exemplo, pode tornar-se um ideal formatado e fechado de texto a ser produzido e com valor de formação" (PACHECO; ONOCKO-CAMPOS, 2018, p. 2). As metodologias narrativas de pesquisa-intervenção, por outro lado, propõem-se a situar e interpretar os textos e contextos produzidos pelos sujeitos nos

encontros clínicos, de modo a ampliar a dimensão dialógica e hermenêutica da prática clínica. Por esse motivo, sua utilização no cenário da clínica, da supervisão clínico-institucional, da formação continuada ou da formação em serviço:

pode guardar a potência ético-política de questionar as balizas orientadoras das intervenções, problematizando o lugar conferido às situações desviantes ou excessivas e seu enquadre sempre problemático no saber. Se tais situações ou desvios não precisam ser apenas objeto de correção e tem uma narratividade própria, o que ensinam e em que ponto questionam o saber constituído ou as práticas estabelecidas? (PACHECO; ONOCKO-CAMPOS, 2018, p. 2).

De acordo com Pacheco e Onocko-Campos (2018), não se trata de separar experiência vivida daquilo que é narrado, mas de deslocar o foco da investigação para o que é dito e como é dito, pois a narrativa em si já é o produzir de uma experiência. Inverte-se o polo ético habitual das pesquisas, pois o campo de saber é atravessado e interrogado pela experiência de dizer.

Pesquisa-se e interpreta-se *com* o narrador e *com* o narrado e a interpretação deixa de ser explicação, passando a ser colocada, em sua relação com o saber ao qual se refere, sob questão. Nesse sentido, interpretar *com* o outro e não sobre ele, implica colocar também o pesquisador e seu instrumental sob o foco de interrogações a serem formuladas e o trabalho de respondê-las. O impasse e a contradição ou a exploração das diferentes versões narrativas dos impasses podem levar a um tipo de mudança pactuada, cogerida, e [...] legítima de um ponto de vista po-ético. (PACHECO; ONOCKO-CAMPOS, 2018, p. 16-17, grifo dos autores).

Dessa forma, as discussões acerca dos processos de produção de saúde-adoecimento-cuidado das mulheres, realizadas a partir da formulação de uma resposta do coletivo à questão de pesquisa do TCR, extrapolaram a pergunta que as originou e, de fato, colocaram em questão a teoria e a prática da psicologia nesse contexto. Pela relevância de tal resultado da pesquisa-intervenção, o objetivo do presente texto é registrar os efeitos de narratividade produzidos neste Grupo Focal Narrativo.

TRAÇANDO UM CAMINHO

O grupo de pesquisa, composto por duas psicólogas e uma odontóloga, tinha a psicóloga residente como pesquisadora principal, conduzindo a coleta de dados. Nessa modalidade de pesquisa, contudo, não há propriamente uma coleta, pois o material de campo não está dado, a narrativa não está pronta dentro das pessoas para ser extraída, senão que é produzida como fruto de um espaço relacional. Para tanto, formou-se um Grupo Focal Narrativo (ONOCKO-CAMPOS, 2011) com psicólogas inseridas em equipes multiprofissionais que atuavam na rede intersetorial a partir da atenção básica à saúde, na região norte de Porto Alegre. Segundo Miranda *et al.* (2008, p. 250),

o grupo focal é uma técnica de coleta de dados que parte de encontros grupais entre pessoas que compartilham traços comuns. Caracteriza-se pelo interesse nos conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes sobre uma questão específica. Em geral, tais informações são mais facilmente captadas durante um processo de interação em que comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros. [...] Com isso, é possível atingir um número maior de pessoas ao mesmo tempo e obter, com alguma facilidade, dados com certo nível de profundidade em um período curto de tempo.

Como amostra intencional e homogênea, foram convidadas a participar as pessoas que ocupavam cargo de psicólogo nas unidades de Saúde da Família e Comunidade do GHC (coincidentemente, eram todas mulheres). O grupo focal foi realizado no espaço de reunião do núcleo profissional em questão, com duração de aproximadamente uma hora. Participaram nove das doze psicólogas, totalizando cinco a oito participantes em cada um dos três encontros. As falas foram audiogravadas mediante aprovação das participantes e transcritas na íntegra; posteriormente, foram transformadas em narrativas.

No primeiro encontro, duas questões abertas dispararam a discussão: “1) quais são as necessidades em saúde mental das mulheres atendidas na atenção básica?”; e “2) existe relação entre as necessidades apresentadas e a desigualdade de gênero?”. Após um mês, foi realizada a segunda rodada do grupo focal, denominada grupo (ou momento) hermenêutico. Nessa ocasião, a narrativa do primeiro encontro foi apresentada e discutida no coletivo para que o grupo pudesse se apropriar da produção, validar os dados e aprofundar temas pouco desenvolvidos na primeira sessão. A partir da necessidade de mais tempo apontada pelas próprias participantes, foi acordado que esse momento seria concluído em um terceiro encontro, no mês seguinte. Dessa forma, a narrativa foi construída de forma conjunta entre a pesquisadora principal e o grupo participante durante os três encontros e finalizada no grupo de pesquisa, que codificou a totalidade do conteúdo manifesto por meio do reconhecimento de núcleos argumentais. Núcleo argumental é:

um conjunto de frases que não somente se referem a um tema, também tenta atribuir a ele algum tipo de explicação. Explicação no sentido de um porquê, de um para quê e de um como. Os núcleos argumentais não são os temas levantados, porém a “tessitura da intriga” sobre esses temas (ONOCKO-CAMPOS, 2011, p. 1278).

A recomendação metodológica ao processo de construção das narrativas é ater-se ao manifesto, mas não no sentido meramente transcritivo, o que implica uma atitude ética em relação aos narradores (pesquisadores e pesquisados): rejeitar a violência ou autoridade interpretativa e propor uma ordenação lógica (não apenas cronológica) na construção do narrado, mostrando aquilo que se desenha como impasse – em vez de descartá-lo, fazer com ele. Tais impasses podem apresentar-se em diversas formas,

como "o fracasso clínico ou terapêutico, o conflito institucional, os paradoxos da política, as tensões intra ou inter-equipes, os pontos cegos dos discursos ou dos ideais fundantes das instituições ou orientadores das práxis" (PACHECO; ONOCKO-CAMPOS, 2018, p. 16).

Portanto, trata-se de uma escolha metodológica interessante para abordar temáticas complexas que mobilizam os trabalhadores da saúde. Além disso, de acordo com Ferreira, Fajardo e Mello (2019), seu desenho participativo atende a um imperativo ético-político, uma vez que, ao intervir no universo pesquisado, propicia o fortalecimento de seus próprios agentes: "os efeitos das narrativas são proporcionar aos participantes da pesquisa uma importante reflexão acerca do tema, a partir do contato com o material produzido e sua apropriação interpretativa" (p. 5).

Sendo assim, o objetivo da pesquisa era identificar as necessidades em saúde mental das mulheres atendidas na atenção básica e sua possível relação com a desigualdade de gênero segundo a escuta das psicólogas e, ao mesmo tempo, contribuir para a qualificação do serviço através da reflexão ativa sobre a realidade investigada com os atores envolvidos. Os resultados parciais apresentados a seguir dizem respeito a esse último objetivo e estão organizados em cinco núcleos argumentais, nomeados com palavras utilizadas no grupo focal e selecionadas pelo grupo de pesquisa: (Contra)Transferência; Escuta; Desnaturalização; Empoderamento e Políticas Públicas.

NÚCLEOS ARGUMENTAIS

(Contra)Transferência

Pelo fato do grupo focal ser composto exclusivamente por mulheres, elas encontraram muita semelhança entre trabalhadoras e usuárias dos serviços de saúde, chegando a mencionar sonhos que recordaram, vivências familiares e experiências com seus próprios terapeutas ou outros profissionais da saúde. No entanto, apontaram que isso não necessariamente garante uma identificação: "depende muito do quanto tu julga aquela mãe ou não por outras questões que aparecem ali. Se tu te identifica com aquela mulher, tu consegue criar uma condição de empatia e de acolher; se tu acha que é uma mãe que já foi negligente, que já abandonou os outros filhos, que engravidou um monte de vezes, tem esses preconceitos, daí [...] é um pouco mais difícil se colocar no lugar do outro".

O grupo também relatou que as usuárias, por sua vez, frequentemente perguntam às psicólogas se elas têm filhos, ou então lhes dizem, por exemplo, "tu não é mãe, tu não sabe" ou "acho que tu não é mãe, tu é muito novinha". Recordam isso com sentimentos

contratransferenciais de incômodo e insegurança, sobretudo, no início da carreira: "tu pode entender isso como 'tu tá menosprezando a minha experiência', mas tu pode fazer uma outra leitura disso". Foi trazido um depoimento pessoal semelhante: "Eu troquei de terapeuta depois que eu me tornei mãe. Eu estava com um homem, muito bom, serviu até o momento de eu ser mãe, depois parecia que ele não estava sacando. Eu fiquei pensando naquelas coisas: será que é uma coisa de resistência que eu estou? [...] Mas tinha alguma coisa ali da questão de gênero, do feminino e do materno, que ele não estava conseguindo entrar, e que era o meu mote naquele momento, eu era só isso, inteira isso. [...] Quando eu fui com uma mulher, mãe e tal, deslanchou".

O grupo destacou que não se trata da impossibilidade de um profissional fazer a escuta de uma condição distinta da sua própria, e sim, de poder, "enquanto profissional, enxergar o que é teu e o que é do outro". Nesse sentido, a experiência da maternidade, pelas suas especificidades e intensidade, poderia oferecer, a quem escuta, mais possibilidades de se conectar com o outro, segundo o grupo.

Escuta

Além da vivência da maternidade, foram citadas outras experiências de vida com potencial de enriquecer a escuta de um terapeuta ou de qualquer outro profissional da saúde, "porque quanto mais heterogênea a tua experiência de vida é, mais possibilidades de se conectar com o outro". Chamou-se atenção, inclusive, para o fato do feminino ser explorado de distintas formas: "tem vários jeitos de ser mãe, de ser mulher, [...] tem *drags*, tem *travestis*". Considerando a heterogeneidade como condição essencial para desenvolver um trabalho consistente de escuta e intervenção, pois "isso é o que dá a possibilidade de agenciamentos vários", o grupo entende que, na área da saúde, a formação tende a homogeneizar os discursos e as práticas, através de protocolos, diretrizes clínicas, etc. Contudo, constatou-se que também é possível buscar ativamente capacitações que, para além de conteúdo de estudo, propiciem exercícios de sensibilidade visando ampliar a escuta: "para a gente estar atento a coisas que [...], muitas vezes, a percepção não alcança."

Ao recordar diversas formas de qualificação da escuta por meio da ampliação do escopo de experiências, o grupo mencionou as viagens – "viajar desloca muito, tira a pessoa do lugar" e introduz diferentes experiências culturais – e a arte, pela sua função de ampliar a sensibilidade através da experimentação, da vivência, trazendo, ainda, a relação com o corpo (como na dança, por exemplo). Outras estratégias citadas foram a própria experiência de escutar, o acúmulo de experiência profissional ao longo do tempo,

a psicoterapia e outros tratamentos, bem como a supervisão, acrescentando que "supervisão a gente faz assim também, entre o grupo de psicólogas".

Ainda, o grupo trouxe exemplos de atendimentos nos quais "a pessoa está me trazendo algo que eu desconheço, e eu vou tentar minimamente me aproximar", "a gente vai atrás para [...] achar uma forma de dialogar com aquilo": tanto uma aproximação da cultura árabe em função de um usuário dessa origem que trazia questões referentes a isso quanto os atendimentos com adolescentes ou crianças, que levam a conhecer os artistas e *youtubers* dos quais gostam, além dos jogos, desenhos animados, séries, músicas, modismos. "É se interessar, querer buscar. Não é o meu mundo, não é a minha cultura, mas eu me interesso por aquilo, porque aquilo está dizendo alguma coisa do outro. E é muito bom isso, [...] é o que faz o trabalho não ficar tão repetitivo".

Embora o gênero seja tomado como categoria de análise nesta pesquisa, o grupo trouxe o conceito de interseccionalidade (CRENSHAW, 2002) para evitar perder de vista as outras categorias que se entrelaçam com esta, colocando o questionamento: "que mulheres que se escutam no trabalho? Mulheres geralmente de uma classe social diferente, de um pertencimento racial diferente, de idades diferentes. [...] Transitar por outras experiências, por outras vivências, pode contribuir para um aguçamento dessa sensibilidade mesmo, porque eu vou escutar alguém que tem um universo cultural absolutamente diverso do meu". Portanto, além do desafio da heterogeneidade para uma escuta sensível e empática, englobar os discursos contra-hegemônicos nessa heterogeneidade talvez seja um desafio a mais.

Desnaturalização

Seja qual for o universo cultural em questão, o fato é que se identificam violências contra as mulheres, que são banalizadas no cotidiano. Gerou debate o relato que emergiu da escuta de uma adolescente sobre um episódio na sua escola, no território da Unidade de Saúde. Tratava-se de uma "brincadeira entre colegas em que amarraram uma colega dela numa cadeira, e começaram [...] os meninos a ir passar a mão. [...] Estavam as meninas envolvidas e todo mundo envolvido, e ela e um outro colega foram contra aquela situação, [...] desamarraram a menina – porque a menina [...] percebia que já tinha passado do ponto da brincadeira, mas não estava conseguindo cortar aquilo. [...] E do quanto aquilo foi recebido pelos colegas como um radicalismo – ‘está cortando o barato’, ‘que chata’, [...] ‘feminazi’ – porque traz essas questões à tona."

Segundo o grupo, ao chamar de "radical" (em tom pejorativo) a colega que desamarra a menina, individualiza-se a questão em quem está desnaturalizando um

processo que é construído socialmente, deslegitimando um discurso que tenta desfazer – nesse caso, literalmente – as amarras da opressão. Assim, a intolerância poderia ser atribuída tanto ao comportamento de quem não tolera a opressão naturalizada quanto de quem não tolera a mudança, a desnaturalização das práticas. No entanto, "não dá para colocar o mesmo peso e a mesma medida para as duas situações. [...] A menina e o menino tiveram vários movimentos – o movimento da sensibilidade, o movimento da empatia, da capacidade de se colocar no lugar da que estava sofrendo – [...] fizeram um movimento por demais positivo nesse sentido".

Dentro da atual tendência de binarizar essa questão, discursos que tratam o feminismo como radicalismo criam uma polarização, a qual é "aproveitada pela conjuntura política e social [...], servindo para [...] deslegitimar uma série de lutas e de movimentos da sociedade que se constituiu exatamente para tentar promover as transformações." Por outro lado, o grupo também afirmou que os movimentos de resistência têm se endurecido, colocando-se, muitas vezes, em uma posição de combate, "que às vezes pode ser importante, às vezes não, depende", pois "não é em todos os espaços que a gente vai agir da mesma forma". Em relação ao uso dos vocábulos, foi pontuado que *radical* não possui o sentido de extremo ou exagerado: "a qualidade do que é radical é *ir à raiz*".

De acordo com o grupo, é preciso radicalizar no sentido de "transformar as relações na sua raiz" para efetivar uma transformação social, por exemplo, no que tange a essas violências de gênero que se tornaram cotidianas. "Se ainda hoje acontece um episódio como esse, não tem como a gente deixar de reconhecer a importância ainda dessa luta, [...] que a reflexão, que a busca pela transformação, ela precisa estar presente, [...] porque coisas como essa ainda continuam acontecendo, uma menina ainda continua sendo amarrada!".

Empoderamento

O grupo observa que "é difícil descolar", da questão do gênero, a produção do sofrimento das mulheres que escutam. Contudo, "num primeiro momento, para essa falante, isso não é nítido. [...] Então me interrogo bastante sobre como nós podemos qualificar a nossa escuta nesse sentido e, ao mesmo tempo, oportunizar que essa percepção, essa compreensão, vá sendo feita sem ser algo impositivo, de fora pra dentro". Em outras palavras, o grupo coloca a seguinte questão: "como dar visibilidade para essas coisas que parecem naturais mas não são [...] sem, ao mesmo tempo, transmitir uma coisa que seja uma angústia nossa para impor, produzir uma nova violência? [...] Com violência doméstica, é bem comum de a gente perceber – a gente

quer que se separe". Nesse sentido, o termo "empoderamento" foi empregado várias vezes durante o grupo focal, embora considerado bastante desgastado, "porque é mais fácil de as pessoas entenderem", mas o grupo questionou "se é um bom termo", sobretudo, no que diz respeito ao atendimento clínico.

A experiência de acompanhamento das mulheres durante a gestação foi um dos motivadores de uma importante discussão acerca do empoderamento. Na atenção básica, o acompanhamento pré-natal é um período em que uma grande quantidade de informação em saúde é comunicada às mulheres. Aí, o grupo entende que há um empoderamento através do saber, no sentido de que o conhecimento da usuária é ampliado não apenas em termos de saúde, mas, também, sobre seus direitos, sobre os quais ela também tem o direito de ser informada.

No entanto, "as relações de poder se dão *na relação*; obviamente, não é só uma pessoa ter um conhecimento e chegar lá e ter o seu direito garantido, digamos assim, de ter parto humanizado ou como ela gostaria". Considerando que a defesa do parto humanizado teria emergido em resposta a um índice de violência obstétrica muito alto, o grupo colocou-se a seguinte questão: qual seria o papel do psicólogo (ou outro profissional da saúde) acompanhando individualmente uma usuária, nos casos em que um determinado direito dela, em nossa sociedade, "não é tão garantido assim"? Como é que a gente trabalha isso na orientação da saúde? Porque empoderar [...] só com o saber envolve também [...] estar atento de que não vai ser um caminho fácil. Que ruim a gente ainda ter que não só informar a pessoa dos direitos que ela tem, digamos, não fantasiar uma coisa que de fato ainda é muito difícil de várias pessoas aceitarem".

Além de situações de violência obstétrica e violência doméstica contra a mulher, também foram mencionados casos de inclusão escolar e de questões de gênero e sexualidade desviantes da norma acompanhados nas unidades de saúde – isto é, casos de pessoas que, mesmo empoderadas, provavelmente enfrentarão reações negativas no meio social. É função do profissional informar os usuários sobre seus direitos, sobre o que é esperado de um determinado atendimento em saúde ("o ideal") e, até mesmo, explicar que "tem opiniões diferentes, tem abordagens diferentes". Entretanto, o grupo problematizou o momento em que isso possa soar como "tu tens o direito, mas talvez esse teu direito não vá ser atendido" ou "tu vais sofrer menos se tu não ser tu mesma", caracterizando-o como "complicado", "horrível" e "perverso".

Enquanto profissional de saúde, então, como empoderar desde "uma posição de cuidado"? O papel do profissional, segundo o grupo, também poderia ser o de "facilitar para que isso seja bem acolhido" nos serviços envolvidos – "fazer a ponte, [...] mandando

algo por escrito, fazendo um contato por telefone", por exemplo –, pois "tem um trabalho [...] individual e um trabalho que é coletivo, mas sempre se dá o exercício na relação, na relação que se constrói ali, que nunca é totalmente previsível".

Portanto, o grupo concluiu que o papel do profissional não seria decidir sobre a vida dos outros (até porque não se pode prever quais serão os efeitos de cada decisão possível), mas, sim, oportunizar processos de "construção de um empoderamento", referindo-se, assim, ao exercício de pensar, refletir e poder fazer escolhas de forma "mais consistente", o que vai fazer diferença qualquer que seja o desfecho do caso: um "processo de construção de um estar no mundo de uma forma mais segura, mais confiante [...] sempre é bom, não importa o passo, a estratégia que precisa ser seguida em determinado momento".

Políticas Públicas

Retomando a discussão sobre a construção de plano de parto com as gestantes na unidade de saúde, foi observado que é comum, entre os profissionais, "dizer que garantir o direito da mulher é fazer *isto*. Tipo, no parto humanizado. O parto humanizado [...] não é necessariamente o parto normal, mas tem essa coisa de 'assim a gente garante o direito'. Essa coisa de a gente querer prever o que que é o exercício de liberdade, como se isso fosse possível, sendo que o que tem que se fazer é construir uma possibilidade de exercitar isso diariamente".

Segundo o grupo, "tem um atravessamento aí de um imperativo de que o Estado, enfim, as políticas vão saber o que é o melhor, o bem, para essa família, para essa pessoa. Daí acho que não é uma questão individual do profissional, [...] é algo maior que ainda a gente precisa trabalhar mais isso na política de saúde. Enfim, outras políticas também. Ainda que a gente tenha já avançado bastante, que tenha no horizonte um ideal de poder trabalhar autonomia e empoderamento, acho que ainda tem isso muito forte".

De acordo com o grupo, as diversas políticas "vêm para ajudar até a garantir algumas questões, mas [...] tudo se perde um pouco quando entra no prescritivo: aí tu deixa de olhar o outro e olha a prescrição". "A política de saúde ainda tem um caráter absolutamente da prescrição, do escrutínio. [...] Até o vocabulário que a gente usa: é Vigilância, [...] tem a ver com isso, com esse caráter dessa política, da prescrição, da observação das metas [...]. Isso é bem impositivo, porque a equipe também se vê compelida a fazer qualquer coisa para chegar na tal da meta", porém "o que é, para aquela mulher, ou para aquela pessoa, naquele momento, o melhor? [...] O que que é, para cada um, naquele momento, o mais importante?".

Concomitante à crítica ao caráter prescritivo das políticas públicas (sobretudo na sua execução), o grupo ressaltou seu potencial protetivo no sentido da garantia de direitos fundamentais. Em relação ao parto humanizado, por exemplo, "se tu vai contagiando, que se tu tem uma legislação, se tem um processo no centro obstétrico que trabalha com essa ideia, vai contagiando para que as pessoas [...] – mesmo que elas tenham ideias de não aceitar algumas coisas – se sintam menos autorizadas a produzir uma violência".

A amamentação foi outra questão trazida: foram recordadas as mudanças implementadas a partir da estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança para aleitamento materno no âmbito hospitalar, bem como o impacto observado na cultura da comunidade local, não apenas na amamentação, mas, também, no uso de chupeta e leite industrializado ou no acesso de representantes da indústria farmacêutica aos serviços públicos de saúde. "Talvez, em um hospital público, isso apareça no sentido de que se tenta restringir o acesso desse comércio, [...] mas, certamente, a política impacta nos serviços privados também, nessa cultura da amamentação, que [...] não é só do serviço público".

Portanto, ao mesmo tempo em que as políticas públicas têm potencial para facilitar mudanças culturais necessárias, como no incentivo ao aleitamento materno e na diminuição da violência obstétrica, se ficarem restritas ao seu aspecto prescritivo, de acordo com o grupo, podem inclusive prejudicar a amamentação ou produzir uma violência. Entre o potencial protetivo da política pública de saúde e sua possível limitação à prescrição nos processos de cuidado, a escuta da psicologia foi uma ferramenta citada pelo grupo que pode contribuir para a autonomia, ao incluir o outro nesses processos, para que as políticas possam efetivamente garantir direitos dos usuários e não acabem operando uma "violência de Estado", nas palavras do grupo.

Aonde este percurso nos conduziu e o que encontramos pelo caminho

Conforme apontam Nascimento e Zanello (2014), na condição de pesquisadores e profissionais da saúde mental, precisamos romper com o silêncio que, muitas vezes, impede-nos de escutar o recorte de gênero na loucura (e na sua transformação em doença mental). Ao encontro dessa afirmação, o grupo focal ressaltou a necessidade de desnaturalizar as diversas formas de opressão e violência de gênero, as quais geram sofrimento não apenas às mulheres. Ao questionar as psicólogas participantes da pesquisa sobre a escuta que fazem das mulheres e de suas necessidades em saúde mental, alguns dos analisadores mais significativamente trazidos pelo grupo foram questões relacionadas à maternidade.

Segundo Zanello (2016), maternidade e feminilidade tornaram-se sinônimos por causa da "naturalização das funções sociais historicamente atribuídas às mulheres (dedicação, docilidade, abnegação, sacrifício)" (p. 112), transformando a maternidade em "uma questão identitária para as mulheres, de uma maneira que a paternidade geralmente não o é para os homens" (p. 114).

O primeiro ponto que precisamos destrinchar é a relação (não necessária) entre capacidade de procriação e maternagem. Se a primeira ainda é possibilidade de apenas parte da população humana; a segunda é uma habilidade que pode ser desenvolvida em qualquer um(a). O modo como esta habilidade é incitada e em quais sujeito(s) são questões que variam no decorrer da história e, também, com diferenças entre culturas distintas. Neste sentido, a maternidade deve ser pensada como uma construção social. (ZANELLO, 2016, p. 104).

Nos caminhos privilegiados de subjetivação (ZANELLO, 2016) existentes em nossa cultura para as mulheres, portanto, a maternidade apresenta-se com um valor social. Sendo assim, no importante elemento do imaginário social que é a mídia, não há espaço:

para a representação dos sentimentos de ambivalência, raiva, cansaço, frustração das mulheres quando mães. Ou do não desejo de sê-lo. A maternidade é pintada a partir de um ideal que não distingue a mulher real ao encontro de uma função que se delineou social e historicamente nos últimos séculos e que tem sido marcada por uma sobreposição de tarefas, muitas das quais, inclusive, a mulher não pode controlar (por exemplo, a formação da personalidade da criança). (ZANELLO, 2016, p. 115).

A autora denuncia que essa negação da infelicidade e da insatisfação associada ao exercício da maternidade ocorre não apenas na cultura, mas, também, na saúde mental, por meio de seus profissionais e pesquisadores. Quando as vivências de desprazer na maternidade são invisibilizadas e não há problematização da maternidade enquanto construção social, parte-se de conceitos predefinidos que produzem patologização e medicalização, por exemplo, sob o signo da "depressão pós-parto". Ou seja, "parte-se de certo pressuposto psicologizante que serve para naturalizar a maternidade nas mulheres e patologizar aquelas que não querem e escolhem não ser mães" (ZANELLO, 2016, p. 116).

A partir de revisões bibliográficas na área da Psicologia, a autora observa que a maioria das publicações científicas envolvendo o tema da maternidade aborda suas consequências sobre a criança, e não sobre a mulher encarregada dessa função – as quais, "quando cuidadosas, eram lidas como intrusivas e, quando não tão cuidadosas, eram vistas como negligentes" (ZANELLO, 2016, p. 116). Com isso, a autora demonstra que as teorias ditas "científicas" e a literatura técnica podem:

se constituir como tecnologia de gênero¹⁴ na formação dos clínicos e em sua escuta, o que os leva a reproduzirem como fato esta construção ideológica [...] baseada em duas crenças: a primeira, de que cuidar e nutrir emocionalmente uma criança de forma altruísta é algo simples, visto que "natural" e instintivo para as mulheres e, segundo, que este cuidado pode ser dado independentemente das necessidades da própria mãe. (ZANELLO, 2016, p. 117-118).

A escuta é a principal ferramenta de diagnóstico e intervenção do psicólogo, além de ser elemento fundamental na atenção às necessidades de saúde mental por qualquer profissional da saúde. Na formação em psicologia, em suas diferentes vertentes, embasa a técnica da escuta o chamado *tripé analítico* (FREUD, 1919), isto é, a combinação de estudo teórico, supervisão de casos clínicos e psicoterapia ou análise pessoal. Desse modo, busca-se trabalhar a transferência e contratransferência estabelecidas entre um sujeito que escuta e outro que é escutado. Mas o quê se escuta?

"A experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Em outras palavras, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, e também a vivência de cada um como mulher ou como homem, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social." (SANTOS, 2009, p. 1178).

Se todas as pessoas envolvidas nos processos que constituem o tripé analítico vivem em uma mesma configuração social (como costuma acontecer), é provável que retem pontos-cegos na escuta dos sujeitos e de seu adoecimento psíquico, invisibilizando as diferenças de gênero e outras questões construídas socialmente. Como atualizar o tripé analítico incluindo outros dispositivos para dar conta da clínica psi sem reproduzir sintomas sociais através de discursos hegemônicos? Em um processo de escuta, estão colocadas vozes que emanam de determinado contexto sócio-histórico e poderão ser, mais ou menos, dissonantes. Se o outro/usuário é efetivamente escutado e apropria-se de seu próprio processo terapêutico, sua voz também possibilita o deslocamento de sentido nos discursos e nas práticas do profissional que o atende, e não apenas o inverso. Por isso, o princípio da autonomia representa uma torção nas relações de poder presentes no trabalho em saúde.

A partir do grupo focal, foi possível pensar que as intervenções clínicas, bem como a política de saúde e demais políticas públicas, caso não observem o princípio da autonomia (alcançado por intermédio da tecnologia da escuta), serão mais prescritivas do que protetivas, correndo o risco de produzirem violências. Apesar da palavra *autonomia* ter sido mencionada poucas vezes pelo grupo, é um conceito caro para Soares e

¹⁴ Tecnologias de gênero são "tecnologias sociais, práticas críticas institucionalizadas e atos da vida cotidiana que possuem a função de constituir indivíduos concretos em homens e mulheres, promovendo o engajamento em modelos de subjetividade socialmente desejáveis. Ou seja, engendram modos e processos de subjetivação, criam e reafirmam modos de sentir e de (se) perceber" (ZANELLO, 2016, p. 109).

Camargo Junior (2007), que a consideram "precondição para a saúde e para a cidadania. Sem essa perspectiva, uma política de saúde não pode ser considerada como tal" (p. 76). A "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" encontra-se presente entre os princípios e as diretrizes do SUS na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990, Cap. II, Art. 7º), mas como garantir esse direito dos usuários?

Soares e Camargo Jr. (2007) reconhecem a validade de propostas e modelos de valorização da autonomia do paciente em relação à escolha da terapêutica e dos procedimentos a serem seguidos, nos quais a busca de uma maior democratização das relações entre profissionais e usuários coloca-os como corresponsáveis nesse processo. Contudo,

tais modelos se valem, de modo geral, de um conceito de autonomia bastante limitado, restrito ao interior da relação médico-paciente, sem questionar as relações de poder/saber estabelecidas, sem refletir sobre os pressupostos fundamentais dessa racionalidade médica e, assim, sem rupturas ou propostas de transformação dessas relações sociais ou da prática médica hegemônica. (p. 71).

Os autores defendem uma concepção de autonomia na perspectiva da complexidade: ela não é nem pode ser absoluta, é relativa e relacional, inseparável da dependência. Pensar a autonomia de maneira complexa,

no processo saúde/doença, significa defender não a autodeterminação do paciente pura e simples, mas, ao contrário, o fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde, entre pacientes e seus familiares, porque essas redes de autonomia/dependência passam a ser vistas como fundamentais para o cuidado e para a saúde. O que é preciso superar é a dimensão autoritária ou paternalista dessas relações e caminhar no sentido de possibilitar a expansão da autonomia à medida que (e na medida em que) avança o processo terapêutico. Quando adoecemos, queremos e precisamos do cuidado dos outros, seja pelo conhecimento especializado que um profissional tem a compartilhar, seja pelo afeto e apoio emocional que tanto os profissionais quanto os amigos e familiares podem trazer. Isto, em si, não diminui a autonomia de uma pessoa doente; ao contrário, pode até fortalecê-la. O que se deveria evitar, entretanto, é que essa relação se torne uma relação de dependência, de sujeição daquele que, em um determinado momento de vida, está mais fragilizado e dependente do outro. (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007, p. 72-73).

Segundo Soares e Camargo Junior (2007, p. 73), defender a autonomia na relação de cuidado entre profissional de saúde e usuário:

não é propor a inversão na relação de hegemonia que se tem hoje, mas reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas, objetivos entre eles. A relação é – e deve permanecer – heterogênea, diversa, plural, reconhecendo-se, porém, que o sujeito do processo terapêutico é a pessoa doente. As [...] tecnologias médicas, [...] médicos e demais profissionais, devem se colocar como meios, instrumentos que podem e devem ser utilizados pelos doentes no processo saúde/doença. Estes devem ser estimulados, portanto, a se tornar mais ativos, críticos, conscientes e responsáveis pelo processo saúde/doença, a ter maior empoderamento.

Quando discutimos a escuta enquanto técnica que visa ao princípio da autonomia do usuário na clínica (seja pública ou privada), estamos tratando de tecnologias cujo aprendizado é complexo e exige múltiplos dispositivos de formação e sensibilização, para além do tripé analítico, justamente por representarem uma torção nas relações de poder existentes. Nesse sentido, destacamos o papel das tecnologias leves (MERHY, 2002) na atenção básica e a possível contribuição da psicologia para seu desenvolvimento, através da escuta e problematizações. Destacamos, também, a importância da Residência Multiprofissional em Saúde para a formação dos profissionais residentes, bem como para a qualificação da instituição onde se dá o ensino em serviço.

Nas carreiras da saúde, a formação centrada nos aspectos biomédicos envolve o risco de individualização e patologização de aspectos sociais mais complexos e coletivos. Enquanto a produção de narrativas busca (re)construir sentidos para o trabalho em saúde, sua utilidade técnica reside em trazer a possibilidade de escutar, qualificando os processos de cuidado em saúde. A proposição da pesquisa narrativa como método de pesquisa-intervenção visa à:

ampliação da possibilidade de cogestão dos pesquisados-narradores (usuários, formadores, formandos, trabalhadores ou gestores) em seus diferentes contextos. Nesse sentido, o emprego de narrativas como estratégia metodológica tem valor também de tática política. Uma política-estética. Ao traduzir relações de poder [...] entre os atores das práticas de saúde, as narrativas e narradores ganham a possibilidade de terem lugar nos centros de seus contextos de trabalho ou político-institucionais, podendo constituir uma forma de resistência a diferentes formas de "disciplinarização do corpo social" e de estratificação das práticas de cuidado. (PACHECO; ONOCKO-CAMPOS, 2018, p. 2).

Entende-se que o pesquisador "compartilha com aquele que se narra na experiência a posição de um interlocutor-narrador, como um 'quem histórico' em seu testemunho" (PACHECO; ONOCKO-CAMPOS, 2018, p. 2), assim como um profissional de saúde em atendimento. Para compreender as necessidades de saúde de cada sujeito ou população e intervir de forma adequada, é preciso incorporar o nexos existente entre a saúde mental das pessoas escutadas e a sua produção histórica enquanto sujeitos sociais.

Estendendo a questão da desigualdade de gênero para outros determinantes sociais em saúde (BARATA, 2009), enfatizamos a importância de que o SUS não potencialize as desigualdades sociais existentes em nosso País e, ao contrário, possa operar no sentido de compensar seus danos. Para isso, essa preocupação deve permear todo o trabalho na saúde pública, desde o âmbito macropolítico (gestão do poder público) até o micropolítico, no que pode haver de mais sutil em um atendimento na Unidade de Saúde, por exemplo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas características intrínsecas a este tipo de estudo, entende-se que o reduzido número de participantes e sua homogeneidade em termos de gênero e formação não desqualificam o material produzido, dado o aprofundamento na análise que é proporcionado. No entanto, o estudo também poderia ser realizado com outras categorias profissionais além dos psicólogos, abrangendo um público maior e mais variado, em arranjos que provavelmente apresentariam resultados distintos. Essa foi uma sugestão realizada pelo grupo focal à pesquisadora principal, mas, também, é possível que as próprias participantes encarreguem-se de levar a cabo intervenções como essa, na função de multiplicadoras, por meio dos dispositivos institucionais. Por fim, sugerimos incluir o método de Grupo Focal Narrativo na formação ofertada pela Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

REFERÊNCIAS

- BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188.
- FERREIRA, Geovana da Silva; FAJARDO, Ananyr Porto; MELLO, Eliana Dable de. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na estratégia saúde da família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, e290413, 2019.
- FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- FREUD, Sigmund. Deve a psicanálise ser ensinada na universidade? In: S. FREUD, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 17, pp. 217-219). Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Trabalho original publicado em 1919)
- MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MIRANDA, Lilian *et al.* Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO-CAMPOS, Rosana *et al.* (Org.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 249-277.
- NASCIMENTO, Wanderson Flor do; ZANELLO, Valeska. Uma história do silêncio sobre gênero e loucura—Parte I: sobre o que não se fala em uma arqueologia do silêncio: as mulheres em História da Loucura. In: ZANELLO, Valeska; ANDRADE, Ana Paula Müller

de (Org.). *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, 2014, p. 17-28.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1269-1286, dez. 2011.

PACHECO, Ricardo Azevedo; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. "Experiência-narrativa" como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 28 n. 2, p. e280212, 2018.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, Aug. 2009.

SOARES, Jussara Calmon Reis de Souza; CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.11, n. 21, p. 65-78, jan./abr. 2007.

ZANELLO, Valeska. Dispositivo materno e processos de subjetivação: Desafios para a Psicologia. In: ZANELLO, Valeska; PORTO, Madge (Org.). *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): Questões para a Psicologia*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016, p. 103-122.

ESCUTAMOS PESSOAS E... UM TERRITÓRIO!

Mateus Augusto Pellens Baldissera
Eliana Dable de Mello
Fabiana Schneider

INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto do Trabalho de Conclusão de Residência na ênfase em Saúde da Família e Comunidade. A pesquisa aqui apresentada partiu do estudo de território em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), durante o ano de 2015. No decorrer do estudo, observou-se, comumente, a ênfase da leitura do território apenas a partir de sua demarcação geográfica e populacional, dificilmente contando, para tal recorte, as questões culturais que ali perpassavam, além das sintomatologias que se tornavam coletivas por algum motivo. Nisso, verificamos que havia uma grande parcela de pessoas que poderiam ser chamadas de “hiperutilizadoras” (CARVALHO ET AL., 2015) do serviço. Aqui, percebeu-se que algo precisava ser escutado.

O estudo foi organizado, metodologicamente, a partir de análise temática de cunho qualitativo, pinçando elementos psicanalíticos e filosóficos para a análise. É importante destacar que não tratamos de uma pesquisa psicanalítica no sentido estrito, já que não partimos de uma relação transferencial com os usuários que foram entrevistados. Isto é, a demanda para esta escrita não surgiu a partir de uma escuta clínica prévia, mas, sim, a partir de questionamentos de um profissional residente que trouxe sua hipótese ao chegar à equipe da ESF. Assim, a psicanálise surge como uma possibilidade de discutir pontos referentes a uma hiperutilização dos serviços de saúde dessa ESF por parte de alguns usuários e de possibilitar a desacomodação de paradigmas de saúde cristalizados historicamente.

Dessa forma, o que se pretendeu com esta investigação foi fazer uma escuta de manifestações socioculturais transmitidas em articulação com aquilo que fazia ressonância com a história do território, visando desenhar elementos para a apropriação do local em que viviam, bem como abrir novas possibilidades para que esses sujeitos pudessem reescrever as próprias histórias. Além disso, a proposta da análise era fazer a equipe repensar as suas estratégias de saúde, principalmente, no que dizia respeito aos usuários que apresentavam o perfil descrito acima.

ESF E TERRITÓRIO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto em 1994 em consonância ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, como parte de reformar o sistema de saúde vigente, no sentido de descentralizar do modelo biomédico para múltiplos saberes (equipes multiprofissionais), trabalhando com os usuários que procuram o serviço a partir de um enfoque integral, o que fez repensar, também, a noção de saúde e doença.

De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Estratégia Saúde da Família (já que não se trata mais de um Programa) em conformidade às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como princípios básicos: o acesso universal; ser, preferencialmente, o primeiro contato da população com o serviço de saúde; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, além do enfoque na leitura longitudinal; coordenar a integralidade do cuidado em saúde; estimular a participação de usuários na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. No nosso ponto de destaque, a ESF visa trabalhar com definição de território de abrangência, área que fica sob sua responsabilidade – o que permite o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, além de caracterizar os condicionantes e determinantes da saúde dos usuários adscritos a esse espaço territorial.

Dessa forma, sendo que a demarcação do território é um dos pressupostos básicos da ESF, segundo Barcellos e Pereira (2006), essa tarefa adquire pelo menos três sentidos: “de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência” (p.48). De acordo com os autores, há uma tendência de operacionalização do conceito de território nesse campo, sem levar em consideração os inúmeros sentidos que tal conceito possui.

Outro ponto observado pelos autores foi a predominância conceitual parcial, em que, frequentemente, o olhar recaía para a vertente política (referente às relações espaço-poder em geral) ou jurídico-política (relações espaço-poder institucionalizadas). Essa observação refere-se, portanto, a “um espaço delimitado e controlado por relações de poder, geralmente o poder do Estado, que busca organizar o território com determinada finalidade” (BARCELLOS & PEREIRA, 2006, p.49).

Tal concepção não leva em consideração, por exemplo, outra importante perspectiva: a cultural. De acordo com os autores, esse olhar cultural pode ser definido

como o “produto da apropriação, da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido. Esse grupo valoriza o espaço a partir de determinado significado individual e social” (idem, p.49).

Sobre essa consideração cultural de território, Mesquita (1995) diz que a maior parte da humanidade vive, mas não tem compreensão sobre a territorialidade. Quer dizer, essa maior parte da população não conseguiria fazer uma parada de reflexão (e de consciência) do local onde vivem dadas as demandas da ordem social atual que parecem cada vez mais carecer de um sentimento de apropriação da experiência de vida. Segundo a autora, a consciência territorial pode ser entendida como:

A consciência do lugar, do *locus* da sociabilidade mais próxima vivida no cotidiano, resgatando-a das próteses audiovisuais da mídia, para oferecer-lhe chances de vir a ser socialidade [...]. É o *locus* onde se forjam os projetos de vida individuais. Esses, não como refúgios ou redutos do individualismo, mas integrados numa teia de sociabilidade [...] (idem, p.89).

É essa “falta de consciência territorial” que serviu como ponto de partida para investigarmos de que exatamente sofrem os usuários que nos procuram, ou ainda: há, sem saber, um compartilhamento social do sofrimento dos usuários adscritos a determinado território? Tais indagações disparadoras foram a base para esta pesquisa, que foi realizada em uma ESF de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul¹⁵.

SUJEITO E CULTURA

Para situarmos o tema da pesquisa, daremos um breve contorno na noção de sujeito que estamos falando. Como partimos de um referencial psicanalítico, aprendemos desde Freud que o sujeito não é aquele ser pensante/consciente identificado pelo Eu que nos foi legado pelo *cogito ergo sum* cartesiano. O que nos interessa, aqui, é o sujeito do inconsciente, aquele que traz a marca de uma perda fundamental – trazida pelo encontro sempre faltoso entre corpo e linguagem que não se recobrem simetricamente – que o constitui em relação ao Outro¹⁶, e que vai ser o agente da busca pelo desejo, já que se apresenta sempre faltoso.

¹⁵ Trata-se de Marau, município localizado na região norte do estado (planalto médio), nas proximidades de Passo Fundo. O município possui cerca de 40 mil habitantes e economia baseada na agricultura e no setor industrial. No ano de 2012, Marau firmou convênio com o Grupo Hospitalar Conceição para implantar o Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade, visando à descentralização das formações em serviço. A pesquisa foi realizada no território da ESF Santa Rita.

¹⁶ Lacan denomina o Outro, com letra maiúscula, em oposição ao outro em minúsculo, esse último caracterizando o semelhante, o parceiro imaginário; conforme Chemama (1995), o grande Outro “é uma alteridade que não se resolve” (p. 156). Chemama ainda diz que o sujeito precisa se amparar a uma ordem anterior e exterior a ele – o que pode ser representado, primeiramente, nas figuras parentais – essa ordem é posta pela palavra, quer dizer, o Outro habita a linguagem.

Kojève (2002), na leitura que faz de Hegel, vai dizer-nos que o que o desejo humano busca é sempre outro desejo, ou seja, é preciso que antes haja uma pluralidade de desejos para que um desejo individual se constitua:

Para que a consciência-de-si possa nascer do sentimento de si, para que a realidade humana possa constituir-se no interior da realidade animal, é preciso que essa realidade seja essencialmente múltipla. O homem, portanto, só pode aparecer na Terra dentro de um rebanho. Por isso a realidade humana só pode ser social (idem, p. 13).

O que queremos dizer é que não há como pensar em sujeito de forma isolada. O sujeito depende de uma rede simbólica que inicia a partir dos desejos parentais e que estes, ainda, vão dizer da cultura e do momento histórico em que estão inseridos e, conseqüentemente, dos ideais passados de geração a geração. Aqui, cabe situar o famoso aforismo freudiano que diz que “toda psicologia individual é também, desde o início, psicologia social” (FREUD, [1921] 2011, p. 14). De outro modo, porém, vemos que o imperativo individualista parece alcançar seu extremo contemporaneamente:

A partir do Iluminismo e do Racionalismo, o valor no indivíduo, e não mais na tradição, passou a caracterizar a nossa sociedade. O sujeito passou, então, a suprir as suas determinações simbólicas. Ao mesmo tempo que prescinde de suas referências simbólicas, ele se abre às múltiplas possibilidades de escolha e, conseqüentemente, passa a se considerar como único responsável pelo seu destino [...]. Na contemporaneidade [...], diante da fragilização dos referenciais simbólicos, percebemos a intensificação desse sentimento de autossuficiência, bem como da de solidão e desespero (RAMALHO, 2006, p. 26).

Benjamin (1985), ao falar sobre esse empobrecimento da experiência na vida dos sujeitos contemporâneos – a categoria que exclui toda a herança histórica construída anteriormente deixou de ser uma possível condição individual (quer dizer, algumas pessoas poderiam ser assim, outras não) para se tornar uma característica coletiva –, refere-se ao poema intitulado “Apague as pegadas”, de Bertolt Brecht (1898-1956), como um exemplo irônico disso¹⁷. O poema diz assim:

[...]
Se encontrar seus pais na cidade de Hamburgo ou em outro lugar
Passe por eles como um estranho, vire a esquina, não os reconheça
Abaixe sobre o rosto o chapéu que eles lhe deram
Não, oh, não mostre seu rosto
Mas sim
Apague as pegadas!

[...]
O que você disser, não diga duas vezes.

¹⁷ O poema trazia um caráter crítico em referência ao nazismo. Tomamos este como referência para refletir sobre a sobrevivência frente a um mundo silenciador e totalitário.

Encontrando o seu pensamento em outra pessoa: negue-o.

[...]

Apague as pegadas!

Cuide, quando pensar em morrer

Para que não haja sepultura onde jaz

Com uma clara inscrição que o denuncie

E o ano de sua morte que o entregue!

Mais uma vez:

Apague as pegadas!

(Assim me foi ensinado). (BRECHT, 2000, pp. 57-58).

Aqui, deparamo-nos com um problema, pois, retomando Kojève (2002), para que “o rebanho se torne uma sociedade, não basta apenas a multiplicidade de desejos; é também preciso que os desejos de cada membro do rebanho busquem – ou possam buscar – os desejos dos outros membros” (p. 13). Assim, se a ordem desejante atual impõe que o sujeito se faça *per se*, ou seja, apague as pegadas deixadas pelos que já passaram, não resta outra saída para o sujeito hiper-individualizado senão o desejo de excluir-se de suas relações com os outros; por consequência, o advento do sentimento coletivo de desamparo e depressão. Não nos é surpresa a quantidade de pessoas que procuram os serviços de saúde com diagnósticos prontos – ou, pelo menos, manifestações sintomáticas – de síndrome do pânico e as variações da depressão, além de inúmeras ideias suicidas.

Nisso, uma pergunta se desenha: de fato, os sujeitos são tão alheios aos outros e suas histórias? Ou há fios que podem conduzir-nos a uma busca em comum de memórias, transmissão e, talvez, de resoluções coletivas de situações sintomáticas que se forjam como individuais?

CAMINHO PERCORRIDO

Com o ingresso de um terceiro, na posição de residente, na equipe da ESF Santa Rita, passou-se a observar as particularidades do território adscrito à Instituição, em que se percebeu uma alta rotatividade de moradores, muito em decorrência de uma grande indústria localizada no bairro. Além dessa característica, foi percebida uma alta procura de usuários “poliqueixosos” ou “hiperutilizadores”, quer dizer, aqueles que vêm buscar o serviço de saúde sem uma demanda clara de atendimento, como se não soubessem/pudessem expressar em palavras sobre o sofrimento que lhes acometiam. Esse tipo de usuário apresenta forte vinculação com a equipe; porém, do lado desta, o que se percebia era uma posição de resistência frente a eles. Tudo isso tornava o serviço pouco resolutivo e gerava um grande índice de repetição da queixa.

Assim, esta pesquisa trilhou um percurso metodológico baseando-se na técnica da análise de conteúdo – a partir de entrevistas semiestruturadas –, com enfoque na análise temática, que segundo Minayo (2010), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (p. 316). Dessa forma, elencamos significantes temáticos nos discursos de seis entrevistados escolhidos pela equipe, sendo que, para os critérios de inclusão, pelo menos, uma das características listadas a seguir deveria estar presente: o tempo em que reside no território (aqueles mais antigos); proximidades afetivas/sociais com aqueles que fundaram o local; aqueles que imigraram para o território e aqueles que mais utilizam os serviços dessa ESF.

No decorrer da pesquisa, verificou-se que a análise temática empenha-se mais a uma investigação de inferência estatística do que de significados (MINAYO, 2010), e que isso não responderia às demandas discursivas dos entrevistados, tampouco, ao objetivo da pesquisa. Assim, para a análise dos dados colhidos, a técnica foi mesclada com o que Simoni e Rickes (2008) definiram como “método do (des)encontro”: “trata-se de pensar sobre a relação do pesquisador ao campo, colocando em questão o caminho trilhado entre a emergência de uma pergunta e a construção de seu destino” (p. 98). Assim, para as autoras, o método não está dado como pronto *a priori*, mas, sim, é um caminho em constante construção.

Desse modo, estabelece-se um modo particular de articulação entre teoria e prática: se de um lado, a teoria proporciona generalizações, quando o pesquisador adentra no campo prático, é necessário que se faça uma suspensão destas, para que seja possível reinventá-las. Aí reside a importância da alteridade do pesquisador no processo de pesquisa (SIMONI & RICKES, 2008). Ainda, a análise do material coletado também passa pelos rastros e restos que o pesquisador deixou em seu percurso, por isso “que é num tempo só-depois – *nachträglich* – que as coisas podem ganhar significação” (idem, p. 100).

Outro ponto importante que essa abordagem do (des)encontro vai apontar-nos é de que ao pesquisador:

[...] O acolhimento – a hospitalidade – vai por conta de sua capacidade de suportar a alteridade sem reduzi-la a um outro abordável e compreensível por seu sistema de significação. A coragem vai por conta da possibilidade de se mover em um terreno onde as bússolas norteadoras do caminho decantam do próprio percurso e não se situam no *a priori* garantidor de uma ilusória sensação de domínio (idem, p. 101).

Desse modo, entendemos que o corpo desta pesquisa foi ganhando forma a partir das falas dos usuários entrevistados, no qual percebemos que as questões norteadoras

atuaram apenas como pano de fundo das entrevistas, já que os temas elencados e a análise foram organizados a partir dos pontos de repetição das narrativas.

RESULTADOS: O QUE O TERRITÓRIO FALA?

Antes da realização das entrevistas, buscamos literatura sobre a história do município. Encontramos, em publicações de um professor local (BERNARDI, 1992; 2007), alguns apontamentos que apresentaremos de modo sintetizado.

No ano de 1923, instalou-se a primeira indústria nesse município: um frigorífico de abate de suínos. Com o desenvolvimento da cidade, o frigorífico foi ampliado e passou a contar com abate de aves, em local que hoje se encontra o bairro Santa Rita – bairro em que está localizada a ESF em questão. A partir do ano de 1982, uma grande companhia alimentícia adquiriu a indústria e fez com que houvesse um crescimento populacional estrondoso nesse bairro. Famílias migravam para o local pela proximidade da indústria, o que fez com que o proprietário das terras locais as vendesse de forma aleatória, sem licença do Poder Público – o que reflete, atualmente, em suas ruas dissimétricas.

Ainda sobre pontos importantes na construção desse bairro, sabemos que, em 1974, construiu-se a escola do bairro (posteriormente ampliada); em 1989, foi iniciada a construção do salão comunitário; e, em 1995, iniciou-se a construção da igreja. Antes disso, missas eram celebradas na casa de um morador e, posteriormente, na escola. No ano de 1990, Santa Rita de Cássia foi adotada como padroeira do bairro. No ano de 2002, a Prefeitura Municipal adquiriu o salão comunitário para a instalação da Unidade de Saúde e, assim, a comunidade mobilizou-se para a construção de um ginásio (que também serve de salão comunitário), localizado ao lado da atual ESF Santa Rita. No ano de 2015, ocorreu uma grande festa em comemoração ao dia da Santa, ocasião em que sua imagem foi acomodada na torre da igreja e reuniu centenas de moradores.

Para organizar esta pesquisa, categorizamos as falas dos entrevistados em cinco temas: **1) motivos da mudança para o bairro; 2) a acolhida no local; 3) as relações e espaços sociais; 4) sobre queixa e corpo e 5) aquilo que não se vê/aquilo que não se sabe.**

As seis pessoas escolhidas pela equipe para serem entrevistadas foram:

Entrevistada 1 (E1), mulher, casada, aposentada, 69 anos;

Entrevistada 2 (E2), mulher, viúva, aposentada, 74 anos;

Entrevistada 3 (E3), mulher, solteira, aposentada, 48 anos;

Entrevistada 4 (E4), mulher, casada, dona de casa, 25 anos;

Entrevistado 5 (E5), homem, separado, motorista, 64 anos;

Entrevistada 6 (E6), mulher, casada, aposentada, 70 anos

Tema 1 (motivos da mudança para o bairro): de acordo com os relatos, verificamos que a imigração para essas terras deu-se por conta do trabalho na indústria frigorífica, sendo que, em todos os relatos, vemos que as condições de vida nas cidades de origem eram, em sua maioria, muito precárias ou sofridas. A saber:

E1: *Sou natural de Árvorezinha (...) depois vivemos em Frederico Westphalen e de lá viemos pra cá. Mudei pra cá porque os filhos casaram e saíram (...). Aí já tinha quatro que moravam aqui, por isso viemos pra cá (...). Aí se aposentamos e resolvemos vir pra cá, ficar mais perto dos recursos... lá tudo era longe, difícil, a gente não tinha mais forças pro trabalho da roça (...). E eu passei muita depressão, cheguei no fundo do poço mesmo, meus filhos que foram me ajudando (sic).*

E2: *Quando eu tinha uns 50 anos viemos pra cá. Mudamos porque a gente tinha pouca terra e não tava dando mais nada! Nós tava muito atrasado, daí viemos pra cidade. Meu marido [falecido] trabalhava na P. [nome do frigorífico] (...). Eu trabalhava em casa de família e lavava roupa pra turma da P. (...). A gente sofreu muito no interior¹⁸; pouca terra e plantar pros outros, se colhia pouco, tava cada vez pior (sic).*

E3: *Morei minha vida toda em Passo Fundo, depois, por causa do marido, vim pra cá. Mas lá eu morava num apartamento, eu sozinha entre quatro paredes, tava me levando lá embaixo, não dava mais, aí decidi vir (...). Eu saí de lá inválida, toda vez que eu tinha que entrar lá [no antigo trabalho] eu entrava e saía chorando (...). Foi por isso que estou aposentada (sic).*

E4: *Tô morando há cinco anos aqui. Até meus 19 anos morei em outra cidade. Viemos pro Sul porque meu pai deixava a gente passar fome, não tinha serviço pra minha mãe (...), meu pai largou nós. Mudei pra cá por causa do serviço, tinha bastante opções de emprego (sic).*

E5: *O falecido pai morava aqui, tinha uns 13 ou 14 anos quando vim aqui. Depois saí e voltei a morar aqui em 1974, fui o terceiro morador desta vila. Antes morava só meu falecido sogro e um agregado do meu falecido pai (sic).*

E6: *Tinha uns 40 anos quando vim pra cá. Daí meu primeiro marido que tive, ele morreu com trator (...). Daí eu fiquei com cinco crianças, eu criei as cinco sozinha. Depois eu perdi uma filha e aí eu criei as duas netas (...). Depois dali uns sete anos, perdi uma*

¹⁸ Nas cidades do interior do Estado, o termo “interior” refere-se à zona rural dos municípios (também é comum a utilização da expressão “morar para fora”).

neta (...). Eu sofri muito na vida, muito. Eu não sabia o que fazer, sempre doente, sempre sofrendo e criei as meninas (...). Daí não dava mais e casei de novo, ele trabalha na P.

Sobre o crescimento do bairro, **E5** fala-nos de que tudo se deu por conta da empresa instalada, que na época não era tão grande, mas que foi ampliando e necessitava de mão-de-obra.

E5: *Começou mesmo a vir gente quando começou a P.... a vir trabalhar ali né, aí começou a vender os terrenos, os caras vinham ali e queriam, pediam até por favor, que saiam lá de fora que tava ruim. Daí vendia um terreno aqui... vendia a preço de abacaxi naquela época... os caras insistiam, a gente não sabia dizer não, queria favorecer, os caras às vezes nem um pila de entrada tinha e a gente vendia, iam pagando quando podiam. Ali na P. a terra era nossa, o falecido pai que vendeu ali. Eles queriam ir pra outra cidade, daí o pai não deixou... deu quase de presente pra ficar a firma ali (...). Ele tinha uma visão das coisas, uma firma dessas ia trazer alguma coisa pro município (sic).*

Tema 2 (a acolhida no local): nesse ponto, há um consenso entre todos os entrevistados de que a vinda para o bairro foi bastante acolhedora. Recortamos apenas a fala de alguns para exemplificação:

E1: *Foi muito bom, foi tudo o que eu esperava (...). As pessoas são muito acolhedoras, nunca deixaram de ajudar os outros no que precisam (sic).* **E2:** *o lugar aqui eu gostei bastante... fui muito bem recebida. Daqui eu não saio (sic).* **E6:** *sempre fui bem atendida por todo mundo (...). Eu digo que aqui é abençoado (...), lá onde eu morava todo mundo veio morar pra cá. Lá não tem serviço e aqui já tinha começado (sic).*

Estendendo o acolhimento do bairro para o da ESF, percebemos uma forte vinculação dos usuários, sendo que todos elogiaram o serviço: “*nunca saio daqui sem uma consulta ou uma orientação, sempre sou bem recebida*”, referiu a **E4**.

No **tema 3 (as relações e espaços sociais)**, verificamos uma forte relação das pessoas com a Igreja católica, que tem como padroeira a Santa Rita (de Cássia) – esta que também nomeou o bairro. “*No primeiro mês que nós viemos, teve festa aqui na igreja (...) e assim começou. Sempre ajudei na igreja (sic)*” (**E1**). **E2** conta que os moradores ajudaram muito na construção da igreja, organizando festas ou unindo-se para pedir auxílio em outros setores. **E6** relata que, quando chegou ao bairro, já havia escola, mas a igreja foi construída posteriormente: “*aí rezavam no salão, que era aqui [atual espaço da ESF] (sic)*”.

E4 relatou que os momentos de lazer com o marido e filhos ocorrem em espaços no centro da cidade. Ela acreditava que, com o crescimento do bairro, a violência também aumentou e, por isso, nem deixava os filhos brincar na rua.

E5 disse que as relações entre as pessoas eram boas (todos os entrevistados referiram isso), “às vezes *tem festas na comunidade (...). Tem também uns pinguços que incomodam, mas é norma*” (sic). Também referiu que um lugar que reunia moradores – principalmente para beber – era o campo de futebol, “*ali se divertem (...). Aqui tem bastante bar (risos) (sic)*”.

Partindo para o **tema 4 (sobre queixa e corpo)**, percebemos que havia grande queixa relacionada ao corpo. Dos seis entrevistados, quatro reclamaram de não haver farmácia na ESF, já que sempre necessitavam de alguma medicação (e, na época, as medicações precisavam ser retiradas no centro da cidade). O fato de que apenas uma usuária participava de algum grupo de educação em saúde também ficou destacado. A entrevistada **E6**, por exemplo, comentou nem saber como funcionava isso, acreditando que os grupos eram apenas para quem tinha diabetes. **E4** comentou que, quando apresentava algum problema, encaminhava-se à ESF e sempre era atendida, o que a fazia frequentar o serviço, pelo menos, uma vez ao mês.

Em contrapartida, a **E1** – que, pela idade, apresentava algumas complicações crônicas, além de um quadro depressivo grave anterior – conseguia organizar-se de maneira diferente, já que participava de inúmeros grupos na comunidade. Verificamos que ela buscava o serviço de saúde, em geral, conforme as prescrições da equipe.

Por fim, o **tema 5 (aquilo que não se vê/aquilo que não se sabe)** foi elencado por se perceber que, nas falas do entrevistados, existiam muitos pontos desconhecidos sobre a história do território, além de questões que eram problematizadas por alguns moradores e pela equipe, mas que não foram pontuadas pelos usuários escolhidos.

Sobre a escolha da padroeira, nenhum dos entrevistados soube dizer o motivo para tal santa. **E2** concluiu que a Santa Rita foi escolhida por não haver outro bairro com esse nome. Também, não sabiam precisar quando surgiu a ESF, apenas lembravam que, antes de sua fundação, consultas médicas e exames eram extremamente difíceis de serem acessados.

Apenas a **E4** mostrou uma grande preocupação com a violência do bairro e o consumo de drogas, inclusive na escola. Os demais acreditavam que o bairro era tranquilo e não havia grandes problemas.

Também, não houve queixa sobre a falta de espaços sociais e de lazer. Para os entrevistados mais velhos, a Igreja apareceu como um espaço agregador, além do campo de futebol e bares. Esses últimos que ficavam associados ao alto consumo de álcool.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

De acordo com Carvalho et al. (2015), há prevalência de usuários com algum tipo de transtorno mental entre os chamados de hiperutilizadores na Atenção Básica (AB) – cerca de 50% ou mais. Eles apontam que a média de consultas médicas de usuários com esse perfil gira em torno de 5,25 (consultas) por ano. Avaliando os entrevistados de nossa pesquisa, apenas um não foi identificado pela equipe como sendo um hiperutilizador. Registros nos prontuários apontaram uma média de 8,8 consultas médicas em um ano (de maio de 2014 a maio de 2015), na ESF Santa Rita – não incluindo as inúmeras consultas do núcleo da enfermagem. Além disso, retomamos que apenas uma usuária participava de um grupo de educação em saúde.

Esses usuários geravam extremo desconforto e resistência por parte da equipe, que “já não sabiam mais o que fazer com eles”. Com base nessas referências – e com o intuito de não produzir como consequência uma patologização psíquica generalizada – partimos para a escuta dessas histórias e sintomas não como autoridades de saber sobre o sofrimento daqueles que nos procuram, mas, sim, a partir de um lugar de alteridade – que permeia o encontro sempre faltoso, com o objeto pesquisado e que, ao mesmo tempo, lança-nos à pesquisa (SIMONI & RICKES, 2008).

O bairro foi povoado por pessoas que migraram de seus lugares de origem em decorrência da pobreza. Os relatos referiram uma ótima acolhida no local. Em contrapartida, **E5** apontou sobre a insistência dos “estrangeiros” a fim de um quinhão de terra para viverem e que, por uma aparente “piedade” do proprietário, essas terras foram vendidas por preços extremamente baixos e sem nenhum planejamento.

Derrida (2003) dirá que o estrangeiro é aquele que ameaça, por questionar, o dogma paterno. “Como se o estrangeiro fosse, primeiramente, *aquele que coloca a questão* ou aquele *a quem* se endereça a primeira questão. Como se o estrangeiro fosse o ser-em-questão [...]. Mas também aquele que, ao colocar a primeira questão, me questiona” (idem, p.5).

Contudo, para que o estrangeiro assuma tal posição de quem questiona tão certamente o núcleo organizador (em uma posição “de fora” para “dentro”), é preciso que, de algum modo, este tenha sido acolhido “em família”. A partir disso, deteremo-nos em dois pontos acerca da hospitalidade que Derrida (2003) desenvolverá. Primeiro, a que

estaria atrelada a interrogar quem chega – *Como te chamam? De onde vens?* –, já que não se ofereceria hospitalidade ao anônimo; se assim o fizesse, este seria reconhecido como bárbaro. Segundo, a partir de um ponto que parece romper com o “pacto” da hospitalidade, que o autor denomina “hospitalidade absoluta”, que exigiria oferecer, ao estrangeiro, não apenas um lugar, mas que lhe cedesse seu próprio lugar – sem exigir algo em troca.

Com base nisso, questionamo-nos sobre essa aparente posição acolhedora do território, onde os usuários não conseguem expressar, pela via da palavra, suas queixas, mas que algo de apelo sintomático, principalmente via mal-estar no corpo, é endereçado incessantemente à equipe da ESF. Aqui, cabe-nos questionar se a equipe consegue estabelecer uma posição acolhedora; no sentido de reconhecer, pela via da linguagem, as demandas desses usuários para além de suas necessidades, já que a acolhida “passa pela língua ou pelo endereçamento ao outro [...]. A língua é hospitalidade” (DERRIDA, 2003, p. 117).

Outro ponto importante a ser observado é de que esses moradores vieram “em busca de uma vida melhor”, de trabalho. Aqui, encontraram a possibilidade de melhoria financeira, de amparo espiritual (na igreja) e, posteriormente, a assistência em saúde. Se por um lado, vemos tais ganhos como positivos, por outro, essas três instituições podem carregar consigo discursos alienantes às pessoas – capitalista, religioso e científico, respectivamente. Betts (2014) apontará que o que faz o laço social é o discurso¹⁹ e que, cada vez mais, os discursos capitalista e científico (incluimos o religioso por trazer a marca de uma verdade absoluta e inquestionável) promovem uma “violência no laço social”. No discurso capitalista, “o [...] sujeito de desejo, é visto exclusivamente segunda sua potência fálica de consumidor manipulável pelo *marketing*, alienável no gozo de consumo dos objetos ofertados” (idem, p. 13). Já no discurso da ciência, o sujeito de desejo é forcluído: há um reconhecimento do sujeito do enunciado, mas o sujeito da enunciação é posto de lado. Segundo o autor, “o sujeito do enunciado pode ser universalizado através de um discurso que se torne suficientemente hegemônico para uniformizá-lo numa massa desumanizada que se identifica pela marca dos objetos que consome” (idem, p. 14). Por outro lado, o sujeito da enunciação só pode ser contado um a um, ele é sempre singular. Aqui, recai a função da psicanálise: apontar para o impossível

¹⁹ Conforme Betts, discurso “é uma estrutura linguageira que organiza a comunicação e especifica as relações do sujeito com os significantes e com o objeto, sendo determinante para o sujeito e regulador das formas do laço social” (2014, p. 13).

da falta que é recoberto imaginariamente pelos discursos dominantes, “permitindo que a capacidade desejante de pensar e criar advenha” (idem, p. 14).

A partir disso, pensamos se a forma com que essas pessoas organizaram-se foi a partir de uma exclusão do sujeito do desejo, já que suas falas apontam para um deslocamento geográfico a partir de uma necessidade de sobrevivência (a falta de recursos financeiros). O que propiciou um desconhecimento ou uma não implicação naquilo que diz respeito ao próprio território. Como exemplo disso, vemos que nenhum usuário sabe quando a ESF surgiu no local e ninguém sabe o motivo da escolha do nome do bairro – soa como se precisasse simplesmente ser algo relacionado com a religião e que ainda não houvesse sido nomeado por outro bairro – e, ainda, não há queixas a respeito da falta de espaços públicos no local.

Nesse ponto, verificamos a relação paradoxal de uma comunidade que supostamente acolhe, mas parece não suportar espaços coletivos. Aqui, recorremos a Freud ([1930] 2010) que dirá que o sofrimento ameaça sob três fontes: a partir das mazelas que o próprio corpo pode trazer; a partir do mundo externo/forças da natureza; e por fim, as relações com as outras pessoas. Para o autor, esse último fator pode ser entendido como o mais doloroso e de difícil manejo e é o que queremos frisar.

Com isso, cabe questionar o porquê de uma comunidade que apresenta origens tão semelhantes não conseguir fazer um conjunto. Como se a pobreza em comum fosse esquecida para dar lugar ao discurso meritocrático individualista, em que cada um “precisa se fazer por si mesmo”. Ainda, retomando o poema de Brecht, como se as pegadas de origem fossem apagadas para criar uma vida nova, sem relação com o passado. Aqui, entra em xeque a hospitalidade recebida, que nos faz interpretar que tal acolhida na nova terra não foi apropriada simbolicamente pelas pessoas, mas que estas apropriaram-se de um lugar que lhes foi cedido “piedosamente” – mais uma vez, a dimensão financeira entra em xeque. Assim, para essas pessoas, construir uma queixa do local representa não dar valor para aquilo que foi recebido. Ainda, se a “pegada” foi apagada (mas ela insiste e persiste), para onde ir?

É preciso considerar que isso não significa que essas pessoas vivam isoladamente, mas o compartilhamento de história, de cultura, de vida, parece não reverberar no território, fica em suspensão. A questão da pobreza que força uma migração aproximou-nos também do relato benjaminiano (1985) dos soldados que retornaram da guerra mudos: nessa cena traumática, não houve lugar para elaborar o acontecido, não houve experiência transmissível.

Ainda, há considerações a serem feitas a respeito da hiperutilização de alguns usuários. É aí que o corpo (ou que no corpo) se manifesta.

Subvertendo a ideia de um corpo que seria somente orgânico, Freud [...] vai mais além ao dizer que é a partir do corpo que o psiquismo se constitui. Assistimos, assim, ao nascimento da psicanálise e da ideia de que uma intensa vida fantasmática apoia-se sobre a anatomia corporal. Anatomia esta, que é uma cena que recobre uma outra: daí sua potencialidade de transformar-se em um “teatro” onde conflitos inconscientes diversos são atuados. Através de sua posição de encruzilhada, por onde circula a sexualidade, o corpo se presta aos fantasmas os mais variados (LINDENMEYER, 2015, p. 434).

Pretendemos, aqui, refletir de que lugar esses usuários respondem frente àquilo que a ESF os oferece. A AB visa, também, romper com o paradigma biomédico e levar em conta questões socioculturais, a fim de promover atenção em saúde de maneira integral (BRASIL, 2012). Na prática, tal rompimento ainda é claudicante e a exigência de uma produção quantitativa no núcleo médico ainda é grande. Com isso, torna-se dificultosa a mudança de concepção de saúde que permanece como “curar doenças”. Desse modo, percebemos o engolfamento no saber médico a que esses usuários ficam submetidos no que se refere à posição da ESF no território – que está de acordo ao discurso científico tratado acima.

Outra inferência produzida, e que ficou como questão para a equipe, é a verificação de usuárias mulheres como hiperutilizadoras. Entretanto, cabe refletir que, segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2009), historicamente, os homens buscam menos os serviços de prevenção e tratamento em saúde, em principal, por preconceitos culturalmente transmitidos. Nesse sentido, também torna-se urgente ações que visem alcançar esse público. Os homens que não acessavam (ou acessavam pouco) a ESF tinham outros locais de agremiação: os bares. Nas falas da equipe, era sabido o alto índice de alcoolismo entre os moradores do bairro. O que apontou ser um dado importante para futuras intervenções.

Dadas essas considerações, coloca-se a importante função do resgate de algo da história, muitas vezes tão evanescente, desses sujeitos que nos procuram. Não na direção de lembrá-la por si só, mas que, a partir disso, possa-se reescrevê-la (RAMALHO, 2006), dando-lhe um novo sentido – aqui, recai toda a importância do nosso trabalho de escuta. Corroborando, também, essa ideia, Mello (2010) dirá da importância de legitimar a história e a temporalidade onde esses sujeitos estão inseridos, a fim de viabilizar uma nova posição enunciativa, o que também nos possibilita novos arranjos interpretativos para a vida desses usuários que nos chegam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise do material e entendendo que a responsabilidade sanitária do território é uma função da ESF, além de promover a participação popular, parece-nos de fundamental importância que essa instituição assuma o papel de possibilitar uma escuta qualificada aos usuários, que leve em consideração suas histórias, vivências e cultura. Tal concepção deve fazer parte do reconhecimento das demandas do território em que está inserida.

Ao percebermos que há uma repetição de procura por usuários e que, com isso, não se vislumbrem possibilidades de resolução, acreditamos ser importante a qualificação da ferramenta que a Política Nacional de Humanização colocou como fundamental: o acolhimento. O acolhimento visa à reestruturação das demandas de acesso e à garantia da universalidade prevista no SUS, fortalecendo os vínculos entre usuários e profissionais e possibilitando a construção coletiva de encaminhamentos e práticas de saúde (BRASIL, 2010). Porém, a partir do acolhimento, é preciso que a ESF proporcione serviços que vão para além de atendimentos ambulatoriais individuais, que recaem principalmente no campo médico. É preciso construir espaços para a circulação da palavra, o que poderia ser fomentado a partir de grupos de convivência, espaços para a troca de experiências e apropriação das histórias das pessoas: o que também é promover a saúde.

Além disso, a ESF pode estimular ações que saiam de suas quatro paredes: que as equipes produzam intervenções de grupos, educação em saúde, entre outras, nos espaços que a comunidade possui como legítimos, por exemplo, nas escolas, nos eventos comunitários, no campo de futebol, no frigorífico...

Este trabalho não orientou que a equipe tomasse um corpo de conceitos psicanalíticos para efetivar tal prática, seria pretencioso e arrogante a eleição de uma teoria em detrimento de outros saberes, quando não sugerida coletivamente. Todavia, pareceu pertinente reconhecer que a psicanálise pode contribuir para uma escuta que se situa, também, além de uma clínica individual, permitindo uma apropriação e reconhecimento de um sujeito do desejo que precisa ser escutado.

É preciso que a equipe esteja disposta a isso, a desorganizar-se, pois, para que essa posição se viabilize, é necessário que o saber científico fique em suspenso. Só assim o “saber da comunidade” passa a operar e deixar de ser excluído pela lógica dominante. Afinal, perguntar a quem chega: de onde vem, qual é seu nome, sua origem, conforme Derrida aponta, não é uma tarefa difícil. Porém, a partir de que lugar eu pergunto e, conseqüentemente, escuto isso, é o que fará a diferença.

Como nos diz Kehl, “a experiência é a qualidade adquirida pelo vivido quando de sua transmissão a outro(s)” (2009, p. 224) e seu sentido toma forma apenas em um momento posterior. Assim, para conseguir extrair do vivido um saber comunicável, é preciso que este passe do âmbito privado ao público. Os efeitos são desde para quem comunica como para quem escuta – que passa a legitimar o valor do coletivo, da condição humana (KEHL, 2009). Então, não apaguemos as pegadas! Já que é pela via delas que conseguimos partir para dar um sentido à vida e tal posicionamento é fundamental para o trabalho e organização na AB.

Ainda, se Benjamin (1985) apontou a pobreza e o desenvolvimento das técnicas e da racionalidade como empobrecedoras da transmissão da cultura, há um potente elemento e particular do humano que resiste ao seu apagamento coletivo: a capacidade de fantasiar, de sonhar. Portanto, que essas pequenas brechas não deixem de ser escutadas no território. E, ainda, que os usuários que chegam não se resumam a corpos a serem curados, apenas.

REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, Christovam; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. O território no Programa Saúde da Família. *HYGEIA*, vol. 2, ano 2, pp. 47-55, jun 2006.
- BENJAMIN, Walter. Experiência e pobreza. In: *Obras escolhidas: Magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985. v.1.
- BERNARDI, Francisco. *História de Marau: uma comunidade laboriosa*. Porto Alegre: Palotti, 1992.
- _____. Projeto Conhecendo os bairros: bairro Santa Rita. *Jornal Folha Regional*, Marau, 27 jun. 2007. n.p.
- BETTS, Jaime. Desamparo e vulnerabilidades no laço social – a função do psicanalista. *Rev. Assoc. Psicanal. Porto Alegre*. Porto Alegre, n. 45-46, p. 09-19, jul 2013/jun 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRECHT, Bertolt. *Poemas [1913-1956]*. 5a ed. São Paulo: Ed. 34; 2000.
- CARVALHO, Iana Pires; CARVALHO, Cesar Gattermann; LOPES, José Mauro. Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 01-07, jan/mar. 2015.
- CHEMAMA, Roland. *Dicionário de psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- DERRIDA, Jacques. *Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da hospitalidade*. São Paulo: Escuta, 2003.
- FREUD, Sigmund. *O mal-estar na cultura [1930]*. Porto Alegre: L&PM, 2010.

- _____. Psicologia das massas e análise do eu [1921]. In: *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. v.15.
- KEHL, Maria Rita. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- KOJÉVE, Alexandre. *Introdução à leitura de Hegel*. Rio de Janeiro: Contraponto: EDUERJ, 2002.
- LINDENMEYER, Cristina. O corpo entre sintoma e cultura. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.18, n.3, p. 431-444, set. 2015
- MELLO, Eliana Dable de. *Trauma e sintoma social: resistências do sujeito entre história individual e história da cultura*. 2010. 203 f. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- MESQUITA, Zilá. Do território à consciência territorial. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues; MESQUITA, Zilá. *Territórios do cotidiano*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1995.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- RAMALHO, Rosane Monteiro. Reescrever ou inventar uma história? *Revista da APPOA*, Porto Alegre, ano 12, n. 30, p. 25-34, jun. 2006.
- SIMONI, Ana Carolina Rios; RICKES, Simone Moschen. Do (des) encontro como método. *Currículo sem Fronteiras*, v.8, n.2, p. 97-113, jul/dez 2008.

ASSOCIAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E PADRÃO ALIMENTAR NO TERRITÓRIO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Núbia Rafaella Soares Moreira Torres
Natália Miranda Jung
Lena Azeredo de Lima

INTRODUÇÃO

No Brasil, a temática da segurança alimentar tem sua origem com Josué de Castro, responsável pelas primeiras sistematizações de abrangência nacional sobre a fome (Prado, *et al*, 2010). Conceituar Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é um desafio (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2006). Considerando-se que a alimentação é um direito humano pautado em referenciais éticos e envolve questões estruturais para sua consolidação, tais como o enfrentamento das desigualdades sociais e econômicas presentes na sociedade brasileira, a amplitude da SAN torna-se ainda mais evidente (PRADO, *et al*. 2010).

A Segurança Alimentar e Nutricional tem como definição, de acordo com documento aprovado na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e incorporado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, baseando-se em práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam sustentáveis do ponto de vista social, econômico e ambiental (BRASIL, 2006).

A SAN é estruturada em quatro dimensões: disponibilidade do alimento, que significa oferta de alimentos para toda a população; acesso físico e econômico aos alimentos, que é a capacidade de obter alimentos em quantidade suficiente e com qualidade, por meio de estratégias cultural e socialmente aceitáveis; utilização biológica dos alimentos, que diz respeito ao aproveitamento dos nutrientes; e estabilidade, que implica no grau de perenidade do uso, acesso e disponibilidade dos alimentos (KEPPLE, 2010).

A dimensão que diz respeito ao acesso ao alimento pode ser avaliada pelo uso de escalas psicométricas, tais como a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, que medem a insegurança alimentar a partir da experiência vivenciada e percebida pelas pessoas afetadas. Esse instrumento consegue captar não só a dificuldade de acesso aos

alimentos, mas, também, a dimensão psicossocial da insegurança alimentar, tomando os domicílios como unidade de análise (IBGE, 2013).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2013 constatou que, no Brasil, 22,6% dos domicílios brasileiros apresentavam algum grau de Insegurança Alimentar, ou seja, tinham alguma preocupação com a aquisição futura de alimentos devido à falta de recursos. Na Região Sul, a prevalência de Insegurança Alimentar situou-se em 14,9%, sendo encontrado, no estado do Rio Grande do Sul, um percentual de 15,9% de IA, dos quais, 11,2% corresponderam à IA Leve, 2,8% à IA moderada e 1,9% à IA Grave (IBGE, 2013).

Os padrões de alimentação têm sofrido constantes mudanças como consequência das transformações ocorridas nos modos de vida da população. Destaca-se a substituição de alimentos *in natura* ou minimamente processados de origem vegetal, assim como preparações culinárias à base desses alimentos, por produtos industrializados prontos para consumo. Tais mudanças determinam o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias. Pesquisas nacionais sobre o padrão alimentar do brasileiro sugerem um consumo excessivo de energia, proteínas, alimentos ricos em açúcar livre, gorduras saturadas, trans e sódio e um baixo consumo de carboidratos complexos, fibras e potássio (BRASIL, 2014; BRASIL, 2014).

Dados da pesquisa da Vigitel, de 2014, realizada no Brasil, mostraram que 44,1% da população estudada consome regularmente frutas e hortaliças, com 29,4% consumindo a quantidade recomendada desses alimentos; 26,5% tem o hábito de comer carnes com excesso de gordura; 48,8% consome habitualmente leite integral; 21,5% consome alimentos doces em cinco ou mais dias da semana; 20,3% ingere refrigerantes em cinco ou mais dias da semana; 63% come feijão em cinco mais dias da semana; 17,5% substitui comida por lanches sete ou mais vezes por semana; e 16,7% considera seu consumo de sal muito alto ou alto (BRASIL, 2015).

Estudos que avaliaram a relação entre Segurança Alimentar e consumo de alimentos evidenciaram tendência de um pior padrão alimentar em domicílios com algum grau de Insegurança Alimentar quando comparados a famílias em situação de segurança alimentar (MARTINS *et al.*, 2015).

Apesar dos esforços, em termos de criação de políticas públicas, para a redução da fome e insegurança alimentar, permanece alta a prevalência de brasileiros que apresentam algum grau de insegurança alimentar. No Brasil, a principal causa da falta de acesso ao alimento ainda é o baixo nível de renda, resultado, sobretudo, das desigualdades sociais existentes. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo

avaliar a associação da prevalência de insegurança alimentar com o padrão alimentar das famílias cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família.

MÉTODO

O delineamento foi do tipo transversal, tendo a família como unidade de estudo. A pesquisa foi realizada com a população adscrita a uma Unidade de Saúde da Família (USF), de um município do Vale do Rio dos Sinos – RS, no ano de 2017. A USF estudada possui três equipes de saúde com três áreas e 15 microáreas adscritas, sendo composta por um quadro de três enfermeiros, quatro médicos, cinco técnicos de enfermagem, um dentista, dois assistentes administrativos, um auxiliar de limpeza, 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um nutricionista, um residente de enfermagem e dois residentes de nutrição.

A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora e por Agentes Comunitários de Saúde, devidamente treinados, através de visitas domiciliares ou na própria USF.

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Nossa Senhora da Conceição e aprovado sob número de protocolo 62186116.8.0000.5530. A Fundação de Saúde do Município aprovou a realização da pesquisa por meio de apreciação do projeto e assinatura da Carta de Apresentação. Todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficaram explícitos os riscos, benefícios e objetivos da pesquisa.

A população-alvo do estudo foi as famílias cadastradas na USF estudada. De acordo com o IBGE, família é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem no mesmo domicílio, e, também, a pessoa que mora sozinha em uma unidade domiciliar (IBGE, 2011).

No momento do estudo, a Unidade de Saúde da Família possuía 2.212 famílias cadastradas. Foram incluídas, na pesquisa, as famílias do território que estavam cadastradas no sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) e aceitaram participar do estudo mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as famílias cujo respondente não tinha capacidade cognitiva para responder aos questionários.

O cálculo do tamanho de amostra realizado para o estudo levou em consideração uma prevalência de 15,9% de insegurança alimentar para o Rio Grande do Sul, com base nos resultados do Suplemento de Segurança Alimentar da Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílio – 2013 (PNAD – 2013) (IBGE, 2013). Estimou-se um erro máximo de cinco pontos percentuais, nível de significância de 95%, que, acrescida de 20% para possíveis perdas, resultou em uma amostra de 249 famílias. Para o cálculo, utilizou-se o programa Winpepi.

O método de amostragem utilizado foi por sorteio. Foi garantida a representatividade de todas as áreas e microáreas que compõem o território, sendo sorteado um número de famílias proporcional à quantidade cadastrada nas microáreas. As famílias que não foram encontradas no domicílio, após três tentativas de visitas domiciliares, foram repostas através de novo sorteio.

O desfecho foi avaliado por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional – EBIA, que é um método direto e validado de aferição da insegurança alimentar e nutricional. Os tipos de insegurança alimentar podem ser classificados em quatro categorias e em três níveis de intensidade - segurança alimentar (SA), insegurança alimentar leve, moderada e grave (PRADO *et al.*, 2010).

O instrumento utilizado é composto por 14 perguntas centrais fechadas, referentes aos últimos três meses, que refletem desde a preocupação com a possível falta de comida até a ausência total de alimentos, que pode afetar todos ou algum membro da família (IBGE, 2013).

A classificação da EBIA para os domicílios é baseada em um gradiente de pontuação resultante da soma das respostas afirmativas às questões, que se enquadra nos pontos de corte equivalentes aos componentes da SA. Utiliza os seguintes intervalos de pontuação, para famílias com menores de 18 anos e sem menores de 18 anos, respectivamente: Segurança Alimentar (SA: 0); Insegurança Alimentar Leve (IAL: 1-5 e 1-3); Insegurança Alimentar Moderada (IAM: 6-9 e 4-5); ou Insegurança Alimentar Grave (IAG: 10-14 e 8-8) (IBGE, 2013).

O padrão de consumo alimentar foi avaliado usando os Marcadores de Consumo Alimentar da Atenção Básica do Ministério da Saúde, elaborado para identificar padrões de alimentação e comportamentos saudáveis ou não saudáveis (BRASIL, 2015).

Os formulários de marcadores do consumo alimentar permitem a obtenção de indicadores de alimentação e nutrição. No estudo, foram usados os indicadores para crianças de 2 a 9 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. As variáveis referentes ao padrão alimentar foram: hábito de realizar, no mínimo, as três refeições principais do dia; hábito de realizar as refeições assistindo à televisão; consumo de feijão; consumo de fruta; consumo de verduras e legumes; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de

pacote ou biscoitos salgados e consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas. As perguntas do formulário referem-se ao consumo alimentar do dia anterior ao da entrevista (BRASIL, 2015).

Para a coleta de dados das variáveis socioeconômicas, utilizou-se questionário estruturado, contemplando as seguintes informações: renda familiar em salários-mínimos (SM); escolaridade do entrevistado em anos completos; sexo do entrevistado; idade do entrevistado em anos completos; cor da pele autorreferida; situação conjugal do entrevistado e número de pessoas residentes no domicílio. Os questionários foram aplicados ao responsável pelo domicílio, requisito da EBIA.

O banco de dados foi organizado no Microsoft Office Excel 2007. Para a análise dos dados, utilizou-se o pacote estatístico do programa SPSS versão 18. O desfecho foi dicotomizado em segurança alimentar e insegurança alimentar (agrupamento de insegurança leve, moderada e grave).

As variáveis independentes foram categorizadas em: renda familiar, baseada no Salário Mínimo (SM) vigente (≤ 1 SM; $1 < e \leq 2$ SM; $2 < e \leq 3$ SM; > 3 SM); escolaridade (≤ 8 anos e > 8 anos); idade (adulto, até 59 anos incompletos, e idoso, acima de sessenta anos), sexo (masculino e feminino), cor (branca e não branca), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro) e número de moradores do domicílio (≤ 4 pessoas e > 4 pessoas).

As análises não ajustadas foram realizadas através do teste Qui-Quadrado para as variáveis categóricas e Teste T para as contínuas. Foi realizada regressão de Poisson para controle das variáveis de confusão, utilizando-se as variáveis que apresentaram associação significativa ($p < 0,20$) na análise bivariada. No modelo final, foram incluídas as variáveis associadas de forma independente, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 215 famílias. Não houve recusa por parte dos responsáveis pelo domicílio em participar da pesquisa. Porém, houve uma perda de 34 famílias, considerando a amostra calculada, em razão de alguns Agentes Comunitários estarem em licença saúde durante o período de coleta dos dados. A amostra perdida está dentro do percentual calculado para perdas.

A Tabela I apresenta a análise descritiva da amostra estudada. A maioria (67,9%) dos responsáveis pelo domicílio eram adultos, possuíam oito anos ou menos de estudo (68,4%), eram do sexo feminino (82,8%) e de cor autorreferida branca (80%). A maior

parte (33%) das famílias tinha renda familiar mensal menor do que um SM. Mais da metade (67,4%) dos entrevistados viviam com companheiro e grande parte (80%) dos domicílios possuía 4 moradores ou menos.

Tabela I. Descrição das características socioeconômicas das famílias cadastradas na USF, 2017

Variáveis	n	(%)
Renda familiar (em salários mínimos¹)		
n ≤ 1	71	33,0
1 < n ≤ 2	59	27,4
2 < n ≤ 3	41	19,1
n > 3	44	20,5
Escolaridade* (em anos de estudo)		
n ≤ 8	147	68,4
n > 8	68	31,6
Idade*		
Adulto	146	67,9
Idoso ²	69	32,1
Sexo*		
Masculino	37	17,2
Feminino	178	82,8
Cor^{*3}		
Negra ou Parda	43	20
Branca	172	80
Situação conjugal*		
Com companheiro	145	67,4
Sem companheiro	70	32,6
Número de moradores do domicílio		
n ≤ 4	172	80
n > 4	43	20

*Informações do responsável pelo domicílio

¹Salário mínimo=R\$937,00²Idoso=pessoa com 60 anos ou mais³Cor autodeclarada

Conforme demonstrado na Tabela II, encontrou-se uma prevalência de 48,4% de insegurança alimentar nos domicílios estudados, sendo que 33,5% (n=72) das famílias encontravam-se em insegurança leve, 9,8% (n=21) em moderada e 5,1% (n=11) em grave.

Tabela II. Prevalência da Segurança/Insegurança Alimentar das famílias cadastradas a uma Unidade de Saúde da Família, 2017

Classificação	n	%
Segurança Alimentar	111	51.6
Insegurança Alimentar Leve	72	33.5
Insegurança Alimentar Moderada	21	9.8
Insegurança Alimentar Grave	11	5.1

A Tabela III demonstra a associação entre as variáveis socioeconômicas e o desfecho. Verificou-se que a prevalência de IA diminuía linearmente à medida que aumentavam os valores de renda. Ou seja, quanto maior a renda referida, menor foi a prevalência de insegurança alimentar nos domicílios. Constatou-se, ainda, maiores prevalências de IA entre os domicílios que tinham como responsáveis mulheres (52,2%), indivíduos com menos de oito anos de estudo (55,8%) e de cor não branca (67,4%). As associações demonstradas foram significativas.

Tabela III. Associação entre variáveis socioeconômicas e Segurança/Insegurança Alimentar nas famílias cadastradas a uma Unidade de Saúde da Família, 2017

Variáveis	n (%)	Segurança Alimentar n (%)	Insegurança Alimentar n (%)	p
Renda familiar (em salários mínimos¹)				
n ≤ 1	71 (33,0)	20 (28,2)	51 (71,8)	
1 < n ≤ 2	59 (27,4)	32 (54,2)	27 (45,8)	0,00
2 < n ≤ 3	41 (19,1)	23 (56,1)	18 (43,9)	0,01
n > 3	44 (20,5)	36 (81,8)	8 (18,2)	0,00

Escolaridade* (em anos de estudo)				
n ≤ 8	147 (68,4)	65 (44,2)	82 (55,8)	
n >8	68 (31,6)	46 (67,6)	22 (32,4)	0,00
Idade*				
Adulto	146 (67,9)	73 (50,0)	73 (50,0)	
Idoso ²	69 (32,1)	38 (55,9)	30 (44,1)	0,43
Sexo*				
Masculino	37 (17,2)	26 (70,3)	11 (29,7)	
Feminino	178 (82,8)	85 (47,8)	93 (52,2)	0,03
Cor³				
Negra ou Parda	43 (20)	14 (32,6)	29 (67,4)	
Branca	172 (80)	97 (56,4)	75 (43,6)	0,00
Situação conjugal*				
Com companheiro	145 (67,4)	74 (51,0)	71 (49,0)	
Sem companheiro	70 (32,6)	37 (52,9)	33 (47,1)	0,80
Número de moradores do domicílio				
n ≤ 4	172 (80)	94 (54,7)	78 (45,3)	
n >4	43 (20)	17 (39,5)	26 (60,5)	0,05

*Informações do responsável pelo domicílio

¹Salário mínimo=R\$937,00²Idoso=pessoa com 60 anos ou mais³Cor autodeclarada

Quanto ao consumo alimentar, foi verificado que 43,7% dos respondentes têm o hábito de realizar as refeições assistindo TV, utilizando o computador ou celular. Um percentual menor (34,4%) realiza, pelo menos, três refeições ao dia. Uma grande parcela consome feijão (60%), fruta (72,1%) e verduras e legumes (79,1%). Mais da metade (51,6%) consome bebidas adoçadas. No que diz respeito ao consumo de alimentos processados, constatou-se prevalências de 34,4% para hambúrguer e/ou embutidos,

15,8% para macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoito salgado e 34% para biscoito recheado, doces ou guloseimas.

Com relação à associação entre o consumo alimentar do entrevistado e a insegurança alimentar, os valores foram significativos para consumo de legumes e verduras, ou seja, 75,6% das famílias que relataram não comer alimentos desse grupo encontravam-se em situação de IA. Similarmente, mais da metade das famílias que não relataram consumo de frutas estava em IA. As demais associações apresentadas não apresentaram significância estatística (Tabela IV).

Tabela 4. Associação entre Segurança/Insegurança Alimentar com o padrão alimentar das famílias cadastradas a uma Unidade de Saúde da Família, 2017

Variáveis	n	Segurança Alimentar n (%)	Insegurança Alimentar n (%)	p
Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão				
SIM	94	48 (51,1)	46 (48,9)	0,88
NÃO	121	63 (52,1)	58 (47,9)	
Hábito de realizar no mínimo três refeições				
SIM	190	100 (52,6)	90 (47,4)	0,38
NÃO	25	11 (44,0)	14 (56,0)	
Consumo de feijão				
SIM	129	67 (51,9)	62 (48,1)	0,91
NÃO	86	44 (51,2)	42 (48,8)	
Consumo de fruta				
SIM	155	86 (55,5)	69 (44,5)	0,05
NÃO	60	25 (41,7)	35 (58,3)	
Consumo de verduras e legumes				
SIM	170	100 (58,8)	70 (41,2)	0,00
NÃO	45	11 (24,4)	34 (75,6)	
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos				
SIM	74	42 (56,8)	32 (43,2)	0,28
NÃO	141	69 (48,9)	72 (51,1)	
Consumo de bebidas adoçadas				
SIM	111	52 (46,8)	59 (53,2)	0,15
NÃO	104	59 (56,7)	45 (43,3)	
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados				
SIM	34	15 (44,1)	19 (55,9)	0,311
NÃO	181	96 (53,0)	85 (47,0)	
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas				
SIM	73	35 (47,9)	38 (52,1)	0,431
NÃO	142	76 (53,5)	66 (46,5)	

No modelo final (Tabela V), verificou-se que renda, cor do responsável pelo domicílio, número de moradores e consumo de verduras e legumes apresentam associação significativa com o nível de Insegurança Alimentar.

Tabela V. Análise ajustada entre Insegurança Alimentar e fatores socioeconômicos e de alimentação do responsável pelo domicílio em uma Unidade de Saúde da Família, 2017

Variáveis	n (%)	Segurança Alimentar n (%)	Insegurança Alimentar n (%)	p
Renda Familiar (em salários mínimos ¹)				
n ≤ 1	71 (33,0)	20 (28,2)	51 (71,8)	0,03
1 <n ≤ 2	59 (27,4)	32 (54,2)	27 (45,8)	
2 <n ≤ 3	41 (19,1)	23 (56,1)	18 (43,9)	0,05
n >3	44 (20,5)	36 (81,8)	8 (18,2)	0,00
Sexo*				
Masculino	37 (17,2)	26 (70,3)	11 (29,7)	0,10
Feminino	178 (82,8)	85 (47,8)	93 (52,2)	
Cor*				
Negra ou Parda	43 (20)	14 (32,6)	29 (67,4)	0,01
Branca	172 (80)	97 (56,4)	75 (43,6)	
Número de moradores do domicílio				
n ≤ 4	172 (80)	94 (54,7)	78 (45,3)	0,01
n >4	43 (20)	17 (39,5)	26 (60,5)	
Consumo de frutas				
SIM	155	86 (55,5)	69 (44,5)	0,83
NÃO	60	25 (41,7)	35 (58,3)	
Consumo de verduras e legumes				
SIM	170	100 (58,8)	70 (41,2)	0,00
NÃO	45	11 (24,4)	34 (75,6)	
Consumo de bebidas adoçadas				
SIM	111	52 (46,8)	59 (53,2)	0,27
NÃO	104	59 (56,7)	45 (43,3)	

¹Salário mínimo=R\$937,00

*Informações do responsável pelo domicílio

DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, verificou-se uma alta prevalência de Insegurança Alimentar na população do território. Ainda, foi possível observar associação significativa entre insegurança alimentar e cor, renda, número de moradores do domicílio e consumo de verduras e legumes.

Os resultados encontrados evidenciaram uma taxa de insegurança alimentar superior àquela encontrada para o Brasil (22,6%) e para o Rio Grande do Sul (19,2%), na PNAD – 2013. No que diz respeito à intensidade, observou-se que as prevalências de insegurança alimentar do presente estudo também foram maiores nos níveis leve, moderado e grave, quando comparadas aos dados brasileiros da PNAD – 2013 (14,8%, 4,6% e 3,2%, respectivamente) (IBGE, 2014). Esse achado pode ser atribuído à alta vulnerabilidade econômica e social do território pesquisado. Além disso, é necessário levar em consideração o panorama de crise econômica do período em que a pesquisa foi realizada.

Os achados da pesquisa corroboram a literatura, no que diz respeito à relação entre insegurança alimentar e renda, variável de maior poder preditivo para ocorrência do

desfecho estudado. As famílias que possuem uma menor renda per capita estão entre aquelas com maiores proporções de insegurança alimentar, devido à maior dificuldade acesso aos alimentos (PANIGASSI *et al.*, 2008) (PANIGASSI *et al.*, 2008). Outros estudos constataram famílias com renda abaixo de um salário-mínimo, chefiadas por mulheres, com cor da pele materna preta e parda/mestiça, menor escolaridade materna e menor renda familiar per capita, apresentando maior prevalência de insegurança alimentar moderada e grave (SABÓIA e SANTOS, 2015; FACHINII *et al.*, 2014).

No presente estudo, domicílios com até 4 moradores possuíram uma prevalência de Insegurança Alimentar maior em comparação a domicílios com menos de 4 pessoas. Estudo realizado em uma área de abrangência do Núcleo de Estratégia de Saúde da Família no estado de Goiás mostrou que os domicílios que apresentavam cinco ou mais moradores encontravam-se em situação de maior insegurança alimentar (PEIXOTO *et al.*, 2014).

Uma revisão sistemática obteve resultados semelhantes ao desta pesquisa, constatando que os indicadores sociais que estão associados à insegurança alimentar são: renda, menor escolaridade do responsável pelo domicílio, menor escolaridade materna, maior número de moradores no domicílio e cor autorreferida do informado parda ou preta (MORAIS *et al.*, 2014).

Os resultados de associação da insegurança alimentar e consumo alimentar reforça os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares - 2008/2009, que referiu uma associação positiva entre o consumo de frutas e verduras e maior renda (IBGE, 2011). A pesquisa da Vigitel considera o consumo de frutas e hortaliças como um marcador padrão de alimentação saudável, considerando regular um consumo de cinco ou mais dias da semana. A pesquisa realizada em 2016 constatou uma frequência de consumo regular de frutas e hortaliças de 35,2%, sendo menor em homens (28,8%) do que em mulheres (40,7%). O consumo regular de frutas e hortaliças tendeu a aumentar com a idade e com a escolaridade (BRASIL, 2015).

Outros estudos realizados em diferentes estados do Brasil revelaram a associação entre a insegurança alimentar e a redução do consumo de hortifrutis, indicando que a IA influencia negativamente nas quantidades de frutas e hortaliças consumidas diariamente (MARTINS *et al.*, 2015), com tendência decrescente de consumo à medida que se agrava a IA [19]. Além disso, foram levantados outros fatores socioeconômicos que interferem no consumo de frutas e hortaliças, sendo maior com o aumento da idade, escolaridade e renda e no sexo feminino (COELHO e GUBERT, 2015).

Vários são os fatores que influenciam as escolhas alimentares. Defantes e Nascimento obtiveram, em seu estudo, que o preço é o atributo mais importante para a população de renda mais baixa, seguido de saúde, sabor e tempo. A população desse estudo mostrou entender que a saúde é um elemento importante na escolha dos alimentos, porém a questão financeira acaba interferindo na escolha inadequada dos alimentos (DEFANTE e NASCIMENTO, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa mostraram que existe uma proporção grande de pessoas com algum nível de insegurança alimentar no território, reforçando a alta vulnerabilidade da população local. Verificou-se, ainda, que a insegurança alimentar está relacionada à cor do responsável pelo domicílio, à renda e ao número de residentes. Por fim, constatou-se que a qualidade da alimentação é influenciada negativamente pela IA, resultando, principalmente, em um menor consumo de alimentos como legumes e verduras.

Apesar da importância da Segurança Alimentar na garantia do Direito à Alimentação Adequada e dos impactos que causa na qualidade da alimentação dos Brasileiros, ainda são poucos os estudos, principalmente a nível domiciliar, que associam Segurança Alimentar e Nutricional com aspectos qualitativos da alimentação, o que torna necessário o incentivo a tais iniciativas.

É necessária, também, a articulação com diversos setores e a formulação e discussão de estratégias, instrumentos e programas com o propósito de promover uma alimentação adequada e saudável para a população do município. O consumo alimentar saudável é um dos determinantes do estado nutricional e colabora como parte da VAN com o diagnóstico da situação alimentar e nutricional, fornecendo subsídios para o planejamento e a organização do cuidado da população adstrita aos serviços de Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da saúde; 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2014 *Saúde Suplementar*: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- COELHO S. E. A. C.; GUBERT M. B. Insegurança alimentar e sua associação com consumo de alimentos regionais brasileiros. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.28, n.5, p.555-567. 2015
- DEFANTE L. R.; NASCIMENTO L. D. O. Comportamento de consumo de alimentos de famílias de baixa renda de pequenas cidades brasileiras: o caso de Mato Grosso do Sul. *Campo Grande*, v.16, n.2, p.265-276. 2015.
- FACHINII L. A.; NUNES B. P.; MOTTA J. V. S.; TOMASI E, SILVA S. M.; THUMÉ E. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad. Saúde Pública*, v.30, n.1, p.161-174. 2014.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010: Resultados Preliminares do Universo Conceitos e Definições – Tabelas Adicionais* Rio de Janeiro 2011. Rio de Janeiro; 2011.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro; 2013.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. Rio de Janeiro; 2011.
- KEPPLE A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.1, p.187–199, 2011.
- KEPPLE A. *Relatório do produto 01*: documento técnico contendo análise reflexiva sobre o conjunto dos principais resultados dos estudos realizados pela SAGI a respeito dos programas de Segurança Alimentar e Nutricional - PAA e cisternas. Brasília, 2010.
- MARTINS C. A.; AIRES J. S.; DANTAS K. B.; SABINO L. M. M.; ALVES M. D. S.; XIMENES L. B. Consumo Alimentar de famílias de pré-escolares em situação de (in)segurança alimentar. *Ciencia y Enfermería*, v. 21, n.3, p. 63-71, 2015.
- MAZIERO C. C. S. *Consumo de frutas e hortaliças em adultos no município de São Paulo*: A influência dos locais de aquisição e consumo de alimentos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
- MORAIS D. C.; DUTRA L. V.; FRANCESCHINI S. C. C.; PRIORE S. E. Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.19, n.5, p.1475-1488. 2014.
- PANIGASSI G, SEGALL-CORRÊA A. M.; LETÍCIA M. L.; PÉREZ-ESCAMILLA R.; SAMPAIO, M. F. A.; MARANHA L. K. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n.10, p.2376-2384, 2008.
- PANIGASSI G; SEGALL-CORRÊA A. M; MARIN-LEÓN L, PÉREZ-ESCAMILLA R; MARANHA L. K; SAMPAIO M. F. A. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.21, p.135s-144. 2008.
- PEIXOTO M. R. G.; RAMOS K, MARTINS K. A.; SCHINCAGLIA R. M.; BRAUDES-SILVA L. A. Insegurança alimentar na área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Itumbiara, Goiás. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.23, n.2, p.327-336. 2014.
- PRADO S. D.; GUGELMI S. A.; MATTOS R. A.; SILVA J. K.; OLIVARES P. S. G. A pesquisa sobre segurança alimentar e nutricional no Brasil de 2000 a 2005: tendências e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 7-18, 2010.
- SABÓIA R. C. B; SANTOS M. M. Prevalência de insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.24, n.3, p.749-758, 2015.

SILVA, V. A.; ANDRADE, L. H. C. Etinobotânica Xucuru: espécies místicas. *Biotemas*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 45-57, 2002.

A MEDITAÇÃO NA PROMOÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO

Pâmela Luiza Rezer de Freitas
Renata Pekelman
Ana Lúcia Valdez Poletto

INTRODUÇÃO

Este estudo relata a experiência dos facilitadores de um Grupo de Meditação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do município de Porto Alegre. Conforme Portaria 849, de 27 de março de 2017, a meditação busca contribuir com a harmonização do indivíduo pela atenção ao seu fluxo mental. Os benefícios abarcam as dimensões física, emocional e social do praticante, por meio do autoconhecimento e do fortalecimento da autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, o relaxamento e a redução do estresse e dos sintomas depressivos (BRASIL, 2017).

TESSER E SOUZA (2017) expõem a denominação Medicina Tradicional e Complementar (MTC), utilizada pela OMS, como: “um conjunto heterogêneo de práticas, saberes e produtos agrupados por não pertencerem ao escopo da medicina convencional” (TESSER E SOUZA, 2017, p. 2). A MTC, conforme LUZ (2005), constitui-se como uma racionalidade médica, sendo assim definida por esta autora:

Toda racionalidade médica supõe um sistema complexo, simbólica e empiricamente estruturado de cinco dimensões: uma morfologia humana (na medicina ocidental definido como anatomia); uma dinâmica vital (entre nós definida como fisiologia); uma doutrina médica; um sistema de diagnose; e um sistema de intervenção terapêutica. Com o desenrolar da pesquisa, descobriu-se uma sexta dimensão, que embasa as anteriores, e que pode ser designada como cosmologia. (LUZ, 2005, p. 175)

As Práticas Integrativas preconizam a escuta acolhedora, a criação de vínculos e a conexão do ser humano com seu ambiente. Buscam a integração do indivíduo com seu corpo físico e seus aspectos subjetivos (BRASIL, 2015). São consideradas recursos mais simples, acessíveis e que trazem maiores benefícios por custos menores (KOSAZA, 2006). Podem encontrar espaços nas práticas de saúde dos profissionais da Atenção Básica porque esta prevê: cuidado integral, integração da assistência, autonomia, prevenção e resolução de fatores voltados à saúde para a melhoria da qualidade de vida dos usuários em equipe multidisciplinar. As relações entre usuários e profissionais passam a ser mais horizontais, com a população sendo coparticipante no processo de produção de cuidado e gestão de saúde (MARQUES E OLIVEIRA, 2015; BRASIL, 2012).

A implementação das práticas obedece a objetivos políticos, técnicos, econômicos e sociais, está em consonância com outras Políticas de Atenção à Saúde: como a Política Nacional de Humanização (2003), a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (2013). Ainda, como proposta de implementação, Estados e Municípios devem instituir suas próprias normativas em relação às PICS, no intuito de possibilitar a oferta de diferentes práticas que atendam às necessidades regionais (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) trouxe avanços no âmbito do acesso e da qualificação da informação sobre uso das PICS: no ano de 2017, 8.200 Unidades Básicas de Saúde ofertaram alguma das PICS preconizadas na PNPIC. Essa oferta está distribuída em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total, estando presente em todas as capitais por iniciativa das gestões locais (BRASIL, 2018).

Este estudo foi relevante para conhecer a construção do Grupo de Meditação no âmbito da Atenção Primária em uma UBS. Teve como eixos de investigação: conhecer o percurso de implantação e desenvolvimento do Grupo de Meditação; identificar desafios de implementação dessa prática integrativa na Atenção Primária e potencialidades para o cuidado integral em saúde, além de entender a metodologia do Grupo e conhecer as motivações dos trabalhadores responsáveis pela proposta.

METODOLOGIA

Foi um estudo de natureza qualitativa, que se propõe a estudar pessoas em seus ambientes de vida, além de problematizar fenômenos sociais; também, emprega diferentes instrumentos (POPE E MAYS, 2009). Foram feitas entrevistas individuais, com duração média de uma hora com cada sujeito da pesquisa, norteadas por um roteiro semi-estruturado, que é flexível. As entrevistas foram realizadas na Unidade de Saúde em horário combinado com cada entrevistado, a fim de evitar prejuízos nas atividades de assistência do serviço.

O critério de inclusão foi ser profissional contratado, facilitador e participar da história do grupo a partir de sua formação. Os participantes assinaram o TCLE e, para preservar as suas identidades, tiveram nomes fictícios. O projeto foi aprovado no CEP/GHC sob o nº 17.308.

Para a análise dos dados, foi realizada a análise de conteúdo proposta por BARDIN (2010, APUD URQUIZA E MARQUES, 2016), cujo artigo propôs-se a sintetizar teórica e empiricamente essa metodologia de análise de informações.

Foi realizada uma análise prévia do material por meio de uma leitura exaustiva. Em seguida, o material foi explorado e codificado, quando foi feita a definição das categorias segundo objetivos deste artigo. Foram propostas quatro categorias: 1) “Trajetória de Implantação do Grupo de Meditação na UBS”; 2) “Construção dos Encontros: Descobrimos um fazer”; 3) “Desafios do Grupo de Meditação” e 4) “Contribuições da Meditação para o Cuidado Integral à Saúde”.

A UBS do estudo é um local de ensino-serviço que recebe profissionais do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC), além de estagiários de graduação da medicina. A equipe é composta por, mais ou menos, 50 trabalhadores e residentes. A instituição funciona desde 1992, possui residentes da medicina desde 1995 e da residência multiprofissional desde 2004. O Grupo de Meditação completou quatro anos em 2018, é coordenado e desenvolvido por dois profissionais da área de enfermagem e um profissional médico. Conta com o apoio e a contribuição dos residentes do PRMMFC e PRMSFC.

A população adscrita à UBS é de 8.490 pessoas. O perfil demográfico do território é formado principalmente por adultos e idosos, com baixa taxa de natalidade. Há um aumento progressivo da população com idades entre 20 a 24 anos, e seu pico populacional está na faixa dos 50-54 anos de idade. A maior parte da população adulta é economicamente ativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Grupo de Meditação é aberto à comunidade, sem critérios para participação, como idade ou sexo, e possui, em média, 10 usuários por encontro. Os usuários são convidados a participar pelos profissionais que os atendem, por membros do grupo ou chegam espontaneamente por ter ouvido falar. Não é estabelecido um número de encontros definidos para os usuários, nem é necessária inscrição prévia para participar do grupo. Os encontros ocorrem semanalmente, durante uma hora, na Associação dos Moradores do Bairro (cujo terreno é compartilhado pela UBS), também podem ocorrer em outros locais (por exemplo, praças). São registrados em ata, com breve descrição do encontro. As atividades são planejadas pelos facilitadores previamente.

É espaço, também, para os profissionais e residentes da UBS que quiserem participar como praticantes ou facilitadores. O grupo é aberto a receber convidados, dependendo da atividade a ser realizada.

É organizado em três momentos, em que, inicialmente, ocorre uma prática meditativa de 10 minutos no máximo, seguida de um espaço de reflexão de como cada usuário vivenciou a prática inicial.

Depois, no terceiro momento, é abordado um tema escolhido previamente pelo grupo: por meio de uma discussão, dinâmica com convidados, prática meditativa ou exercício com outra PIC que tenha relação com tema escolhido. A proposta das temáticas ocorreu a partir de 2017, por escolha dos usuários, e contempla: atenção, amor próprio, autoconhecimento, paz interior, resiliência, etc.

“Trajetória de Implantação do Grupo de Meditação na UBS”

A primeira categoria narra a história do Grupo de Meditação como estratégia de cuidado em saúde, incluindo a sua formação, implantação na UBS, objetivos e fatores associados à sua continuidade, como a motivação dos usuários e dos profissionais. Também se explorou a participação dos residentes do PRMMFC e PRMSFC no grupo, visto que é uma atividade coletiva potente de educação em saúde para profissionais.

A partir de um planejamento da gestão do trabalho na UBS, surgiu como demanda promover iniciativas voltadas à saúde do trabalhador, com a criação de um grupo de trabalho “cuidando de quem cuida”, entre os anos 2012 e 2013. Esse grupo ofereceu uma oficina de meditação aos profissionais, com participação livre. A escolha pela meditação deu-se porque um dos facilitadores dessa oficina já tinha experiência pessoal com a técnica. Os profissionais que vivenciaram e beneficiaram-se com a prática meditativa sugeriram expandir a atividade coletiva para a população, enquanto uma estratégia de cuidado em saúde.

Lótus: (...) foi uma coisa meio por acaso, então a gente tava passando por um momento de organização da gestão da unidade e se estava escolhendo os grupos de trabalho da gestão e algumas pessoas quiseram montar um grupo (...) que se chamaria 'cuidando de quem cuida'. (...) E as pessoas faziam a meditação e ficavam se sentindo bem e pensavam 'porque não oferecer uma proposta mais ampliada'. Então a gente sempre gosta de dizer que o objetivo do grupo e para além dos usuários também ter um espaço para os trabalhadores. Manu: (...) Como os trabalhadores já estavam envolvidos com isso e sabendo dos objetivos do grupo, a adesão do grupo foi boa e os trabalhadores também ajudaram bastante a divulgar.

Os trabalhadores que têm conhecimento em PICS, ao serem reconhecidos e valorizados em seus fazeres, a partir do diálogo com sua equipe de trabalho, podem ser importantes sensibilizadores e formadores de seus colegas nas instituições onde estão inseridos (SANTOS E TESSER, 2012).

Desse modo, a implantação do Grupo de Meditação na UBS foi possível por diversos fatores, são eles: a trajetória individual dos trabalhadores envolvidos com a técnica, a demanda da equipe por espaços de cuidado para o trabalhador e por já existir a oferta de Reiki como prática integrativa e complementar na UBS, com apoio e adesão da comunidade:

Shanti: os pacientes eram bem receptivos à agenda de reiki. (...) Aí a gente fez o convite para eles e resolveu ver um grupo de meditação, eles aceitaram.

Em setembro de 2014, ocorreu o primeiro encontro do Grupo de Meditação, que agregou trabalhadores, residentes e população. O surgimento do grupo deu-se um pouco antes do período popularização das práticas meditativas na mídia, nos anos de 2015 e 2016.

De acordo com Santos e Tesser (2012), para que implementação de uma PIC seja efetivada, é preciso que haja um reconhecimento da comunidade local e dos gestores dos serviços dessa prática. Neste estudo, houve uma oferta permanente e contínua do Grupo de Meditação, pela legitimidade por parte da equipe, com encaminhamentos dos diversos profissionais que atuam na UBS, associados à cultura local. Para os autores, a comunicação entre os facilitadores do Grupo e a equipe e vice-versa, sobre a situação de saúde do usuário, é um fator importante para a validação dessa prática para o cuidado em saúde. Conforme percebemos no trecho:

Lótus: (...) a gente vê muita valorização dessa prática deste grupo na equipe (...) médicos encaminham inclusive dando por escrito (...) o enfermeiro (...) o dentista (...). Os agentes de saúde (...) são potentes divulgadores do grupo na comunidade então, a gente percebe o quanto a equipe valoriza, encaminha, encaminha casos adequadamente.

Shanti: (...) a equipe é legal porque os médicos têm uma parceria boa com a gente. Essa parceria é muito necessária.

Quanto à motivação da população, foi apontado por dois facilitadores que as pessoas também buscam o grupo movidas por curiosidade. Ao permanecer no grupo, os usuários começam a perceber e relatar para os profissionais que os atendem, e mesmo dentro do Grupo, os benefícios obtidos com a prática meditativa no seu dia a dia.

A motivação dos facilitadores envolve a percepção destes em relação aos benefícios para a saúde dos usuários, as relações positivas estabelecidas, o que dá um maior significado ao trabalho realizado.

Essa satisfação no trabalho tem impactos em outras áreas da vida do profissional: relação consigo e com os outros, saúde física, saúde mental e qualidade de vida. Também, está relacionada às expectativas do profissional e aos sentimentos oriundos da função que exerce (MARQUES E OLIVEIRA, 2015).

Shanti: A gente não tem idéia da importância que a gente tem pra eles. E que faz muita diferença quando a gente vê um retorno ou um gesto.

Lótus: eu acho que eu comecei a adquirir a prática mais formal na minha vida a partir do grupo, né, eu sou muito grata a isso sim, eu acho que eu cresci muito profissionalmente, espiritualmente como pessoa.

Nas entrevistas, percebeu-se, nas falas dos entrevistados, que o objetivo dos encontros é de estimular os usuários ao autocuidado, por meio da prática de meditação conjunta.

Shanti: (...) trazer as pessoas um pouco mais para visão dela mesma. do que ela quer, das escolhas que ela pode fazer, do benefício que ela pode trazer quando foca no momento presente.

Lótus: (...) entramos para meditar juntos.

Manu: (...) o grupo fornece bastante ferramenta para o usuário lidar com situações de estresse, com situações de atenção.

O funcionamento do grupo facilita a autogestão coletiva, promove o empoderamento do usuário e sua participação ativa no processo grupal, como, por exemplo, a sugestão de temas a serem trabalhados e articulação com outras pessoas que tenham experiências em práticas integrativas para compartilhem no grupo.

Lótus: (...)a gente instrumentalizar as pessoas para que o grupo possa acontecer sem a gente. Usando nosso espaço, tendo organização. (...) Eu sei que teve alguns momentos que isso aconteceu e que as pessoas ficaram superfelizes, se sentiram participantes, né, responsáveis pelo processo (...)

Com relação à manutenção do grupo até o presente, a flexibilidade e abertura para a participação dos usuários é um aspecto que revela o caráter dinâmico do funcionamento coletivo, foi apontado como um diferencial para a continuidade deste. Existe uma disposição dos facilitadores para respeitar o tempo que cada usuário consegue ou deseja participar do grupo, de modo que alguns estão desde o início, outros permanecem durante algum tempo e outros voltam, conforme desejo e necessidade.

Manu: A gente vê sempre uma constância, esse número normalmente não passa de 20 e existe uma circulação de pessoas pelo público, tem uns que vem 1 mês, daí volta o trabalho, ou daí tá de férias faz o grupo. Quando é possível volta, ou aquela flexibilidade que a gente da que pode chegar atrasado, pode chegar mais cedo também colabora né.

“Construção dos Encontros: Descobrimos um fazer”

A segunda categoria engloba os diferentes referenciais dos facilitadores em relação à meditação e à metodologia adotada por eles nos encontros com os usuários, que são, primordialmente, as práticas meditativas, associadas, ou não, com outras PICs. Elementos como organização dos encontros e aspectos relacionais foram trazidos pelos entrevistados como relevantes para a identidade do Grupo na UBS.

A meditação é descrita por MARTÍNEZ E PACHECO (2012) como um estado de consciência das ações no momento em que estão sendo realizadas, assim é uma prática que pode estar presente no cotidiano e nas diferentes atividades realizadas. O processo, o como se faz as coisas, é o mais importante (FÉIX E GIRARD, 2016). Os entrevistados trouxeram a preocupação de utilizar, no Grupo, práticas meditativas que possam ser inseridas na rotina dos praticantes para a promoção de autocuidado.

Lótus: a gente valoriza com estes usuários que vem é que sejam praticas informais e formais, mas sem um rigor metodológico muito grande onde a gente possa incorporar na rotina.

Os trabalhadores fizeram uma composição de elementos de suas diversas experiências e referenciais, como, por exemplo, o zen budismo (disciplina), mantras e atenção plena (mindfulness), para a criação de uma metodologia própria, que foi sendo aprimorada com o passar do tempo.

Manu: (...) tirando a parte religiosa, e pegando só como técnica, ou a técnica do mindfulness que a gente traz mais apenas o lado meditativo e sem os oito encontros obrigatórios.

O grupo é organizado em círculo, os encontros e a presença dos usuários são registrados em ata. Houve a confecção de um livreto por um participante e há registros fotográficos de passeios e confraternizações.

A importância atribuída pelos trabalhadores acerca da dimensão relacional estabelecida com os usuários foi destacada, por exemplo, quando uma participante comemorou o seu aniversário no grupo e pela visita domiciliar realizada à outra idosa. Os laços entre os usuários e os facilitadores foram estreitando-se com o decorrer do tempo, conforme segue:

Lótus: Nos primeiros anos eram grupos muito formais (...) a gente quase não interagia um com o outro. E agora (...) muitas pessoas se beijam quando chegam, se abraçam (...) não só conosco, mas entre si.

A confraternização anual é um momento de celebrar o ano que findou e marcar o processo de continuidade do Grupo durante os meses de janeiro e fevereiro, quando alguns participantes e trabalhadores geralmente estão de férias. É realizado um encontro festivo onde os facilitadores entregam objetos aos usuários, que estimulam os seus sentidos como, por exemplo, um CD para meditação, aromatizador e as camisetas com frases alusivas à prática de atenção plena. Em 2017, um participante registrou os temas abordados nos encontros do ano, que foram compilados em um livreto entregue a todos no encerramento.

O grupo tem uma aproximação com a espiritualidade e propõe-se a acolher os usuários de diferentes crenças religiosas, utilizam-se diferentes práticas integrativas que compõem as experiências dos entrevistados, dos participantes e das pessoas convidadas.

Shanti: O grupo não tem um fundo religioso. (...) nós temos pacientes de todas as religiões. (...) tem várias práticas, vários convidados (...) com aromaterapia, cromoterapia. (...) tai chi chuan, hojonojono. (...) e depois a gente é resolveu, o ano passado por escolha deles (...) trabalhar com temas (...) A gente traz várias formas de meditar, às vezes algumas é formal, como escaneamento, com a respiração, ou apenas com conscientização, foco no momento presente, que é o silêncio total. Como a gente tem caminhando, comendo, mexendo em argila, pintando (...) a gente trabalha com o momento presente.

“Desafios do Grupo de Meditação”

A terceira categoria ilustra os desafios elencados pelos facilitadores do Grupo de Meditação para a continuidade deste na UBS. Um dos principais desafios está relacionado à gestão do processo de trabalho cotidiano prioritário na assistência, pois os responsáveis pelo Grupo precisam contar com o suporte da equipe para a sua participação na atividade. Esses são fatores mencionados por MARQUES E OLIVEIRA (2015) como aspectos organizativos que, se mal ordenados, podem ser barreiras à prestação de uma assistência integral aos usuários.

Shanti: O grupo não para em férias. (...) Então a gente tem essa dificuldade de manter o grupo sempre com todos nós. É sempre um correrio.
Lótus: Mas a resistência que se forma é talvez pelo nosso processo, pela rotina como está organizada, da correria do dia a dia e aí a gente não conseguir estar os três juntos como gostaria (...). Uma pena o planejamento a gente não consegue fazer os três juntos né, ou o residente que está junto (...).
Manu: Eu tenho uma dificuldade também com as substituições dos colegas de trabalho. Volta e meia eu preciso substituir algum e não consigo participar.

Os facilitadores do Grupo de Meditação realizam uma busca por vivenciar a prática meditativa, o estudo dos temas e, a partir do cotidiano de trabalho, experimentam o repensar a sua atuação no grupo, movidos por suas indagações e o desejo de um constante aprimoramento que a prática exige.

Todos esses aspectos convergem para a noção de educação permanente, que pode ser entendida como uma estratégia política de formação contínua, que visa à melhoria da gestão, assistência e humanização da saúde coletiva, ao maior diálogo com os saberes populares e à atenção das necessidades de saúde da população (COSTA NETO, 2000).

Lótus: desafios, eu acho que eles são assim constantes, no começo o nosso desafio era poder se experienciar numa prática que era nova pra gente também.

Um entrevistado trouxe que é importante realizar trocas de experiências com outros serviços e profissionais das UBS do Serviço de Saúde Comunitária do GHC e espaços acadêmicos sobre o trabalho realizado no Grupo. A meditação tem o potencial de promover o cuidado, considerando as dimensões psicológicas, espirituais, físicas e sociais do ser humano. Contribui com a atenção em saúde mais humanizada, singular e com o suporte ao indivíduo em suas relações consigo, com as pessoas e com a natureza, além de propiciar sua maior autonomia e autocuidado.

No Grupo de Meditação, a religiosidade, espiritualidade e meditação, apesar de seus pontos de convergência, são conceitos que devem ser entendidos pelos facilitadores e trabalhados no âmbito da saúde coletiva, isto é, para fins terapêuticos. Existem religiões que utilizam a meditação como instrumento para aprofundamento da espiritualidade, dependendo de sua cultura e tradição (KOSAZA, 2006).

*Lótus: (...)Eu acho que tem o desafio constante para gente que é poder enquanto grupo coordenador entender e trabalhar no grupo conosco as diferenças entre religiosidade e espiritualidade e meditação.
(...)Manu: Algumas pessoas tem um certo medo ou rechaço do grupo por achar que tem questões religiosas envolvidas.*

Por outro lado, as práticas meditativas possibilitam a inclusão de elementos como orações e mantras, que podem auxiliar o praticante a aprofundar a sua espiritualidade, entendida como a conexão consigo mesmo.

Lótus: (...) oração como uma forma de meditação (...) uso de mantras, ou por exemplo, o uso de japamala, que vem dessas religiões orientais, ou uso de um rosário que é mais no catolicismo, por exemplo, como é uma forma de meditação. (...) Tem muita ligação espiritualidade, daí não religiosidade. A gente entende que religião daí vai ter a ver com alguma crença formal religiosa, mas espiritualidade sem dúvida tem a ver com meditação.

Contribuições da Meditação para o Cuidado Integral à Saúde

Nesta categoria, foram agrupadas as falas que evidenciassem as contribuições da meditação para o cuidado ampliado em saúde na Atenção Primária. Há uma complexa rede de cuidados para auxiliar no manejo das demandas de saúde mais frequentes para a população adscrita, segundo critérios epidemiológicos que constituem o perfil de necessidades e potencialidades do território (BRASIL, 2012). Existe, ademais “o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (BRASIL, 2012, p. 19). As PICs podem coexistir com o aparato tecnológico da medicina convencional e podem gerar formas híbridas de ações em saúde (HEBERLÊ, 2013).

Manu: (...) então é só uma opção de complementação de um atendimento, de alguma coisa que possa significar algo para a pessoa que está fazendo.

Entre os benefícios das práticas integrativas apontados por KOZASA (2006), estão a redução de custos, a possibilidade de ser aplicada em grupos e os resultados positivos no tratamento complementar de vários transtornos. Esses benefícios são importantes quando se considera o perfil da população atendida na UBS do estudo, que é composta por idosos e que, geralmente, possuem doenças crônicas.

Os benefícios da meditação apontados pela literatura variam conforme a necessidade dos usuários e o perfil dos participantes dos grupos, dentre os quais, pode-se apontar: a melhora daqueles com doenças como depressão, episódios de enxaqueca e dores lombares. O praticante pode perceber-se mais conectado consigo, com diminuição das tensões e dores. Além disso, para outros usuários, houve impacto positivo na sua relação com os outros e consigo mesmo (Higuchi et al., 2011). Usuários com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, relataram melhor controle dessas condições e, em alguns casos, diminuição do uso de medicamentos (KOSAZA, 2006).

Lótus: (...) Tem idoso que vem, tem pessoas com dor crônica que usam a meditação como uma forma de alívio e controle da dor (...), da ansiedade, da insônia, (...) diminuindo a medicação para dormir ou abandonando (...) usuários que fazem acompanhamento que precisam de um emagrecimento, usuários que estão usando a meditação como uma forma de ter uma atenção plena no ato de se alimentar (...).

Pela prática da meditação, o usuário desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência, além de compreendê-los como fluxos mentais e não os julgar. Pode, ainda, desenvolver novos padrões de pensamentos com relação ao significado de suas experiências e dos outros. Esse processo o leva a modificar as suas crenças sobre si mesmo (HIGUCHI ET AL., 2011).

Manu: O que as pessoas mais falam é sobre a angústia interna que conseguem diminuir, conseguem em momentos de estresse tomar atitudes menos impulsivas, conseguem se julgar menos, e, em partes conseguem dormir melhor ou usar a meditação para dormir também. E com isso usar menos medicação para dormir (...) Tem um caso de uma pessoa que ouvia vozes, tinha alucinações auditivas e relata ter diminuído essas vozes. Outra que se preocupava bastante com o julgamento dos outros e passou a diminuir essa ansiedade com relação ao julgamento dos outros e ao seu próprio julgamento, é tipo isso.

HULSHEGER ET AL. (2013) apontam que a habilidade de estar em estado meditativo está ligada a fatores como personalidade e grau de engajamento na prática diária.

Lótus: (...) Então os benefícios são muito individuais, mas eu acredito que tenha a ver muito com a tua motivação, e o quanto tu incorporou na prática, quanto mais fizer, mais rápido vai ser esses benefícios (...).

Manu: Mas mesmo vindo uma vez por semana, eles referem muito benefício. Mesmo não conseguindo fazer em casa, aí quando vem aqui na quinta-feira às cinco da tarde, acham que saem bem e ficam por um bom tempo bem.

A meditação pode ser uma experiência compartilhada entre usuário e profissional de saúde, que propicie o cuidado em conjunto, por meio de uma relação dialógica com maior vinculação entre ambos, a partir do acolhimento e da escuta das necessidades do usuário, quando se dá o aprendizado conjunto (HEBÊRLE, 2013). Mesmo que o trabalhador não participe do grupo, existe um ganho quando se aposta na capacitação da equipe de saúde, a fim de propiciar uma atenção mais integral e que crie outras possibilidades de intervenção em saúde (SANTOS E TESSER, 2012).

Lótus: (...) Então eu acho que poder incorporar também na prática do trabalhador, não só do psicólogo, mas seja do médico, do enfermeiro, do dentista (...). então daqui a pouco eu não sou um trabalhador que estou no grupo mas eu sei como é que é a prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se que o Grupo surgiu a partir da experimentação da prática meditativa pelos trabalhadores da Unidade que apostaram na sua oferta para ampliar o cuidado ofertado à população. Assim, a implementação do Grupo também pode estar associada aos fatores culturais da UBS, pois houve um importante reconhecimento dos efeitos positivos da prática para a melhora da saúde da população pelos profissionais. Os desafios encontrados foram relacionados à gestão do processo de trabalho cotidiano na assistência e aspectos formativos dos trabalhadores.

Tanto os ganhos quanto os desafios estão relacionado à produção de espaços de cuidado integral, que requerem aprimoramento constante da equipe. É importante a disseminação da experiência do Grupo de Meditação em várias instituições, a fim de promover o diálogo entre as diferentes concepções e abordagens de saúde e de articulação do cuidado.

Como apontado no estudo, a meditação é uma prática que pode ser usada para complementar o cuidado que é ofertado à população na Atenção Primária, de forma a ampliar as ações de promoção e assistência integral à saúde, de forma humanizada e de acordo às necessidades de saúde da população. Pode proporcionar melhora das condições crônicas em situações mais frequentes nesse contexto. Tem papel importante na redução do estresse, da ansiedade, no alívio de dores crônicas e de insônia e na diminuição do uso de medicações. É uma prática acessível, de baixo custo, que favorece

as relações dialógicas entre usuários e trabalhadores da saúde e pode contribuir para promover a autonomia dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de Março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 27 mar. 2017.
- COSTA NETO, M. M. (Org.). *Caderno de Atenção básica: programa saúde da família*. Caderno 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- FEIX, L. F.; GIRARD, T. G. Mindfulness: Concepções Teóricas e Aplicações Clínicas. *Higia Revista de Ciências da Saúde do Oeste Baiano*, Barreiras, v. 1, n. 2, pp. 94-124, 2016.
- HEBERLE, M. O. *Um estudo das concepções dos profissionais de saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde*. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.
- HIGUCHI, T. E. et al. Avaliação qualitativa das práticas meditativas oferecidas no sistema público de saúde na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste (CRSCO) em São Paulo, Brasil. *Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 54, pp. 230-233, 2011.
- HÜLSHEGER, U. R. et al. Benefits of Mindfulness at Work: The Role of Mindfulness in Emotion Regulation, Emotional Exhaustion, and Job Satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, Washington, v. 98, n. 2, pp.310– 325, 2013.
- KOZASA, E. H. A prática de meditação aplicada ao contexto da Saúde. *Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n 10, pp. 63-66, 2006.
- LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, pp 145-176, 2005.
- MARQUES, A. A. D. V.; OLIVEIRA, R. W. Possíveis Contribuições da Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: interdisciplinaridade entre fazeres e saberes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, v. 6, n. 2, p. 39-58, 2015.
- MARTINEZ, E.; PACHECO, M. El incremento Del Mindfulness com elejercicio de la psicoterapia. *Acción Psicológica*, Madrid, v. 9, n. 2, pp 111-116, 2012.
- POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Artmed: Porto Alegre, 2009.
- SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção do acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, 2012.
- TESSER, C. D; SOUSA, I. M. C. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: Inserção no Sistema Único de Saúde e Integração com a Atenção Primária. *Caderno em Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, pp. 1-15, 2017.
- URQUIZA, M. A; MARQUES, D. B. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. *Revista Entretextos*, Londrina, v. 16 n. 1, p. 115-144, 2016.

FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA, PERIFÉRICA E MOBILIDADE DO PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Raquel Bortoluzzi Bertazzo
Gabriela Nascimento
Mariluce Anderle
Fabiana Chaise
Jaqueline Fink

INTRODUÇÃO

Com o crescente avanço tecnológico de suporte à vida, pacientes traqueostomizados e dependentes de VM, dentro das UTIs, têm se tornado uma realidade nas últimas décadas. Estima-se que 85% dos pacientes internados em UTI por mais de sete dias já possuam alterações, clinicamente significativas ou não, no sistema nervoso (JONGHE, *et al.* 2002). A maioria deles apresenta alterações características do paciente crítico, com inflamações sistêmicas, descontrole glicêmico, desnutrição, duração prolongada da VM e imobilidade prolongada ao leito (SILVA *et al.* 2010), resultando em déficit de força muscular, dificuldade no desmame do suporte ventilatório e óbito hospitalar.

O termo desmame da ventilação mecânica (VM) refere-se ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 horas. O processo de desmame dos pacientes é dividido em simples, difícil e prolongado (BOLES *et al.*, 2007). Estima-se que entre 4% e 13% dos pacientes ventilados mecanicamente requerem ventilação mecânica prolongada (VMP), estando isso associado ao aumento dos custos com saúde, morbidade e mortalidade (LONE, WALSH, 2011).

A traqueostomia (TQT) é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na unidade de terapia intensiva (UTI), sendo realizada, frequentemente, nos casos em que se faz necessário fornecer uma via aérea estável em pacientes com intubação orotraqueal prolongada (DURBIN, 2010). Aproximadamente 10% dos pacientes críticos que necessitam de ventilação mecânica (VM) são submetidos à traqueostomia, sendo considerada uma estratégia para a facilitação do desmame do paciente em VM (LIMA *et al.*, 2011). Segundo MENDES *et al.*, (2008), é comum o seguimento de regras específicas para indicação da traqueostomia, porém, não há regras que determinam como deve ser o processo de desmame da VMP e a retirada da traqueostomia.

Após a resolução da causa subjacente da insuficiência respiratória em pacientes criticamente graves, a prioridade é minimizar a duração da ventilação mecânica (MCCONVILLE, KRESS, 2012). Os pacientes que necessitam de VMP desenvolvem complicações decorrentes da injúria aguda e podem desenvolver a polineuromiopatia do doente crítico.

A fraqueza do músculo esquelético é um fator complicador importante no doente crítico, especialmente, quando combinado com ventilação mecânica prolongada (SIECK, 2015). Após uma semana em VM, os pacientes já apresentam a força muscular respiratória e periférica alteradas (JONGHE, et al., 2007). Nesse quadro, como principais características, têm-se a fraqueza muscular simétrica e o insucesso no desmame da VM (VISSER, 2006).

Segundo BARBAS et al. (2014), nas Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica, recomenda-se que a fisioterapia precoce e a mobilização passiva devem ser realizadas nos pacientes em ventilação mecânica e, também, durante o processo de retirada do ventilador mecânico. Essas atividades são consideradas seguras e estão associadas a melhores resultados funcionais e menor tempo de VM. Também, é sugerido, na diretriz, o treinamento muscular inspiratório em pacientes que falharam no desmame, com o objetivo de elevar a pressão inspiratória máxima e facilitar a retirada do suporte ventilatório.

O desmame da VM dos pacientes traqueostomizados ainda é um desafio para as UTIs, não havendo consenso sobre o melhor método de se conduzir e os fatores que influenciam nesse processo. Assim, visto que há uma parcela de pacientes críticos que necessitam da realização da TQT e de um suporte ventilatório por um período mais prolongado, é importante conhecer, também, ferramentas que auxiliem no processo de independência da VM.

Diante disso, o principal objetivo deste estudo foi identificar a força muscular respiratória, periférica e a mobilidade de pacientes traqueostomizados através de ferramentas já validadas em outros perfis de pacientes e rotineiramente utilizadas dentro das UTIs, de baixo custo e de fácil aplicabilidade, além de verificar se essas variáveis apresentam alguma correlação com o tempo de VM e os desfechos clínicos desses pacientes.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de coorte prospectivo com abordagem quantitativa, na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), pertencente ao Grupo Hospitalar

Conceição (GHC), localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A UTI possui 59 leitos para atendimento de pacientes críticos clínicos e cirúrgicos.

A pesquisa foi realizada em conformidade às regulamentações vigentes no âmbito da pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução 466/2012, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição (CAAE: 63347416.0.0000.5530).

O presente trabalho trata-se de um estudo de coorte, longitudinal prospectivo com abordagem quantitativa. Apresentou, como critérios de inclusão, pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, pacientes ventilados mecanicamente por 7 dias ou mais, traqueostomias realizadas durante a internação na UTI e ter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado pelo próprio paciente ou por seu representante legal. Os critérios de exclusão foram pacientes que evoluíram para medidas de conforto ou limitação terapêutica, risco de óbito iminente, pacientes com doença neuromuscular.

A coleta de dados foi realizada na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Foram avaliados os pacientes com até 48 horas de realização da traqueostomia e que se encaixaram nos critérios de inclusão. Após a assinatura do TCLE, os indivíduos passaram por quatro etapas:

Etapa 1 - Coleta de dados epidemiográficos

Os dados epidemiográficos (sexo, idade, peso) foram coletados através de prontuário eletrônico.

Etapa 2 - Coleta de dados retrospectivos

No momento em que o indivíduo foi incluído na pesquisa, foram coletados, em prontuário eletrônico, as informações referentes à data da internação na UTI, ao diagnóstico clínico, ao motivo da internação, às patologias prévias, *Simplified Acute Physiology Score* III (SAPS III), às tentativas de desmame e à data de realização da TQT.

Etapa 3 – Avaliação da força muscular respiratória, periférica e mobilidade

Após a realização da TQT, em até no máximo 48 horas após a realização do procedimento, foi avaliada a força muscular periférica por meio da escala *Medical Research Council* (MRC), a Pressão Inspiratória Máxima (Pimáx) através de um Manovacuômetro marca e a funcionalidade através da escala *The Perme Intensive Care Unit Mobility Score* (PERME).

Etapa 4 - Coleta de dados prospectivos

Ao final do processo de desmame, foram coletados os dados referentes ao tempo de VM total, pré e pós TQT, tempo total de internação na UTI e hospitalar, necessidade de reinternação na UTI e desfecho clínico.

A avaliação da força muscular respiratória, Pimáx, foi realizada através de um Manovacômetro digital (Globalmed®, Porto Alegre, modelo MVD 500), adaptado a uma válvula unidirecional e conectado à traqueostomia por um conector universal. As pressões inspiratórias máximas foram mensuradas mediante oclusão do ramo inspiratório da válvula unidirecional adaptada ao manovacômetro por 20 segundos. O valor máximo atingido em 20 segundos foi considerado a Pimáx. Essa manobra foi realizada três vezes, com intervalo de um minuto entre as medidas, desde que a diferença entre elas não ultrapassasse 5% e a maior delas foi considerada (CARUSO et al, 1999).

A avaliação da força muscular periférica foi realizada por meio da escala *Medical Research Council* (MRC). O instrumento avalia 6 grupos musculares e sua pontuação é de 0 até 60 pontos. A força muscular é graduada de 0 até 5, sendo 0 (paralisia total), 1 (contração visível sem contração do segmento), 2 (movimento ativo com eliminação da gravidade), 3 (movimento ativo contra a gravidade), 4 (movimento ativo contra a gravidade e resistência), 5 (força normal). Quando graduado abaixo de 48 pontos, o paciente é considerado com fraqueza muscular adquirida na UTI (KOVELIS et al., 2008).

Para avaliação da mobilidade, foi utilizada PERME. A escala consta com sete categorias de avaliação: status mental, possíveis barreiras à mobilização, força, mobilidade no leito, transferências, marcha e *endurance*. Foram avaliados 15 itens, com pontuação que varia de 0 a 32 pontos (KAWAGUCHI et al., 2016; PERME et al., 2014).

Os dados coletados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 20.0. Foram demonstrados em forma de tabelas para avaliar as variáveis principais do estudo, e redigidos estatisticamente de forma descritiva e comparativa. As variáveis contínuas foram descritas em médias e desvio padrão ou medianas e amplitude interquartil, e as categóricas como números absolutos e percentuais. As correlações entre variáveis contínuas foram realizadas através do coeficiente de correlação de Pearson.

Os dados coletados permanecerão sob responsabilidade da pesquisadora, durante o período previsto para realização e publicação dos resultados. Os registros da presente pesquisa serão arquivados por cinco anos e, após, destruídos.

RESULTADOS

No período de abril de 2017 a outubro de 2018, foram registrados 70 pacientes com mais de 7 dias em VM submetidos à TQT durante as internações na UTI do Hospital

Nossa Senhora da Conceição. Destes, 54 pacientes foram elegíveis para o estudo. Conforme demonstra a Figura 1, a Pimáx foi aferida em 54 pacientes, a escala de força MRC foi avaliada em 22 pacientes e a escala de funcionalidade PERME foi avaliada em 31 pacientes.

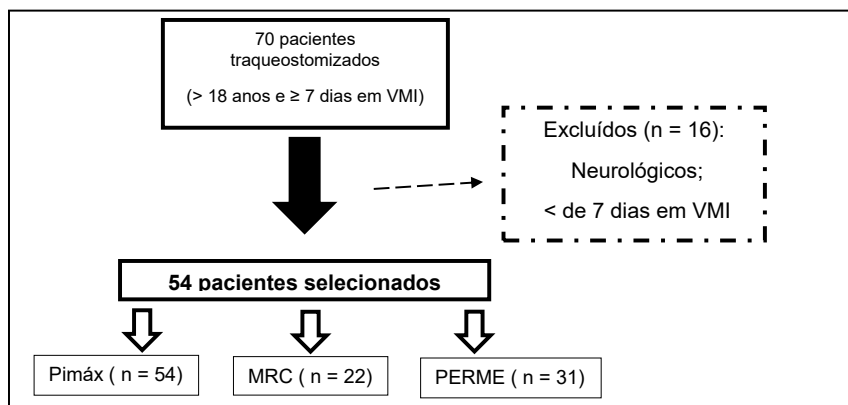


Figura 3 - Fluxograma de inclusão e exclusão dos pacientes

Para realizar a análise das variáveis, os pacientes foram divididos conforme a avaliação a qual foram submetidos. A caracterização da amostra do estudo está apresentada na Tabela 1.

Os pacientes que realizaram a avaliação da Pimáx apresentaram tempo total em VM (dias) de 28 (21,5 – 42), com tempo de VM pós TQT (dias) de 11 (4,7 – 21,5), 59,3% apresentaram alta da UTI com 5,6% de reinternação na UTI e 40,7% apresentaram alta hospitalar.

Os pacientes que realizaram a avaliação da escala MRC apresentaram tempo total em VM (dias) de 32 (19,3 – 43), com tempo de VM pós TQT (dias) de 12,5 (3,7 – 24,5), 72,7% apresentaram alta da UTI com 13,6% de reinternação na UTI e 68,2% apresentaram alta hospitalar.

Os pacientes que realizaram a avaliação da escala PERME apresentaram tempo total em VM (dias) de 30 (23 – 46), com tempo de VM pós TQT (dias) de 12 (5 – 26), 67,7% apresentaram alta da UTI com 3,2% de reinternação na UTI, tempo de internação hospitalar (dias) de 62 (40 – 86) e 54,8% apresentaram alta hospitalar.

Tabela 1. Caracterização da amostra

	Pimáx (n = 54)	MRC (n = 22)	PERME (n = 31)
Idade (anos)	65 (± 14)	58,5 ($\pm 16,8$)	66,9 (± 15)
Gênero masculino, n%	29 (46)	11 (50)	15 (48,4)
SAPS 3* (admissão)	75 (± 10)	73,5 (10,9)	74,4 ($\pm 9,6$)
SOFA** (dia da TQT)	5 (± 2)	3,9 ($\pm 2,8$)	4,8 ($\pm 2,6$)
Tempo total em VM, dias	28 (21,5 - 42)	32 (19,3 - 43)	30 (23 - 46)
Tempo em VM pré TQT, dias	17 (± 7)	16,6 ($\pm 6,3$)	17,5 ($\pm 7,3$)
Tempo em VM pós TQT, dias	11 (4,7 - 21,5)	12,5 (3,7- 24,5)	12 (5 - 26)
Alta da UTI, n%	32 (59,3)	16 (72,7)	21 (67,7)
Alta hospitalar, n%	22 (40,7)	15 (68,2)	17 (54,8)
Reinternação na UTI, n%	3 (5,6)	3 (13,6)	1 (3,2)
Tempo de internação na UTI, dias	34,5 (22 - 44,7)	38 (22 - 51,2)	37 (22 - 51)
Tempo de internação hospitalar, dias	51,5 (34,7 - 79,3)	54 (40,7 - 77,7)	62 (40 - 86)

*Simplified Acute Physiology Score III; **Sequential Organ Failure Assessment

Na tabela 2, estão demonstrados os valores da Pimáx, MRC e PERME. Para a análise das variáveis, os pacientes foram analisados em um grupo com o total da amostra e, após, foram divididos em subgrupos referentes ao desfecho clínico: grupo alta da UTI, grupo óbito na UTI, grupo alta hospitalar e grupo óbito hospitalar.

Tabela 2. Força muscular respiratória, periférica e mobilidade

	Total da amostra	Alta da UTI	Óbito na UTI	Alta hospitalar	Óbito hospitalar
Pimáx*	45 (± 21) (n = 54)	51(± 24) (n=33)	37(± 15) (n=21)	51 (± 27) (n=22)	42(± 16) (n=32)
MRC**	31 (± 15) (n = 22)	32(± 16) (n=17)	29(± 17) (n=6)	33(± 15) (n=15)	28(± 17) (n=7)
PERME***	4 (± 4) (n = 31)	4 (± 4) (n = 22)	2 (± 4) (n = 9)	5 (± 4) (n = 17)	2 (± 3) (n = 14)

*Pimáx: pressão inspiratória máxima; **MRC: Medical Research Council; ***PERME: The Perme Intensive Care Unit Mobility Score

Foi realizada a correlação de Pearson para cada uma das variáveis de Pimáx, MRC e PERME com o tempo em VM pré TQT, pós TQT e o tempo total de VM na UTI. Para as correlações, os pacientes continuaram divididos em grupos: total da amostra, alta da UTI, óbito na UTI, alta hospitalar e óbito hospitalar.

Para a variável MRC, a correlação do grupo total da amostra apresentou correlação significativa, inversa e fraca ($p \leq 0,05$) com o tempo total em VM na UTI. O grupo alta da UTI apresentou correlação significativa, inversa e fraca ($p \leq 0,05$) com o tempo de VM pós TQT e com o tempo total em VM na UTI (Tabela 3). Para as demais variáveis Pimáx e PERME, não houve correlação ($p > 0,05$) em nenhum dos grupos estudados. As correlações de Pearson encontradas são consideradas como moderadas (FILHO, 2012).

Tabela 3. Correlação MRC e tempo de VM

			Total da amostra	Alta da UTI	Óbito na UTI	Alta hospitalar	Óbito hospitalar
Tempo VM pré			-0,297	-0,019	-0,023	-0,428	-0,380
TQT							
Tempo VM pós			-0,407	-0,527*	-0,766	-0,286	-0,294
TQT							
Tempo total em VM na UTI			-0,485*	-0,5*	-0,278	-0,491	-0,477

*Valores estatisticamente significativos $p \leq 0,05$

DISCUSSÃO

Geralmente, estudos com pacientes clínicos traqueostomizados são difíceis de generalizar porque apresentam diferentes durações de ventilação mecânica e populações específicas de pacientes estudadas. Não há preditores baseados em evidências que possam identificar, de forma confiável, os pacientes em VMP (HAN, *et al.* 2017). Segundo Jonghe *et al.* (2007), após uma semana em VM, os pacientes já apresentam a força muscular respiratória e periférica alteradas. Por isso, em nosso estudo, optamos por incluir os pacientes de acordo com o tempo que o paciente necessitou de VM antes da TQT.

Os resultados deste estudo mostraram que pacientes adultos internados na UTI e ventilados mecanicamente, por tempo mínimo de 7 dias e com necessidade de TQT, apresentaram os valores de Pimáx, MRC e PERME abaixo de valores preditores de normalidade pela literatura (CARUSO *et al.*, 1999; KOVELIS *et al.*, 2008; PERME *et al.*, 2014; KAWAGUCHI *et al.*, 2016). O grupo com desfecho de alta da UTI e de alta hospitalar apresentaram força muscular respiratória, periférica e funcionalidade melhores em relação aos grupos que apresentaram desfecho óbito na UTI e óbito hospitalar.

A disfunção muscular periférica frequentemente encontrada em pacientes sob VM prolongada é associada à imobilização no leito, entre outros fatores (JONGHE *et al.* 2002). A fraqueza adquirida na UTI é definida por meio da avaliação do MRC sendo

menor que 48 pontos (MEADE *et al.* 2002). Em nossos resultados, os pacientes apresentaram fraqueza adquirida na UTI com valores médios de MRC de 31 (± 15), os grupos Alta da UTI (32 ± 16) e Óbito na UTI (29 ± 17) também apresentaram valores compatíveis com fraqueza adquirida na UTI.

Ainda, foi identificado que a força muscular periférica avaliada através da escala de força MRC apresenta correlação inversamente significativa com o grupo total da amostra e o tempo de VM após a realização da TQT, assim como o grupo que apresentou alta da UTI e o tempo em VM após a realização da TQT e tempo total em VM na UTI. Ou seja, pacientes que apresentavam melhores valores de força muscular periférica no momento da TQT e que receberam alta da UTI apresentaram menor tempo em VM pós TQT e menor tempo total de VM na UTI. O mesmo é válido para os pacientes que estavam mais fracos no momento da TQT e apresentaram maior tempo em VM após a TQT.

No estudo de Rodrigues *et al.* (2010), os pacientes com menores escores da força muscular periférica (avaliado através do MRC) permaneceram por mais tempo internados na UTI. No estudo de Martin *et al.* (2005), foram avaliados a prevalência e a magnitude de fraqueza de pacientes submetidos à ventilação mecânica prolongada e o impacto de um programa de reabilitação nas variáveis do desmame, força muscular e estado funcional. Para cada ponto ganho na escala de força muscular (*Medical Research Council*), havia uma redução em sete dias no tempo de desmame.

No estudo de Montero, *et al.* (2005), com 64 pacientes que permanecerem em VM por tempo mínimo de sete dias, a duração do período de desmame foi significativamente maior em pacientes com polineuropatia do doente crítico. Em Rodrigues *et al.* (2010), os pacientes com menores escores de MRC permaneceram por mais tempo internados na UTI. No estudo de MARTIN *et al.* (2005), foram avaliados a prevalência e a magnitude de fraqueza de pacientes submetidos à VMP e o impacto de um programa de reabilitação nas variáveis do desmame, força muscular e estado funcional. Para cada ponto ganho na escala de MRC, houve uma redução em sete dias no tempo de desmame.

Dessa forma, durante a análise estatística, foi necessário dividir os pacientes em um grupo com o total da amostra e em subgrupos referentes ao desfecho do total da amostra (alta da UTI, óbito na UTI, alta hospitalar e óbito hospitalar), pois foi observado através da análise estatística que a força muscular periférica e tempo de VM pós TQT em pacientes que realizam a TQT, permanecem em VM poucos dias e consequentemente evoluem para alta da UTI. Porém, há pacientes que realizam a TQT e também permanecem em VM poucos dias porque evoluem para o óbito, interferindo, assim, na correlação de força muscular e tempo em VM.

Um achado semelhante também foi encontrado no estudo de Seneff, *et al.* 1996, realizado com 5.915 pacientes submetidos à VM. Para os pacientes admitidos na UTI e ventilados no primeiro dia, a duração média de ventilação aumentou com idade até 85 anos e com pontuações da escala SAPS até 75, mas, depois, diminuíram com a idade avançada (acima de 85 anos) e com pontuações de SAPS superiores a 75 devido à mortalidade precoce.

A fraqueza está associada com a VM prolongada (JONGHE *et al.*, 2007; MACINTYRE *et al.*, 2005; HAN *et al.*, 2017). No estudo de Parente *et al.* (2015), os achados demonstraram que fatores clínicos e o tempo de internação geram perda de força muscular e diminuição da funcionalidade. Em nosso estudo, as variáveis de funcionalidade e de força muscular periférica apresentaram tempo elevado de internação hospitalar, tempo prolongado em VM e valores abaixo do predito pela literatura tanto para os valores de MRC (KOVELIS *et al.*, 2008) quanto da PERME (PERME *et al.*, 2014).

A fraqueza muscular do diafragma em pacientes críticos pode levar à dependência da ventilação mecânica com morbidade associada (SIECK, 2015). Em um estudo de observação de 116 pacientes que foram ventilados mecanicamente durante sete dias ou mais, o MRC correlacionou-se com a Pimáx, a pressão expiratória máxima e a capacidade vital, sugerindo que a fraqueza periférica também prevê a duração da ventilação mecânica, porque pode ser um marcador de fraqueza muscular respiratório (JONGHE *et al.*, 2007). As características de fraqueza muscular periférica e respiratória corroboram os achados do nosso estudo, em que a Pimáx apresenta valores abaixo do preditor de normalidade e o MRC com valores abaixo de 48 que indicam fraqueza muscular adquirida na UTI (KOVELIS *et al.*, 2008). Porém, não houve correlação entre MRC e Pimáx e, também, não houve correlação de Pimáx com tempo em VM.

Inúmeros estudos citam a importância dos cuidados paliativos em pacientes críticos neurológicos com TQT (BOSEL *et al.*, 2013; SCHÖNENBERGER *et al.*, 2016) e buscam identificar o perfil e as condições funcionais após a alta hospitalar (SCHÖNENBERGER *et al.*, 2016; HERRIDGE *et al.*, 2016). Entretanto, essa população crescente de doentes críticos crônicos, tanto neurológicos quanto clínicos, dependentes de alta tecnologia, necessita de mais estudos consistentes para auxiliar na tomada de decisão diária e evitar condutas que posterguem sofrimento e identifiquem pacientes que possam entrar em cuidados paliativos.

Até que tenhamos informações baseadas em evidências, decisões sobre TQT devem sempre ser adaptadas a pacientes individuais. As possíveis limitações deste estudo são relacionadas às características inerentes ao tipo de estudo realizado,

puramente observacional e realizado em um único centro. Além do número reduzido de pacientes da amostra e com necessidade de dividir os pacientes em subgrupos, houve falta de homogeneidade amostral entre os três grupos estudados.

Estudos futuros são necessários para melhoria do manejo do desmame em pacientes traqueostomizados em UTI, a fim de oferecer uma assistência correta e humana, sem causar ou postergar mais sofrimento para esse doente crônico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em uma população de pacientes clínicos, críticos e traqueostomizados em uma UTI, o desmame da VM ainda é um desafio. O principal objetivo deste estudo foi identificar ferramentas já validadas em outros perfis de pacientes e rotineiramente utilizadas dentro das UTIs, de baixo custo e de fácil aplicabilidade, além de verificar se essas variáveis apresentavam alguma correlação com o tempo de VM e os desfechos clínicos desses pacientes.

O estudo demonstrou valores abaixo do predito de normalidade pela literatura nas variáveis Pimáx, MRC e PERME. Também, demonstrou importância na correlação entre o MRC e o tempo de ventilação após a TQT. Porém, sugere-se estudos com maiores amostras de pacientes para confirmar o potencial preditivo dessas variáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBAS, C.S.; ÍSOLA, A.M.; FARIAS, A.M.; CAVALCANTI, A.B.; GAMA, A.M.; DUARTE, A.C. et al. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica, Parte I. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. v.26, n.2, p. 89–121, 2014.
- BOLES, J.M., et al. Weaning from mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*. v.29, p.1033-1056, 2007.
- BÖSEL J, SCHILLER P, HOOK Y, et al. Stroke-related early tracheostomy versus prolonged orotracheal intubation in neurocritical care trial (SETPOINT): A randomized pilot trial. *Stroke*. 2013; 44(1):21-28.
- CARUSO, P. et al. The Unidirectional Valve Is the Best Method To Determine Maximal Inspiratory Pressure During Weaning. *UpToDate*. 1999.
- DURBIN, C.G. Tracheostomy: Why, When, and How? *Respiratory care*. v.55 n.8, agosto 2010.
- EPSTEIN, S.K. Weaning from mechanical ventilation: Readiness testing. *UpToDate*. 2017.
- EPSTEIN, S. K.; et al. Management of the difficult-to-wean adult patient in the intensive care unit. *UpToDate*.
- FILHO, D.B.F.; JÚNIOR, J.A.S Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r)*. *Revista Política Hoje*, Vol. 18, n. 1, 2009.
- HAN, M.; PARSONS, P.E.; MORRISON, R.S.; FINLAY, G. Management and prognosis of patients requiring prolonged mechanical ventilation. *UpToDate*.
- HERRIDGE MS, CHU LM, MATTE A, et al. The RECOVER program: Disability risk groups and 1-year outcome after 7 or more days of mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016; 194(7):831-844.

- JONGHE, B. de; SHARSHAR, T.; LEFAUCHEUR, J.P., et al. Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study. *JAMA.*; v.288, p.2859–2867, 2002.
- JONGHE, B. de, et al. Respiratory weakness is associated with limb weakness and delayed weaning in critical illness. *Critical Care Medical.* v.35, 2007.
- KAWAGUCHI, Y.M.F; NAWA, R.K; FIGUEIREDO, T.B; MARTINS, L.; PIRES-NETO, R.C. Perme Intensive Care Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. *Jornal brasileiro de pneumologia*, vol.42, n.6, nov./dez. 2016.
- KOVELIS, D. et al. Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, vol.34, n.12, dec. 2008.
- LONE, N. I.; WALSH, T. S. Prolonged mechanical ventilation in critically ill patients: epidemiology, outcomes and modelling the potential cost consequences of establishing a regional weaning unit. *Critical Care*, v.15, p.102, 2011.
- LIMA, C.A. et al. Influência da força da musculatura no sucesso da decanulação. *Rev Bras Ter Intensiva*, vol.23(1), pag. 56-61, dez. 2010.
- MACINTYRE, N.R. et al. Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support: a collective task force facilitated by the American College of Chest Physicians; the American Association for Respiratory Care; and the American College of Critical Care Medicine. *Chest*, v.120, n. 6, p.375–95, 2001.
- MEADE M, GUYATT G, COOK DJ, et al. Predicting Success in Weaning From Mechanical Ventilation. *Chest*. 2002; 120:400S-24S.
- MENDES, T.A.B.; CAVALHEIRO, L.V.; AREVALO, R.T.; SONEGTH, R. Estudo preliminar sobre a proposta de um fluxograma de decanulação em traqueostomia com atuação interdisciplinar. *Einstein*. v.6, p.1-6, 2008.
- MCCONVILLE, J.F.; KRESS, J.P. Weaning Patients from the Ventilator. *New England Journal Medicine*. v.367, p. 2233-2239, dez. 2012.
- MONTERO, G.J.; VILLAR, R.A.; GARMENDÍA, J.L.G.; OSUNA, M.J.; LEYBA, O.C. Effect of critical illness polyneuropathy on the withdrawal from mechanical ventilation and the length of stay in septic patients. *Critical Care Medicine*. Vol. 33(2):349, 2005.
- PERME, C. et al. A Tool to Assess Mobility Status in Critically Ill Patients: The Perme Intensive Care Unit Mobility Score. *MDCVJ*, p. 41-48, 2014.
- RODRIGUES, I.D; BARBOSA, L.S. da; MANETTA, J.A; SILVESTRE, R.T; YAMAUCH, L.Y. Fraqueza muscular adquirida na unidade de terapia intensiva: um estudo de coorte. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 8, n. 24, abr- jun 2010.
- SIECK, G.C. Muscle Weakness in Critical Illness. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. v.191, n.10, p.1094, mai 2015.
- SILVA APP DA; MAYNARD; K, CRUZ MR DA. Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos : revisão de literatura. *Rev Bras Ter intensiva*. 2010;22(21):85-91.
- SCHÖNENBERGER S, NIESEN W-D, FUHRER H, et al. Early tracheostomy in ventilated stroke patients: Study protocol of the international multicentre randomized trial SETPOINT2 (Stroke-related Early Tracheostomy vs. Prolonged Orotracheal Intubation in Neurocritical. *Stroke*. 2016;11(3):368-379.
- VISSER, L.H. Critical illness polyneuropathy and myopathy: clinical features, risk factors and prognosis. *European Journal Neurology*. v.13, n.11, p.1203-12, 2006.

REABILITAÇÃO BUCAL POR MEIO DE ENXERTO ÓSSEO ALVEOLAR SECUNDÁRIO EM UM PACIENTE COM FISSURA LABIOPALATINA - UM RELATO DE CASO

Roberta da Silva Brito Arguello
Primo Guilherme Pasqual
Giuliano Henrique Miao Luchi

INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina representa a mais comum malformação craniofacial identificada no neonato, sendo considerada um defeito congênito (MONTAGNOLI; BARBIERI, 1992; NEVILLE, 2016) decorrente da não fusão ou da falha na união dos processos nasais medianos, maxilares e palatinos, durante o estágio de formação da face, compreendido entre a 4^a e 12^a semanas do período embrionário. Pode ocorrer como parte de uma síndrome, como nas Síndromes de Treacher Collins, Van der Woude, Pierre Robin (SAAL, 1998; DAUWERSE et al., 2011), ou isoladamente, em 70% dos casos (SHI et al., 2008).

A sua etiologia é complexa, estudos sugerem uma herança multifatorial - interação entre fatores genéticos e ambientais contribuintes (JORDE et al., 2004; DIXON et al., 2011). Pode-se citar como fatores contribuintes: idade materna, em casos de mães maiores de 35 anos (MAI et al., 2014); índice baixo de ácido fólico (JOHNSON; LITTLE, 2008); deficiências nutricionais; uso de medicamentos teratogênicos, como diazepam, corticosteróides, topiramato, ácido valpróico, fenitoína, metotrexato e, mais recentemente, ondansetrona (PASTENAK et al., 2013); hábitos como o fumo, pela hipóxia causada pelos componentes do tabaco (SHI et al., 2008); consumo de bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas (MUNGER et al., 1996); e infecções congênitas, como rubéola e HIV (BRASIL). Entre os fatores genéticos, podemos considerar a presença aos menos de 30 genes responsáveis por variações genéticas em casos não sindrômicos, tais como TGFB2, TGFA, GABRB3, MSX, LUX, DLX (NEVILLE, 2016; DIXON et al., 2011).

O diagnóstico das fissuras labiopalatinas pode ser realizado no período pré-natal, por meio da amniocentese e ultrassonografia, ou pelo exame clínico direto efetuado logo após o nascimento da criança (GILLHAM et al., 2009). A prevalência de fenda orofacial é de 1 para cada 700 nascidos vivos (MOSSEY; CASTILLA, 2001); no Brasil, é de 1: 650 nascimentos (NAGEM et al., 1968). Há maior acometimento em homens do que em mulheres, em uma proporção de 1,6 (KATAMARA et al., 2009). Já em relação à etnia, incide mais em negros e indígenas americanos ou nativos do Alasca, seguidos de maneira intermediária por brancos, hispânicos e asiáticos (JOHNSON, LITTLE, 2008). A

maior prevalência de fendas orofaciais é encontrada no Canadá, 30 a cada 10 mil nascimentos (LOWRY et al., 2009).

A classificação das fissuras labiopalatinas mais utilizada é a classificação de Spina (SPINA et al., 1972), que leva em consideração os aspectos embriológicos e divide as fendas orofaciais em quatro grupos, são eles: I fissuras pré-forame incisivo, II fissuras trans-forame incisivo, III fissuras pós-forame incisivo e IV fissuras raras de face. Silva Filho et al. (1992) propuseram uma modificação, que leva em consideração tanto características morfológicas quanto embriológicas.

A criança com fissura labiopalatina terá dificuldades de fonação, deglutição, respiração, oclusão e déficits estético-funcionais que repercutirão diretamente na interação psicossocial (CHO-LEE et al., 2013). O tratamento requer uma equipe multidisciplinar com abordagem multiprofissional (ROBIN et al., 2006; CARVALHO, 2011; JIA et al., 2006), não somente abordagem cirúrgica. Existem protocolos de tratamento para fissuras labiopalatinas, sendo uma sequência de procedimentos a serem realizados de acordo à idade e ao desenvolvimento da criança (ALONSO et al., 2009).

Entre aqueles procedimentos com finalidade cirúrgica, encontra-se a correção do lábio – queiloplastia, que é normalmente reparado aos 3 meses de idade; e o fechamento do palato primário – palatoplastia, no período entre 6 aos 18 meses de idade. Em um terceiro momento cirúrgico para reabilitação da cavidade bucal, existe o fechamento da fenda em região alveolar através do enxerto ósseo alveolar. Ainda há controvérsias na literatura sobre a idade ideal para realização desse procedimento, alguns preconizam que seja efetuado entre os 7 e 12 anos de idade (KAURA et al., 2018).

O tratamento de pacientes com fissuras labiopalatinas já é realidade no Sistema Único de Saúde, a assistência integral é resguardada por meio da criação de centros de tratamento habilitados segundo a Portaria SAS/MS nº. 62, de 19 de abril de 1994 (BRASIL, 1994). Atualmente, tramita, no Senado Federal Brasileiro, o projeto de Lei nº 3.526, de 2019, que estabelece a obrigatoriedade da prestação de cirurgia plástica reconstrutiva de lábio leporino ou fenda palatina (BRASIL, 2019).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico da reabilitação bucal de um paciente portador de fissura labiopalatina por meio do enxerto ósseo alveolar secundário, em um Hospital 100% SUS, de Porto Alegre/RS, conduzido pelo serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, enfatizando o multiprofissionalismo e a acessibilidade.

RELATO DE CASO

O paciente era do sexo masculino, com 11 anos de idade e fissura labiopalatina lado esquerdo, pela classificação de Spina et al. (1972), fissura trans-forame incisivo completa unilateral lado esquerdo, sendo diagnosticado no período pós-natal e, desde então, em acompanhamento no Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (CERAC), do Hospital Criança Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre/RS, onde recebe apoio psicológico, nutricional, fonoaudiológico, odontológico e cirúrgico, por meio de cirurgião pediátrico e cirurgião plástico.

O mesmo foi submetido às cirurgias primárias queiloplastia e palatoplastia, nos primeiros meses de vida, respectivamente, com 4 meses de idade e com 1 ano e 2 meses de idade. Recebeu assistência odontológica com dentista clínico para adequação da cavidade bucal. Aos 5 anos, teve sua primeira consulta com ortodontista, iniciando, somente aos 8 anos de idade, o tratamento para alinhamento dentário e preparo pré e pós-operatório para recebimento de enxerto ósseo, para fechamento da fissura, em região de rebordo alveolar maxilar.

Após a conclusão da disjunção palatina, o paciente foi referenciado de maneira direta ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF), do Hospital Cristo Redentor (HCR), para avaliação e conduta em relação à oportunidade cirúrgica para o enxerto ósseo alveolar secundário. Avaliado quanto aos requisitos para esse procedimento cirúrgico, mostrou-se apto pela idade e cronologia da erupção do dente canino - dente 23 na região de fenda alveolar (Figura 1). Assim, foram solicitados exames laboratoriais e radiografia de tórax para avaliação médica clínica pré-operatória. Sendo planejada, com a equipe da Traumatologia e Ortopedia do HCR, a remoção do enxerto de crista ilíaca no mesmo tempo cirúrgico, por meio da requisição de uma radiografia de bacia, a fim de avaliar e delimitar a área a ser removida.

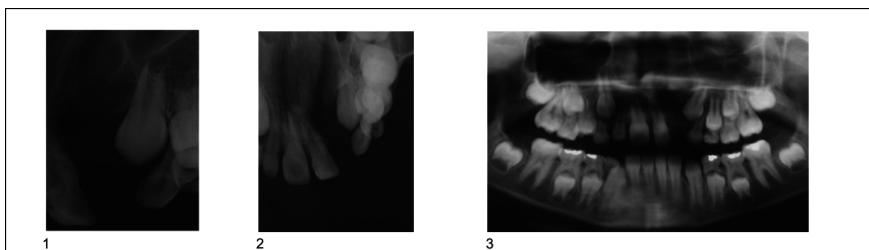


FIGURA 1: Imagens radiográficas pré-operatórias da região de fissura (1 – Radiografia periapical; 2 – radiografia oclusal; 3 – radiografia panorâmica).

Obtidos o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) com os pais e o termo de anuência do menor de idade (TALE), a cirurgia transcorreu conforme a descrição que segue: assegurada medidas de assepsia e antisepsia, paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral, intubação orotraqueal, retirada de enxerto ósseo esponjoso de asa do íliaco direito pela equipe de Traumatologia e Ortopedia do HCR, obedecendo as técnicas cirúrgicas para remoção de enxerto para crianças, incisão sobre a asa do íliaco direito por 4 cm, respeitando o limite da espinha íliaca ântero-superior. Abordagem por planos, remoção de quantidade adequada de material de enxerto de acordo com a solicitação da equipe CTBMF, revisão da hemostasia, limpeza do sítio, sutura por planos inversos e colocação de curativos estéreis (Figura 2).

Concluída essa etapa, foi realizada incisão intra-sulcular e divisão do retalho muco periosteal em região da fissura, região ântero-superior maxilar à esquerda, mantendo-se o periósteo intacto, exposição do defeito, identificação e fechamento da mucosa nasal com vicryl 4-0, deposição cuidadosa do enxerto ósseo autógeno de crista íliaca na fenda, reposição do retalho e sutura com vicryl 4.0 (Figura 3).

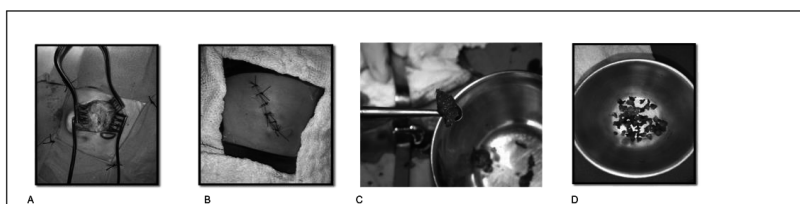


FIGURA 2: Remoção do enxerto ósseo de crista íliaca (A – acesso cirúrgico a crista íliaca; B – suturas; C – material removido; D – preparo do enxerto para adaptação na região da fissura).

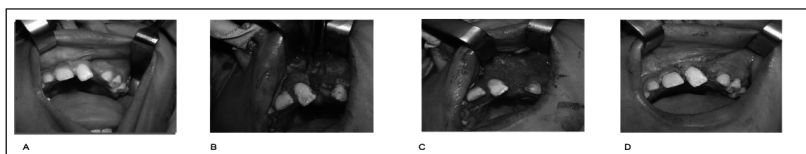


FIGURA 3: TRANS-OPERATÓRIO (A – região da fissura; B – preparação do leito receptor com a separação da mucosa nasal e mucosa oral; C – fenda totalmente preenchida pelo enxerto ósseo; D – suturas sem tensão do retalho mucoperiosteal).

Os cuidados pós-operatórios em relação ao sítio doador ficaram a cargo da equipe de Traumatologia e Ortopedia, com suporte da atenção primária, para remoção de pontos e curativos. O paciente seguiu em acompanhamento com a equipe de CTBMF durante o período pós-operatório até a integração óssea, que se deu após 3 meses (Figura 4), portanto, apto a ser referenciado para o CERAC, também de maneira direta, para continuidade do cuidado e da reabilitação bucal estética e funcional.

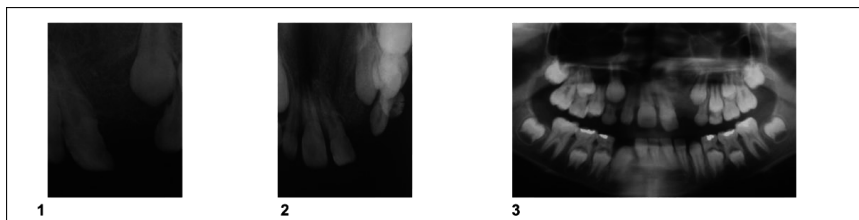


FIGURA 4: Imagens radiográficas pós-operatórias da região de fissura (1 – Radiografia periapical; 2 – radiografia oclusal; 3 – radiografia panorâmica).

DISCUSSÃO

Enxerto ósseo alveolar secundário é o procedimento mais comum para reabilitação da fenda em região de rebordo alveolar em pacientes com fissuras labiopalatinas completas, existem protocolos utilizados em diversos centros de reabilitação credenciados (ALONSO et al., 2009), mas o que muda de um serviço para o outro é o tempo em que é realizado e a classificação aplicada em cada caso. Segundo a classificação de enxerto ósseo de Boyne et al. (1976), o mesmo pode ser classificado em primário – até 2 anos de idade; secundário precoce - 2 a 5 anos; secundário – 5 aos 11 anos; e secundário tardio – após os 16 anos.

Proporcionar continuidade e estabilidade do arco alveolar, permitir suporte a erupção dentária, dar suporte aos dentes adjacentes à região de fenda, garantindo saúde da dentição, dar suporte e apoio ao nariz, eliminar ou atenuar a obstrução e comunicação com as vias aéreas, melhorar a estabilidade ortodôntica; são objetivos do EOAS que refletirão diretamente na estética e função (KANG, 2017; MILORO, 2016).

Há relatos na literatura que consideram que os enxertos ósseos alveolares primário e secundário precoces possam interferir no crescimento maxilar e que o enxerto ósseo secundário, realizado ao final da dentição mista e completado o tratamento ortodôntico, consegue ser mais benéfico, por promover adequado suporte periodontal e preservação das estruturas adjacentes à fissura (TRINDADE et al., 2007; BERGLAND et al., 1986). Ao respeitar os princípios biológicos e técnicos preconizados por Boyne e Sands (1972), considerado padrão para quase todos os centros de tratamento de fissuras no mundo, em 3 meses após a enxertia em região alveolar, não é possível mais fazer distinção do osso enxertado com o osso adjacente.

Em relação ao enxerto a ser empregado, há uma variedade de tipos, podemos citar o uso de enxertos autógenos (crista ilíaca, mandibular – sínfise e mento, calota craniana, fíbula e tíbia) (JIA et al., 2006; MILORO, 2016; COOTS, 2012); heterógenos e artificiais - Proteína Óssea Morfogenética (BPM) (CARVALHO, 2011), Hidroxiapatita (HA), Tricálcio

Fosfato (TCP); ou a combinação de dois ou mais (MILORO, 2016), que agiriam como coadjuvantes no fechamento de defeitos ósseos. A utilização de membranas de recobrimento sintéticas ou naturais – Plasma Rico em Plaquetas PRP e Plasma rico em Fibrina PRF/LPRF – também é descrita (STEVEN; EMAM, 2011). Porém, o mais utilizado e preconizado pela literatura atual para EOAS permanece sendo o uso de enxerto ósseo de crista ilíaca, considerado padrão-ouro por ser fonte ideal de tecido ósseo, com adequada osteocondução, osteoindução e osteogênese (MISCH, 2010).

Para avaliação do que é efetivamente sucesso em relação ao enxerto ósseo alveolar, pode-se utilizar técnicas radiográficas 2D, como as radiografias periapicais, interproximais, oclusais e panorâmicas (MISCH, 2010). Ao associá-las à escala de Bergland, teremos um padrão-ouro para análise mais precisa. De acordo com essa escala, é possível classificar o enxerto ósseo em 4 tipos de acordo com a integração e espessura ao septo interdental, são eles: tipo I tecido ósseo presente até altura cervical, tipo II septo ósseo até 3/4 da altura normal, tipo III menos de 3/4 da altura normal, tipo IV nenhuma união ou ponte óssea formada (KAURA et al., 2018; BERGLAND et al., 1986). Como tendência vindoura, está o emprego de tomografia computadorizada para melhora da avaliação volumétrica e mais completa da região de fenda (GUO et al., 2011).

A idade ideal encontrada na literatura especializada para realização de enxerto ósseo secundário é entre 5 e 12 anos de idade, antes da irrupção do canino permanente (BRASIL, 1994; SILVA FILHO et al., 2000); e ao final de 3 meses de pós-operatório, com a devida verificação radiográfica do resultado, é possível dar continuidade ao tratamento reabilitador, com a facilitação do tratamento ortodôntico (TRINDADE, SILVA FILHO, 2007; BERGLAND et al., 1986; BONEY; SANDS, 1972). O enxerto ósseo alveolar secundário faz parte do protocolo de tratamento do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP) Campus Bauru – Centrinho, desde 1990, baseados na experiência desse centro de reabilitação, seguimos o mesmo protocolo desde 2013, com resultados satisfatórios.

CONCLUSÕES

Por meio deste relato de caso, é possível perceber o percurso desse paciente ao longo da rede de assistência. O Grupo Hospitalar Conceição proporciona, de fato, que a rede seja e funcione de maneira integrada e que haja comunicação em todos os níveis de atenção, garantindo acessibilidade aos serviços e continuidade do cuidado de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS.

Em cada passo do próprio procedimento, observamos a multidisciplinaridade, com equipes interagindo, discutindo plano de tratamento, melhor abordagem e atenção focada no paciente. Foi utilizado protocolo já preconizado na literatura e muito bem conduzido, levando ao sucesso do tratamento. A utilização de crista ilíaca, considerada padrão-ouro, ainda hoje, é muito utilizada para enxerto ósseo alveolar secundário, o que demonstra a aplicabilidade da técnica e sua eficácia, sendo possível a sua replicação em serviços com iguais recursos materiais, pessoais e financeiros.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, N.; TANIKAWA, D.Y.S.; LIMA JÚNIOR, J.E.; ROCHA, D.L.; STERMAN, S.; FERREIRA, M.C. Fissuras labiopalatinas: protocolo de atendimento multidisciplinar e seguimento longitudinal em 91 pacientes consecutivos. *Rev Bras Cir Plas.* 2009; 24(2): 176-81.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria SAS/MS nº. 62*, de 19 de abril de 1994. Estabelece normas para o cadastramento de Hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de Lei nº 3526*, de 2019. Estabelece a obrigatoriedade da prestação de cirurgia plástica reconstrutiva de lábio leporino ou fenda palatina pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção especializada e Hospitalar – Fissura Labiopalatal*. Blog da Saúde.
- BERGLAND, O.; SEMB, G.; ABYHOLM, F.E. Elimination of the residual alveolar cleft by secondary bone grafting and subsequent orthodontic treatment. *Cleft Palate J.* 1986; 23:175–205.
- BOYNE, P.J.; SANDS, N.R. Combined orthodontic-surgical management of residual palato-alveolar cleft defects. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.* 1976, v. 70, n. 1, p. 20-37.
- BONEY, P.J.; SANDS, N.R. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. *Journal of oral surgery.* February. 1972; 30:87-92.
- COOTS, B.K. Alveolar bone grafting: past, present, and new horizons. *Semin Plast Surg.* 2012; 26:178-83.
- CARVALHO, R.M. *Reparo do defeito alveolar com proteína morfogenética óssea (rhBMP-2) em doentes com fissura labiopalatina*. Tese de Doutorado: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2011.
- CHO-LEE, G.Y.; GARCÍA-DÍEZ, E.M.; NUNES, R.A.; MARTÍ-PAGÈS, C.; SIERA-GIL, R.; RIVERA-BARÓ, A. Review of secondary alveolar cleft repair. *Ann Maxillofac Surg.* 2013; 3:46-50.
- DAUWERSE, J.G.; DIXON, J.; SELAND, S.; RUIVENKAMP, C.A., VAN HAERINGEN, A.; HOEFSLOOT, L.H & ZWEIER, C. Mutations in genes encoding subunits of RNA polymerases I and III cause Treacher Collins syndrome. *Nature genetics.* 2011; 43(1), 20-22.
- DIXON, M.J.; MARAZITA, M.L.; BEATY, T.H.; MURRAY, J.C. Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nat. Rev. Genet.* March 2011; 12: 167-178.

- GILLHAM, J.C.; ANAND, S.; BULLEN, P.J. Antenatal detection of cleft lip with or without cleft palate: incidence of associated chromosomal and structural anomalies. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009; 34:410
- GUO, J.; LI, C.; ZHANG, Q.; WU, G.; DEACON, S.A.; CHEN, J. et al. Secondary bone grafting for alveolar cleft in children with cleft lip or cleft lip and palate. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011; 6:CD008050.
- JIA, Y.L.; FU, M.K.; MA, L. Long-term outcome of secondary alveolar bone grafting in patients with various types of cleft. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 44: 308-12.
- JOHNSON, C.Y.; LITTLE, J. Folate intake, markers of folate status and oral clefts: is the evidence converging? *International journal of epidemiology.* 2008; 37(5), 1041-1058.
- JORDE, L.B.; CAREY, J.C.C.; BAMSHAD, M.J.; WHITE, R.L. Herança multifatorial e doenças comuns. In: _____. *Genética Médica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004. p.285-318.
- KANG, N.H. Current Methods for the Treatment of Alveolar Cleft. *Arch Plast Surg.* 2017; 44(3):188–193.
- KAURA, A.S.; SRINIVASA, D.R.; KASTEN, S.J. Optimal Timing of Alveolar Cleft Bone Grafting for Maxillary Clefts in the Cleft Palate Population. *Journal of Craniofacial Surgery*, v. 29, n. 6, p. 1551-1557, 2018.
- KATAMARA, R.; SENA, M.F.; RONCALLI; GIUSEPPE, A.; FERREIRA, M.A.F. Prevalence of orofacial clefts and social factors in Brazil. *Braz. Oral Res.* January, 2009.
- LOWRY, R.B.; JOHNSON, C.Y.; GAGNON, F.; LITTLE, J. Segregation analysis of cleft lip with or without cleft palate in the First Nations (Amerindian) people of British Columbia and review of isolated cleft palate etiologies. Birth Defects Research Part A: *Clinical and Molecular Teratology.* 2009; 85(6), 568-573.
- MAI, C.T.; CASSEL, C.H.; MEYER, R.E et.al. Birth defects data from population – based birth defects surveillance in the Unit States, 2007 to 2011: highlighting orofacial clefts. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2014; 100:895.
- MILORO, M. et.al. *Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson*. Livraria Santos Editora, 2016.
- MISCH, C.M. Autogenous bone: is it still the gold standard? *Implant dentistry.* 2010, v. 19, n. 5, p. 361.
- MONTAGNOLI, L.C.; BARBIERI, M.A. *Crescimento de crianças portadoras de fissuras labio-palatais, de 0 a 2 anos*. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1992.
- MOSSEY, P.A.; CASTILLA, E. Global Registry and Database on Craniofacial Anomalies: Report of a WHO Registry Meeting on Craniofacial Anomalies: Baurú, Brazil, 4-6 December, 2001. P. 101.
- MUNGER, R.G.; ROMITTI, P.A.; DAACK-HIRSCH, S.; BURNS, T.L.; MURRAY, J.C.; HANSON, J. Maternal alcohol use and risk of orofacial cleft birth defects. *Teratology.* 1996; 54(1), 27-33.
- NAGEM FILHO, H.; MORAIS, N.; ROCA, R.G.F. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas labiopalatinas na população escolar de Bauru. *Rev. Fac. Odonto São Paulo*, 1968; 7:111 -28.
- NEVILLE, B. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Elsevier Brasil, 2016.
- PASTENAK, B.; SVANSTROM, H.; HIVIID, A. Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes. *New England Journal of Medicine.* 2013; 368(9), 814-823.
- ROBIN, N.H.; BATY, H.F.; GUYTON, J.F.C.; MANN, J.; WOOLLE, A.L.; WAITE, P.D.; GRANT, J. The multidisciplinary evaluation and management of cleft lip and palate. *South. Med. J.* October, 2006; 99: 1111-1120.
- SAAL, H.M. Syndromes and malformations associated with cleft or without cleft palate Am. *J Hum Gente.* 1998; 64A118.

- SHI, M.; WEHBY, G.L.; MURRAY, J.C. Review on genetic variants and maternal smoking in the etiology of oral clefts and other birth defects. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2008; 84(1):16–29.
- SILVA FILHO, O.G.D.; FERRARI JÚNIOR, F.M.; ROCHA, D.L.; FREITAS, J.A.D.S. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Revista Brasileira de Cirurgia*, 1992; 82(2), 59-65.
- SILVA FILHO, O.G.; TELES, S.G.; OZAWA, T.O.; CAPELOZZA FILHO, L. Secondary bone graft and eruption on the permanent canine in patients with alveolar clefts: literature review and case report. *Angle Orthod*. 2000; 70:174-8.
- SPINA, V.P.J.M.; PSILLAKIS, J.M.; LAPA, F.S.; FERREIRA, M.C. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo*, 1972 27(1), 5-6.
- TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. 2007.
- STEVEN, M.R.; EMAM, H.A. Dental implant prosthetic rehabilitation: allogeneic grafting/bone graft substitutes in implant dentistry. Current therapy in oral and maxillofacial surgery. *St. Louis, Mo: Elsevier*. Saunders, 2011; p. 157-162.

SEXUALIDADE MASCULINA: RELATOS PRODUZIDOS EM UM GRUPO DE HOMENS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Cezar Prado Miranda (*in memoriam*)
Evelise Rigoni de Faria

A triste notícia do falecimento do Cezar, em 17 de setembro de 2018, de forma inesperada provocou, em todos que com ele conviviam, uma enorme tristeza. Quem o conhecia sabia de seu carisma, afeto e bom coração, e conhecia também a sua dedicação e envolvimento com a psicologia, a saúde pública, a garantia de direitos. A história desse artigo iniciou em 2015, quando Cezar começou a residência em Saúde da Família e Comunidade/GHC, na Unidade de Saúde Barão de Bagé. Lá, sob supervisão da psicóloga Camila Guedes Henn, acompanhou o grupo de homens da unidade, experiência que o motivou a escrever sobre este espaço de saúde. Cezar me convidou para orientar seu trabalho de conclusão da residência sobre este tema, e o desenvolveu nos meses seguintes, finalizando em meados de 2017. A partir daquele momento, estabeleceu como meta a divulgação deste trabalho. Apresentou seus resultados em congressos científicos e estávamos organizando o material para publicá-lo em periódico da área da saúde, tudo concomitante às atividades que vinha desenvolvendo na residência de Saúde Mental/GHC, iniciada em 2017. Sua partida precoce se deu em meio a esse momento repleto de vida e atividade, deixando-nos todos abalados. Superada a consternação inicial, inominável, e a profunda dificuldade de movimentar uma produção de sua autoria sem sua presença, cabe agora retomar seu objetivo de divulgação dos dados e tornar permanente seus achados através da publicação do trabalho do Cezar neste livro da residência multiprofissional em saúde, que ele tanto viveu.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) reafirma o compromisso com a integralidade, a equidade e a universalidade no acesso aos serviços de assistência, levando em consideração inúmeras dimensões que influenciam e condicionam a situação de saúde dos sujeitos (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) deve observar a saúde do homem à luz das diretrizes preconizadas pelo SUS, incluindo atenção integral e humanizada (BRASIL, 2009). Para isso, aponta a necessidade de se contemplar a abordagem da sexualidade masculina através de uma perspectiva de promoção da saúde. Sexualidade é compreendida, aqui, em conformidade à Organização Mundial da Saúde (OMS), como um aspecto central da vida do sujeito, que além do ato sexual, contempla questões referentes a gênero, intimidade, valores, afetos, reprodução e orientação sexual (OMS, 2017).

Embora essa visão ampliada sobre a sexualidade seja preconizada pela OMS, implementá-la, no cotidiano dos serviços de assistência à saúde, tem sido um desafio, sobretudo, quando se trata da sexualidade masculina. Diversos estudos da área (COUTO e DANTAS, 2016; PINHEIRO, COUTO e SILVA, 2011; GIRODET et al., 2019), incluindo

dados nacionais e internacionais, indicam que a temática da sexualidade masculina, no contexto da saúde, tem sido associada a discussões que, frequentemente, abordam condições clínicas, tais como infertilidade, problemas relativos à ereção, prevenção de câncer de próstata e de doenças sexualmente transmissíveis. Mesmo estudos voltados a investigar qualidade de vida sexual na população masculina ainda centram a atenção em contextos possivelmente afetados por determinadas condições clínicas, como é o caso de homens sobreviventes de câncer de próstata (GIRODET et al., 2019) ou que apresentam disfunções do trato urinário (RANTELL et al., 2017). Embora de grande importância para a saúde do homem, tais abordagens ainda se mostram bastante voltadas ao funcionamento do homem e sua condição clínica, e menos à dimensão relacional, aos valores e às construções sociais do masculino, que podem impactar a forma como o homem relaciona-se com os serviços de saúde.

Essa redução da temática da sexualidade pode estar relacionada, dentre outros fatores, à formação dos profissionais da saúde, ainda bastante centrada em questões orgânicas e patologias, e menos voltada à dimensão mais ampla e relacional da saúde e da sexualidade (COUTO e DANTAS, 2016; GOMES, 2008).

O estudo de Pinheiro et al. (2011) buscou compreender a relação entre o masculino e os serviços de saúde da atenção primária, considerando a perspectiva de promoção de saúde (BRASIL, 2017) e a possibilidade uma abordagem ampliada da sexualidade masculina nesse contexto. Os achados demonstraram que ainda prevalece, entre os profissionais, uma abordagem da sexualidade masculina superficial e voltada à medicalização. Com base em observações etnográficas e entrevista com homens usuários de serviço de saúde, Pinheiro et al. (2011) encontraram limites nessa atuação, pois constataram que os usuários apresentavam resistência à procura por atendimento quando se tratava de demanda referente à sexualidade. Além disso, a abordagem dessa temática, por parte dos profissionais de saúde, mostrava-se difícil e acompanhada de tensões, comprometendo o acolhimento, a informação, orientação e discussões acerca da sexualidade masculina.

Tais achados encontram paralelos com dados de uma revisão integrativa que analisou a implementação da PNAISH (BARRETO et al., 2018), que indica como fragilidades e dificuldades, por parte dos gestores, planejar e articular ações voltadas ao público masculino, promover atividades de sensibilização e capacitação junto aos profissionais, além de integrar os usuários homens no diálogo através de escuta ativa de suas reais necessidades. Ainda se percebe certa invisibilidade da população masculina no contexto da assistência à saúde (COUTO et al., 2010), visto que grande parte dos

profissionais não parece qualificada para resolver as demandas trazidas pelos homens. Além disso, nem sempre a população masculina é alvo das intervenções assistenciais, sendo baixa a incorporação dos homens na estruturação e implantação das ações e programas de assistência.

Dessa forma, há escassez de espaços definidos nos quais a sexualidade masculina seja pauta de discussões e intervenções em saúde (COUTO et al., 2010). Questões referentes às angústias, dúvidas e receios da população masculina quanto à sexualidade, bem como as relações e significados atribuídos pelos sujeitos, de forma geral, não são contempladas nos atendimentos de saúde dispensados e, quando ocorrem, são marcadas por construções tradicionais do masculino (FIGUEIREDO e SCHRAIBER, 2011; PINHEIRO et al., 2011). Tais construções ainda são bastante pautadas em representações de impulsividade e potência sexual, associadas à virilidade e autoafirmação masculina, e à lógica heterossexual, existindo uma desqualificação dos homossexuais nas interpretações sobre o masculino (FIGUEIREDO e SCHRAIBER, 2011). No entanto, os autores também consideram existir um movimento de contestação em relação a esse modelo tradicional, que limita o comportamento masculino e mobiliza insegurança e angústia ao próprio homem, e que diferentes dimensões possam ser consideradas na perspectiva de gênero nas ações de atenção primárias, sob o risco de impactar a própria saúde do homem.

Considerando que a abordagem sobre a sexualidade masculina, em seu sentido ampliado, ainda é escassa nos serviços de saúde, bem como espaços que incluam a participação de homens usuários e suas necessidades, o presente estudo teve por objetivo analisar representações sobre sexualidade masculina, produzidas entre homens usuários da rede de atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Este estudo consiste de uma pesquisa qualitativa que analisou relatos oriundos de três encontros de um grupo de homens, desenvolvido em uma Unidade de Saúde do Sistema Único de Saúde, localizada no município de Porto Alegre - RS. Esse grupo compõe a rotina de atividades da unidade desde 1999, tem caráter aberto, semanal, e participam homens adultos moradores do território adscrito à unidade. O grupo é facilitado por profissionais da equipe e tem como objetivo oportunizar um espaço onde os membros possam expressar suas opiniões, pensamentos e histórias de vida, trabalhando com questões relevantes à saúde do homem, trazidas pelos próprios participantes, partindo-se de uma perspectiva de promoção e prevenção da saúde.

Cada um dos três encontros grupais observados para o presente estudo teve duração aproximada de 90 minutos e foram compostos por um número médio de seis participantes, a maioria idosos. Os referidos encontros contaram com dois facilitadores das áreas de medicina e psicologia (este também autor do presente estudo). Antes do início de cada encontro grupal, o pesquisador apresentava o estudo e os participantes assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nesses encontros, o grupo transcorria de forma habitual, sem intervenções específicas relacionadas ao presente estudo. Embora o grupo de homens não tivesse por objetivo abordar, especificamente, a sexualidade masculina, a experiência nesse espaço mostrava ser essa uma temática bastante recorrente e, por esse motivo, entendeu-se não ser necessário interferir no movimento natural do grupo.

Foram observados quatro encontros, sendo que, em três deles, a temática da sexualidade masculina foi trazida pelos participantes, e cujos relatos foram incluídos neste estudo. Todos os encontros grupais foram gravados em áudio. O estudo foi considerado ético e metodologicamente adequado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (processo no. 1506971). Não há conflitos de interesse envolvidos no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após transcrição das falas produzidas nos grupos observados, os relatos foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo temática descrita por Minayo (2006). A análise foi direcionada para a presença e conteúdo de relatos pertinentes à sexualidade masculina, considerando-se, aqui, sexualidade como um aspecto central da vida do ser humano, que engloba além do ato sexual, questões de gênero, identidade, relações interpessoais, prazer, intimidade, valores e comportamentos, e que sofre constante influência da cultura e sociedade na qual os sujeitos estão inseridos (OMS, 2017).

A análise de conteúdo possibilitou identificar três categorias temáticas centrais: 1) Cuidados com a saúde; 2) Expressões de afeto do homem; e 3) Gênero: cultura e estereótipos. As mesmas são descritas a seguir e ilustradas com relatos dos participantes. Ao final de cada categoria, há uma breve discussão da mesma à luz da literatura.

Cuidados de saúde

Esta categoria refere-se à forma como os participantes apresentam e discutem questões referentes aos cuidados em saúde, em especial, ao exame de toque retal, que

visa investigar e prevenir alterações da região. Trata-se de temática recorrente em discussões sobre saúde do homem e sexualidade masculina (PINHEIRO et al., 2011), conforme ilustram os relatos a seguir:

“Tu não fez ainda [exame de toque], mas tu vai fazer futuramente, com certeza. A hora que tu tiver que fazer o exame de toque [...] é desconfortável. Eu já fiz, fiz mais de uma vez, e é muito desconfortável” (participante 1, grupo 2).

“Eu tinha vindo aqui, a médica já tinha tocado o dedo com a mão e tudo, a sorte que o dedo era fininho e aí não tem problema [...]. Imagina se chamam dez alunos pra meter o dedo, aí to ferrado!” (participante 2, grupo 2).

“Pra mim é desconfortável porque o seguinte... o homem ele tem aquela história, o machismo, descer as calças, virar e ficar de bunda pra alguém meter o dedo, é desconfortável, [...] acho que é pela parte machista né, [...] acho que faz parte do homem, do masculino” (participante 1, grupo 2).

Percebe-se que os participantes da pesquisa referem o exame do toque como desconfortável e associam a questões relativas à cultura machista presente na sociedade. É comum o exame estar cercado de angústias e tensões, visto que o procedimento tende a ser presente no imaginário social como uma ameaça à masculinidade (PINHEIRO et al., 2011), gerando, na população masculina, constrangimentos e resistências em relação ao exame.

Constata-se que a resistência para realizar o exame também advém de um imaginário que posiciona o procedimento como algo vexatório e constrangedor, no qual o homem é situado em uma condição de passivo, conspirando contra a noção socialmente construída de masculino (NASCIMENTO, 2009). Além disso, conforme observado nos relatos (participante 2, grupo 2), a referência ao tamanho do dedo do profissional que realiza o exame consistiria em uma alusão ao tamanho do pênis, que violaria a masculinidade do paciente (NASCIMENTO, 2009). Entretanto, também pode perceber-se que há discursos diferentes frente às resistências ao exame retal. Embora todos os participantes associavam o desconforto a questões culturais, alguns referiam não se sentirem constrangidos:

“É machismo, é desconfortável, mas tem que fazer. Mas não é para todo o homem, eu não tenho constrangimento nenhum se tiver que fazer. Hoje isso é uma ignorância” (participante 3, grupo 2).

De uma forma geral, percebe-se que questões de gênero enraizadas na cultura podem comprometer os cuidados em saúde dos homens, principalmente, no que diz

respeito à promoção e prevenção da saúde (Couto et al., 2010). O câncer de próstata está entre as principais causas de morte na população masculina causadas por neoplasias, sendo, muitas vezes, consequência de um diagnóstico tardio (GOMES, 2003). Assim, questões que comprometem a prevenção do câncer de próstata, como o receio da dor física e simbólica causada pelo exame do toque, devem ser foco no acompanhamento em saúde da população masculina.

Expressões de afeto do homem

A segunda categoria refere-se à forma como os homens demonstram sentimentos e afetos em suas relações cotidianas. Os relatos mostram que os homens reconhecem a importância da expressão do afeto nos relacionamentos pessoais, especialmente, nas relações amorosas:

“É, o afeto... eu penso assim, é por isto que existe a parte sexual de dois homens, duas mulheres, eu vejo na tv e tenho cuidado muito, sinto nelas o afeto, o carinho que elas não recebem... elas falam que não tem carinho, é sempre a mesma coisa, rotina... aí assim não existe clima, mas pra elas, mulheres novas reclamando que não há carinho no sexo” (participante 5, grupo 1).

“Se quero fazer sexo e a minha mulher não quer, eu não viro pro canto, vou fazer um carinho, uma massagem, é um afeto... sexo pra mim não é só abrir as pernas e botar. É bom? É, mas eu acho que assim como tu gosta de um carinho, as mulheres gostam... porque hoje tem homem com homem e mulher com mulher? Principalmente mulher com mulher, é por causa do afeto” (participante 4, grupo 1).

Os participantes também realizaram relatos sobre a expressão afetiva em outras relações de seu cotidiano, como é o caso das amizades e na família:

“Todo homem tem seu lado feminino, por exemplo, dentro da amizade, você nunca abraçou um amigo, um irmão? Um beijo na testa ou no rosto. É um lado feminino [...], a mulher é mais carinhosa, o homem muitas vezes tem vontade de fazer e se retrai por vergonha” (participante 1, grupo 1).

“Na minha época não existia esse negócio de beijar pai, nem a mãe a gente beijava, então eu nunca dei um beijo no meu pai, ele morreu e eu nunca dei. [...] Nem dos meus filhos, não tive isso de ‘pai eu te amo’. [...] O afeto foi pouco, não foi muito. Mas fui responsável pra cada um tomar seu caminho” (participante 2, grupo 1).

“Eu sempre amei e sempre beijei minha mãe e meu pai. Não disse pro meu filho que tem que fazer isso aí, mas hoje cheguei na fisioterapia e meu filho estava lá, e ele

disse: ‘Oi, pai’, e me deu um beijo. As pessoas olham e dizem: ‘como ele é carinhoso com o senhor’. Eu nunca ensinei, mas é assim, vem de berço” (participante 3, grupo 1).

A literatura ressalta que o homem (SANTOS, 2015), através de instituições socializadoras como família, escola, grupo de amigos e local de trabalho, aprende a regular e conter a expressão emocional, incorporando um modelo de masculinidade que dificulta a expressão de emoções e afetos, polarizando razão e emoção, associando-as respectivamente à masculinidade e feminilidade. Nesse sentido, as relações de paternidade podem ter dificuldades particulares, já que envolvem a relação pai homem - filho homem, que foi, inclusive, mencionada por um participante. Tal modelo associa masculino à força, independência, autonomia e ao controle das emoções, levando os homens a incorporarem a ideia de que expressar emoções seria sinônimo de fraqueza, ameaçando, assim, sua masculinidade (SANTOS, 2015). Entre os participantes, ficou evidente essa associação entre afeto e feminino, na qual a expressão de afeto é considerada o lado feminino do homem, o que, muitas vezes, leva os homens a assumirem posições mais contidas na área afetiva. Os relatos, no entanto, também mostraram homens sensíveis e passíveis de demonstrarem afetividade em seus relacionamentos amorosos, flexibilizando, de certa forma, esse modelo masculino baseado no controle das emoções.

Gênero: cultura e estereótipos

A última categoria diz respeito a questões de gênero enraizadas na cultura que perpassam a sexualidade masculina. Aqui, os relatos são agrupados em três subcategorias: *Considerações sobre o papel do homem*; *Considerações sobre o papel da mulher*; e *Considerações sobre a diversidade sexual e de gênero*.

Considerações sobre o papel do homem

Os relatos desta subcategoria mostram como os homens abordam questões referentes ao papel social do homem e a influência destas no campo da sexualidade, como pode ser visto a seguir:

“O homem foi criado pra ser macho” (participante 3, grupo 1).

“Pra ver como é a cultura do machismo: A mulher não pode, se só vai cumprimentar já dizem que é puta, [...] agora o homem, não dizem que é galinha, dizem que é pegador” (participante 5, grupo 1).

“- É como eu disse, o homem tem o sexo na cabeça” (participante 3, grupo 1).

- *“Cultural, eu acho, [...] porque isso já vem de muitos anos, e nunca foi contrariado”* (participante 2, grupo 1).

- *“Eu concordo, é cultural, é como tu aprendeu”* (participante 5, grupo 1).

Os participantes fazem referência a questões de gênero enquanto construções culturais, que são aprendidas através da criação e de espaços de socialização, e que situam o homem, na esfera da sexualidade, como forte, ativo e potente. O conceito de gênero refere-se à maneira como as características sexuais são compreendidas e representadas em determinado contexto social ou período histórico (LOURO, 2014). Nesse sentido, não busca negar a dimensão biológica, porém ressalta a construção social e histórica produzida em cima dessa dimensão. Assim, a construção de papéis masculinos e femininos é acompanhada dos padrões, normas e regras sociais que definem os comportamentos, as posturas e as formas de se relacionar dos sujeitos, em uma determinada sociedade, através dos quais se pode considerar o que seria socialmente adequado para um homem ou para uma mulher.

Nos relatos, percebe-se que, muitas vezes, o ato sexual é a forma de comprovar a masculinidade, na qual a heterossexualidade surge como orientação sexual reguladora da sexualidade masculina:

“É, antigamente, se a guria tá dando banda pra ti e tu não ia, diziam que tu era boiola” (participante 3, grupo 1).

“Acontece que o homem é que nem um tigre: se ele encontra morto, ele come... senão ele mata pra comer” (participante 5, grupo 1).

“O homem, lá sete, oito, nove anos, ele já começa, não digo relação sexual, mas ele vai indo [...]. Aí ele já fica conhecendo a mulher, daqui a pouco já tá com dez, já tá comendo uma de 15... ele faz isso” (participante 6, grupo 1).

O ato sexual é referido como um componente importante na construção das masculinidades, visto como algo pertencente ao processo de aprender a ser homem. Sendo assim, o desempenho sexual funciona como uma das principais referências no modelo de comportamento esperado pelos homens (LOURO, 2014).

Considerações sobre o papel da mulher

Seguindo a mesma lógica da subcategoria anterior, também foi possível identificar as percepções dos participantes da pesquisa frente ao papel social atribuído às mulheres, conforme ilustram os relatos:

“Antigamente quem chegava era o homem, a mulher agora que é a dona da situação” (participante 4, grupo 3).

“Eu tenho seis filhos, só eu trabalhei, a minha mulher ficou pra cuidar os filhos, entendeu? Isso era normal, a gente já tinha aquele planejamento de que ela não ia trabalhar pra cuidar dos filhos, [...] nossa cabeça era assim” (participante 2, grupo 1).

“Elas andam...já nem é mais calcinha, é um cordão que elas usam, elas vão se mostrando, mas aquilo não quer dizer que esteja te convidando. Ela se sente liberal, quer se mostrar” (participante 3, grupo 3).

“Não era assim mesmo, todo mundo tinha vergonha, o papo [sobre sexualidade] não entrava. E hoje é na televisão, em tudo que é lugar, no consultório médico. [...] Era um tabu pra todo mundo. Mulher tinha saia comprida, não aparecia o corpo. Namorar era longe um do outro, duas cadeiras separadas” (participante 2, grupo 3).

Percebe-se que os participantes referem mudanças no papel e comportamento das mulheres associadas a mudanças socioculturais. Os homens participantes referem as mulheres, no momento presente, como mais ativas, liberais, resultando em uma mudança também nas relações entre os gêneros, associando parte dessas mudanças às mídias e à maior abertura para se abordar a sexualidade. Na dimensão relacional do conceito de gênero e considerando as mudanças na subjetividade feminina e o movimento político das mulheres, pode-se considerar desafiador, para muitos homens, lidarem com as mudanças e conquistas femininas, inclusive na esfera da sexualidade. O gênero feminino, embora atraente, pode tornar-se uma ameaça para a construção da masculinidade em sua concepção hegemônica (BORIS, BLOC, e TEÓFILO, 2012; LOURO, 2014).

O relato a seguir mostra, simultaneamente, a imersão dos homens em um modelo cultural hegemônico do feminino/masculino e, também, um movimento de questionamento e resistência a ele:

“- Vocês tavam falando e eu tava pensando, o cara que é uma criança, um menino, vai crescendo, crescendo, aí chega na hora, na parte sexual, ele começa trepando, batendo punheta, aí agora te pergunto, e uma menina? Também, chegou a uma certa idade e tal, mas, as coisas parece que não acontecem assim, porque esse homem que tá crescendo tem que pegar, arrumar, até bicho, e uma menina... eu acho que ela nem pensa.[...] O homem pensa mais ligeiro, parece que não chama atenção do sexo feminino” (participante 6, grupo 1).

- *“É a cultura... por exemplo, eu tenho duas filhas, e meu concunhado tem dois filhos, e ele diz: ‘Cuida das tuas cabritas que meus bodes estão soltos’”* (participante 5, grupo 1).

- *“Isso aí é cultura, [...] e é um pouco de preconceito, né? Porque tá diminuindo as meninas... no caso o sexo feminino, se procura diminuir né: ‘cuida delas que meus cabritos estão soltos’”* (participante 2, grupo 1).

- *“Esse negócio aí de pular cerca e essa coisa toda, vocês gostariam que a mulher fizesse a mesma coisa?”* (participante 3, grupo 1).

- *“Boa pergunta”* (participante 5, grupo 1).

- *“Óbvio que não”* (participante 6, grupo 1).

- *“Porque não? Porque só tu pode ter razões e motivos? Os direitos são iguais”* (participante 3, grupo 1).

Embora os participantes reforcem estereótipos de gênero, também apresentavam uma crítica aos mesmos, de forma que é possível perceber uma abertura para o diálogo e problematização desses aspectos. Nesse sentido, as considerações sobre gênero precisam ser analisadas através dos arranjos sociais, do período histórico, das representações e das condições de acesso aos recursos sociais (LOURO, 2014).

Considerações sobre a diversidade sexual e de gênero

Por fim, alguns relatos grupais envolvendo sexualidade masculina também foram atravessados pela temática da diversidade sexual e de gênero. Percebe-se certa dificuldade no diálogo e uso de termos e conceitos relacionados, conforme se observa nos relatos a seguir:

“Eu conheço bastante esse...isso, por exemplo, como eu diria? Essas pessoas... porque eu trabalhei muito em táxi, com o público, então convivi bastante, [...] agora eu nunca fiquei confortável quando, por exemplo, duas mulheres se beijavam na boca, ou dois homens.[...] Dois homens para a cama não serve, e duas mulheres pra cama também não serve” (participante 1, grupo 1).

A resistência diante da homossexualidade pareceu ainda mais evidente quando se tratava da homossexualidade masculina, que foi reduzida à passividade sexual:

“Ah, mas mulher com mulher não tem problema... qual é o problema?” (participante 2, grupo 1).

“Veado gosta de dar!” (participante 1, grupo 1).

“O homem que come o homem, então... o comedor é viado? O outro é o comedor!” (participante 3, grupo 1).

“Pois é, por exemplo, o homem requisita muito o travesti né... o homem gay, porque o que tem de homem que gosta de homem é impressionante. O homem, por exemplo, muitas vezes ele tá no armário e ele quer dar o botão de qualquer forma e tem vergonha de chegar no homem, e pra ele chegar no travesti é fácil. Pra ele, chegar no homem é difícil. Ele chega no travesti e o travesti vai sair com ele, como mulher, e vai pegar o botão dele” (participante 1, grupo 1).

As falas parecem refletir uma visão preconceituosa da sociedade em relação à passividade sexual, apresentada, muitas vezes, como submissão. O passivo sexual é representado com certa inferioridade, enquanto o ativo sexual é visto como forte e dominador (BORIS et al., 2012). Percebe-se, durante as discussões, uma necessidade dos homens participantes em se afirmar enquanto não homossexual:

“Eu não sei disso, eu não sou veado” (participante 3, grupo 1).

“Olha, não é experiência minha, mas é conhecimento meu. Eu me garanto, eu me garanto. Eu não tenho problema nenhum de dormir do lado de outro homem, como não tenho medo de dormir do lado de uma mulher. Eu me garanto, eu sei o que eu sou” (participante 1, grupo 1).

Os relatos também mostram a presença de termos pejorativos em referência a relações homoafetivas. A presença de um discurso machista hegemônico, somado a certo desconhecimento dos participantes frente à temática da diversidade sexual e de gênero, contribui para a manutenção e reprodução de preconceitos e ideias equivocadas.

Analisando-se conjuntamente as subcategorias, percebe-se que os participantes abordavam a dimensão relacional entre os gêneros, apontando que as diferenças entre estes seriam justificadas por questões socioculturais. Devido à relação entre masculino e feminino, percebe-se que falar sobre sexualidade masculina é abrir o diálogo para pensar questões do gênero feminino e das relações estabelecidas entre ambos. Constata-se que a construção da masculinidade ainda é influenciada por valores de uma sociedade machista e patriarcal, em que tais valores também são expressos na forma como os homens vivenciam sua sexualidade.

DISCUSSÃO GERAL

O presente estudo analisou representações sobre sexualidade masculina, produzidas entre homens usuários da rede de atenção primária à saúde. Os relatos produzidos nos grupos observados mostraram que a sexualidade foi representada de forma bastante ampla, desde a esfera mais biológica e ligada aos cuidados de saúde, passando pelas dinâmicas relacionais e ampliando-se para aspectos sociais e culturais. Identificou-se que questões relacionadas ao conceito de gênero influenciavam, de forma significativa, várias instâncias da vida dos homens, incluindo a forma como estes se relacionam, a percepção que possuem de si e dos demais, a maneira como percebem e realizam os cuidados em saúde e a forma como vivenciam sua sexualidade.

Percebe-se a marca do modelo masculino hegemônico atravessando as representações dos homens sobre a sua sexualidade, com ênfase em características como virilidade, controle das emoções, dominação, autonomia e atividade, construídas através da orientação heterossexual (GOMES, 2003; SANTOS, 2015). Constata-se, em alguma medida, um movimento que percebe a sexualidade masculina como temporal e dinâmica e reconhece algumas mudanças sociais nas representações de masculino e feminino.

Nesse sentido, os relatos destacaram a possibilidade e importância da expressão de afeto do homem em suas relações, e mudanças no papel social das mulheres, percebidas, por um lado, com certo reconhecimento e valor, e por outro, como uma ameaça ao masculino. Mais ameaçador, no entanto, pareceu ser o reconhecimento da diversidade sexual, que conflita com o modelo masculino hegemônico e mobiliza resistência e preconceito (BORIS et al., 2012; GOMES, 2003).

Embora os participantes da pesquisa reforcem estereótipos de gênero, possivelmente resultantes da maneira como foram socializados, e encarem conquistas do gênero feminino a aspectos das diversidades sexuais como possíveis ameaças ao masculino, os homens apresentam-se também buscando esse diálogo acerca da sexualidade masculina, visto que todos os relatos surgiram de forma espontânea em um espaço grupal que compõe a rotina de um serviço de atenção primária à saúde.

Constata-se que a sexualidade masculina, em sua dimensão biológica, relacional e cultural, deve ser pautada das discussões na área da saúde, sobretudo, àquelas voltadas à saúde do homem, como parte do que preconiza a PNAISH. Ressalta-se a importância de se considerar a sexualidade masculina de forma ampliada, complexa, articulando saberes de profissionais e usuários, visando à promoção de saúde e ao bem-estar pessoal, social, físico e mental do homem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou representações sobre sexualidade masculina, produzidas entre homens usuários da rede de atenção primária à saúde, que abarcam diferentes níveis de suas vidas, incluindo seus cuidados de saúde, relacionamentos afetivos e vivências sociais e culturais. Ficou evidente, a partir dos dados obtidos, que questões culturais relacionadas ao conceito de gênero e papéis estereotipados sobre masculinidade e feminilidade influenciam, significativamente, na forma como os homens constituem e vivenciam sua sexualidade. Tal influência, muitas vezes, torna-se limitadora, podendo dificultar a realização de cuidados de saúde e a expressão de afetos.

Diante desses achados, algumas considerações são importantes. O grupo observado foi composto de homens idosos, o que envolve influências culturais e geracionais à percepção da sexualidade masculina, que devem ser compreendidas nesse contexto. Além disso, o estudo envolveu um número pequeno de observações, o que não permite generalizações sobre os achados, embora se possa considerar que os relatos identificados estejam desvelando significados plausíveis de estarem presentes também na vivência de outros homens que vivenciem contextos semelhantes. Por fim, devido à complexidade da temática, mais estudos ainda são necessários, envolvendo diferentes opções metodológicas, de forma a melhor contemplar a sexualidade masculina nas rotinas dos serviços de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, E.F.; CRISPIM, J.E.B.; NOGUEIRA, W.B.A.G.; ALMEIDA, S.A. A implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem: estado da arte. *Cuidado é fundamental (Online)*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 80-84, 2018.
- BORIS, G.D.J.B.; BLOC, L.G.; TEÓFILO, M.C.C. Os rituais da construção da subjetividade masculina. *O público e o privado*, v.19, p.17-32, 2012.
- BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20/09/1990. 1990a.
- BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31/12/1990. 1990b.
- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2009.
- BRASIL. *Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção

Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22/09/2017.

COUTO, M.T.; DANTAS, S.M.V. Gênero, masculinidade e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. *Saúde e Sociedade*, v.25, n.4, p.857-68, 2016.

COUTO, M.T.; PINHEIRO, T.F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G.S.N.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W.S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.14, n.33, p.257-270, 2010.

FIGUEIREDO, W.S.; SCHRAIBER, L.B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.1, p.935-944, 2011.

GIRODET, M.; BOUHNICK, A.D.; MANCINI, J.; PERETTI-WATEL, P.; BENDIANE, M.K.; RAY-COQUARD, I.; PREAU, M. Sexual desire of French representative prostate cancer survivors 2 years after diagnosis (the VICAN survey). *Support Care Cancer*, v.27, n.7, p.2517-2524, 2019.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.8, n.3, p.825-829, 2003.

GOMES, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2008.

LOURO, G.L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. 16a. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9a. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2006.

NASCIMENTO, M.R. *Câncer de próstata e masculinidade: motivações e barreiras para a realização do diagnóstico precoce da doença*. Caxambu, MG: Abesp, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, 2017.

PINHEIRO, T.F.; COUTO, M.T.; SILVA, G.S.N. Questões de sexualidade masculina na atenção primária: gênero e medicalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.15, n.38, p.845-58, 2011.

RANTELL, A.; APOSTOLIDIS, A.; ANDING, R.; KIRSCHNER-HERMANN, R.; CARDOZO, L. How does lower urinary tract dysfunction affect sexual function in men and women? ICI-RS 2015-Part 1. *Neurourology and Urodynamics*, v.36, n.4, p.949-952, 2017.

SANTOS, L. Homens e expressão emocional e afetiva: vozes de desconforto associadas a uma herança instituída. *Configurações*, v.15, p.31-48, 2015.

Sobre os autores

Alex Antônio Dumann da Cunha, Enfermeiro, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: alex.dumann@gmail.com

Aline Iara de Sousa, Enfermeira. Assistente de Coordenação da Unidade Coimma da Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Mestre em Enfermagem (UFRGS). Especialista em Saúde Pública (UFRGS) e Especialista em docência na saúde (UFRGS). E-mail: saline@ghc.com.br

Aline Zeller Branchi, Licenciada em Letras. Mestre em Saúde Coletiva (UFRGS). Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva (UFRGS). Técnica em Educação e Apoio Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do GHC. E-mail: alineb@ghc.com.br

Ana Lúcia Valdez Poletto, Assistente Social. Mestre em Educação (UFRGS). Atua na Gerência de Saúde Comunitária do GHC. E-mail: plucia@ghc.com.br

Ananyr Porto Fajardo, Doutora em Educação (UFRGS). Mestre em Odontologia (UFRGS). Odontóloga. Atua na Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC. E-mail: fananyr@ghc.com.br

Bruna Aparecida Kapper, Graduada em Psicologia. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (COREMU – GHC – Turma 2018-2020). E-mail: kapperbru@gmail.com

Camila Bonalume Dall' Aqua, Graduada. Especialização em Atenção Materno infantil e Obstetrícia (COREMU – GHC – Turma 2016-2018). Atua no Hospital Moinhos de Vento, no Projeto HPV, do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). E-mail: cami.dallaqua@gmail.com

Caren Bavaresco, Graduada em Odontologia. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva (ABO-RS). Mestre em Ciências Biológicas (Bioquímica) e Doutora em Bioquímica (UFRGS). Atua como odontóloga no Serviço de Saúde Comunitária do GHC e Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). E-mail: c_bavaresco@yahoo.com.br

Cássio Andrade Machado, Bacharel em Psicologia e licenciado pela UFRGS. Especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde (UFRGS). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (COREMU – GHC – Turma 2014-2016). Atua como Técnico em Educação no Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: cassioandrademachado@gmail.com

Cezar Prado Miranda (*in memoriam*) foi psicólogo, Especialista em Saúde da Família e Comunidade (COREMU – GHC – Turma 2015/2016). Foi residente do Programa de Saúde Mental, Turma 2017/2018. A pesquisa apresentada consiste no Trabalho de Conclusão da Residência em Saúde da Família e Comunidade.

Circe Maria Jandrey, Cirurgiã-Dentista. Mestre em Odontologia (UFRGS). Doutora em Educação (UFRGS). Atua como cirurgiã-dentista no Serviço de Saúde Comunitária do GHC e integra o quadro de servidores inativos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: circe.jandrey@gmail.com

Eliana Dable de Mello, Psicóloga. Doutora em Educação (UFRGS), Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). E-mail: elianamello3@gmail.com

Elisandra dos Santos Soares, Bacharel em Fonoaudiologia. Pós-graduada em Atenção Domiciliar. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (COREMU – GHC – Turma 2017-2019). E-mail: elisrselis@gmail.com

Elisandro Rodrigues, Pedagogo. Doutor em Educação (UNISINOS). Mestre em Saúde Coletiva (UFRGS). Especialista em Saúde Mental Coletiva (UFRGS). Coordenador do Grupo de Pesquisa Narrativas em Saúde (GHC). Atua como Técnico em Educação e Apoio Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do GHC. E-mail: relisandro@ghc.com.br

Evelise Rigoni de Faria Psicóloga. Mestra e Doutora em Psicologia (UFRGS). Atua como psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Professora do PPG em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS (PPG ATSUS/GHC) e pesquisadora do Núcleo de Infância e Família (NUDIF/UFRGS). E-mail: everigoni@gmail.com

Fabiana Chaise, Fisioterapeuta. Mestra em Ciência do Movimento Humano (UFRGS). Especialista em Atenção ao Paciente Crítico (COREMU – GHC – Turma 2011-2013). Atua na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição. E-mail: fabianac@ghc.com.br

Fabiana Schneider, Psicóloga. Mestra em Produção e Avaliação e Avaliação de Tecnologias para o SUS (GHC). Atua como psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde do município de Marau na Estratégia Saúde da Família desenvolvendo a função de preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: fabischneider19@hotmail.com

Fernanda Mantese Paul, Psicóloga graduada. Especialista em Saúde Mental (COREMU – GHC – Turma 2018-2020). Atualmente está cursando a especialização em Psiquiatria e Psicanálise com Crianças e Adolescentes do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). E-mail: fernandampaul@gmail.com

Francine Moraes da Silva, Enfermeira. Mestra em Enfermagem em Saúde Mental (UFRGS). Especialista em Saúde Mental (COREMU – GHC – Turma 2015-2017). E-mail: morais.francine@hotmail.com

Gabriela Nascimento, Fisioterapeuta. Especialista em Atenção ao Paciente (COREMU – GHC – Turma 2016-2018). E-mail: gabi_nasci@hotmail.com

Giuliano Henrique Miao Luchi, Doutorado em Odontologia/Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (PUCRS). E-mail: giulianoluchi@gmail.com

Gregório Corrêa Patuzzi, Enfermeiro. Especialista em Atenção Materno infantil e Obstetrícia (COREMU – GHC – Turma 2016-2018). Atua no Centro Obstétrico do GHC. E-mail: gregoriop@ghc.com.br

Helena Weschenfelder Corrêa, Cirurgiã-dentista na Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre. Mestranda em Odontologia com ênfase em Saúde Coletiva (UFMG). Especialista em Saúde da Família, Turma 2016-2018. E-mail: helenawes@gmail.com

Jaqueline Fink, Nutricionista. Doutora em Medicina – Ciências Médicas (UFRGS). Preceptora do Programa de Atenção ao Paciente Crítico do GHC. Atua como nutricionista do Hospital Nossa Senhora da Conceição. E-mail: fjaqueline@ghc.com.br

Karoline Farinha Cassuriaga, Cirurgiã-Dentista. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (COREMU – GHC – Turma 2015-2017). E-mail: karolinefarinha@hotmail.com

Killian Colombo, Nutricionista. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (COREMU – GHC – Turma 2018-2020). Residente em Gestão em Saúde (COREMU – GHC – Turma 2020-2022). E-mail: killian_264k@hotmail.com

Lena Azeredo de Lima, Graduada em Nutrição. Mestra em Epidemiologia. Especialista em Nutrição Clínica com ênfase em Dietoterapia. Preceptora do Programa de Saúde da Família e Comunidade do GHC. Membro do Centro de Estudo e Pesquisa em Atenção Primária à Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (CEPAPS). E-mail: lenut68@gmail.com

Luana Gularte Barbosa, Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (COREMU – GHC – Turma 2018-2020). Especialista em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde (FAVENI). E-mail: luanagulartebarbosa@gmail.com

Luciana Bitello Firmino, Cirurgiã-dentista na Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre pelo GHC. Especialista em Saúde da Família. Mestra em Odontologia com ênfase em Cariologia-dentística pela UFRGS. E-mail: lu_bitello@hotmail.com

Luciana Rodriguez Barone, Doutora, Mestra e Especialista em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. E-mail: bluciana@ghc.com.br

Luciano Bedin da Costa, Psicólogo. Mestre e Doutor em Educação (UFRGS). Docente da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. E-mail: bedin.costa@gmail.com

Luciane Kopittke, Doutora em Ciências da Saúde (UFCSPA). Farmacêutica do Serviço de Saúde Comunitária GHC. Docente do Mestrado Profissional em Produção e Avaliação de Tecnologias para o SUS do GHC. E-mail: kluciane@ghc.com.br

Lilian Alves Schmitt, Bacharela em Ciências Biológicas pela PUCRS, licenciada pela UFRGS. Mestra em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da PUCRS. Bolsista de Doutorado no mesmo Programa, atuando na linha de pesquisa Teorias e Culturas em Educação.

Márcio Neres dos Santos, Enfermeiro. Doutor em Biologia Molecular e Celular Aplicada à Saúde. Mestre em Educação. Especialista em Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde e Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde. E-mail: nmarcio@ghc.com.br

Margaret Ivanir Schneider, Enfermeira. Atua na Unidade de Saúde Vila SESC do GHC. E-mail: margaretschneider@terra.com.br

Mariluce Anderle, Fisioterapeuta. Especialista em Atenção ao Paciente Crítico (COREMU – GHC – Turma 2016-2018).

Maria Marta Orofino, Terapeuta Ocupacional. Doutora em Letras (UFRGS). Coordenadora do Grupo de Pesquisa Narrativas em Saúde (GHC). Atua na Gerência de Saúde Comunitária do GHC. E-mail: martaorofino@gmail.com

Marina Haase da Costa Franco, Psicóloga. Especialista em Saúde Mental (COREMU – GHC – Turma 2016-2017). Especialista em Intervenção Psicanalítica na Clínica da Infância e Adolescência (UFRGS). Atua na Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED) do GHC. E-mail: hmarina@ghc.com.br

Mateus Augusto Pellens Baldissera, Psicólogo. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (COREMU – GHC – Turma 2014-2016). Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura (UFRGS). Trabalha em uma equipe de Abordagem Social para pessoas em situação de rua em Porto Alegre/RS. E-mail: mateusbaldissera@gmail.com

Nátalia Miranda Jung, Graduada em Nutrição. Doutora em Epidemiologia. Mestra em Epidemiologia com ênfase em Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS). Especialista em Ciências da Saúde e do Desporto e Atenção Básica em Saúde Coletiva. Nutricionista e preceptora do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. E-mail: nataliajung@ghc.com.br.

Núbia Rafaella Soares Moreira Torres, Graduada em Nutrição. Mestranda em Nutrição (UFRN). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (COREMU – GHC – Turma 2016-2018). E-mail: rafaellamoreira@hotmail.com

Pâmela Luiza Rezer de Freitas, Psicóloga. Especialista em Saúde da Família e Comunidade (COREMU – GHC – Turma 2017-2019). E-mail: pamela-rezer@hotmail.com

Primo Guilherme Pasqual, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (COREMU – GHC – Turma 2017 – 2020). E-mail: primopasqual@hotmail.com

Raquel Bortoluzzi Bertazzo, Fisioterapeuta. Especialista em Atenção ao Paciente Crítico pelo Grupo (COREMU – GHC – Turma 2018-2020). Mestra em Ciências Pneumológicas (UFRGS).

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Cirurgiã-dentista. Professora associada do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina/UFRGS. E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

Renata Pekelman, Médica. Mestra em Educação (UFRGS). Docente do curso de Medicina da UNISINOS. Atua como médica no Serviço de Saúde Comunitária do GHC. E-mail: renatapek@gmail.com

Roberta da Silva Brito Arguello, Cirurgiã-dentista. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (COREMU – GHC – Turma 2017-2020). E-mail: roberta.arguello@gmail.com

Sandra Rejane Soares Ferreira, Enfermeira do Setor de Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde da Gerência de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Mestra em Enfermagem (UFRGS). Especialista em Saúde Coletiva e Recursos Humanos (ESP/RS). Especialista em Educação Popular (UNISINOS). Especialista em Enfermagem em Saúde Pública (UFRGS). E-mail: fsandra@ghc.com.br

Thaiani Farias de Castilhos, Psicóloga. Mestra em Psicologia Social (PUCRS). Especialista em Atenção Básica (ESP/RS). Especialista em Dependência Química (UFRGS). Especialista em Preceptoria no SUS pelo Instituto Sírio Libanês e atual coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: thaianifv@gmail.com



Gráfica RJR

www.graficarjr.com.br

Impresso em sistema digital, com
papel proveniente de florestas
plantadas e certificadas.



Produzido com Energia Solar