



Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Glauber Weder dos Santos Silva
Mônica Gisele Costa Pinheiro
Suerda Lillian da Fonseca Lins
(Organizadores)

A SAÚDE MENTAL E COLETIVA NAS PERSPECTIVAS

FILOSÓFICA, REFLEXIVA,
CONCEITUAL E CONTEXTUAL



A SAÚDE MENTAL E COLETIVA NAS PERSPECTIVAS

FILOSÓFICA, REFLEXIVA,
CONCEITUAL E CONTEXTUAL



REITORA

Ângela Maria Paiva Cruz

VICE-REITOR

José Daniel Diniz Melo

DIRETORIA ADMINISTRATIVA DA EDUFERN

Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Diretor)
Wilson Fernandes de Araújo Filho (Diretor Adjunto)
Bruno Francisco Xavier (Secretário)

CONSELHO EDITORIAL

Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Presidente)	Julliane Tamara Araújo de Melo
Judithe da Costa Leite Albuquerque (Secretária)	Katia Aily Franco de Camargo
Alexandre Reche e Silva	Luciene da Silva Santos
Amanda Duarte Gondim	Magnólia Fernandes Florêncio
Ana Karla Pessoa Peixoto Bezerra	Márcia Maria de Cruz Castro
Anna Cecília Queiroz de Medeiros	Márcio Zikan Cardoso
Anna Emanuella Nelson dos Santos Cavalcanti da Rocha	Marcos Aurelio Felipe
Arrilton Araujo de Souza	Maria de Jesus Goncalves
Cândida de Souza	Maria Jalila Vieira de Figueiredo Leite
Carolina Todesco	Marta Maria de Araújo
Christianne Medeiros Cavalcante	Maurício Roberto C. de Macedo
Daniel Nelson Maciel	Paulo Ricardo Porfírio do Nascimento
Eduardo Jose Sande e Oliveira dos Santos Souza	Paulo Roberto Medeiros de Azevedo
Euzébia Maria de Pontes Targino Muniz	Richardson Naves Leão
Francisco Dutra de Macedo Filho	Roberval Edson Pinheiro de Lima
Francisco Welson Lima da Silva	Samuel Anderson de Oliveira Lima
Francisco Wildson Confessor	Sebastião Faustino Pereira Filho
Gilberto Corso	Sérgio Ricardo Fernandes de Araújo
Glória Regina de Góis Monteiro	Sibele Berenice Castella Pergher
Heather Dea Jennings	Tarciso André Ferreira Velho
Izabel Augusta Hazin Pires	Tercia Maria Souza de Moura Marques
Jorge Tarcísio da Rocha Falcão	Tiago Rocha Pinto
Wilson Fernandes de Araújo Filho	

EDITORIAÇÃO

Kamyla Álvares (Editora)
Isabelly Araújo (Colaboradora)
Suewellyn Cassimiro (Colaboradora)
Renata Coutinho (Colaboradora)

REVISÃO

Wildson Confessor (Coordenador)
Iane Marie (Colaboradora)

DESIGN EDITORIAL

Michele de Oliveira Mourão Holanda (Coordenadora e capa)
Eros Takezo Kalil (Obras artísticas)
Maurício Marcelo | Tikinet (Miolo)
Silvio César Guedes Júnior (Colaborador)

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Glauber Weder dos Santos Silva
Mônica Gisele Costa Pinheiro
Suerda Lillian da Fonseca Lins
Organizadores

A saúde mental e coletiva nas perspectivas filosófica, reflexiva, conceitual e contextual



Natal, 2018

Coordenadoria de Processos Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN | Biblioteca Central Zila Mamede

A saúde mental e coletiva nas perspectivas filosófica, reflexiva, conceitual e contextual [recurso eletrônico] / organizadores Francisco Arnoldo Nunes de Miranda... [et. al.]. - Natal, RN : EDUFRN, 2018.
150 p. : PDF ; 2,93 Mb.

Vários autores
Inclui bibliografia.
Modo de acesso: <http://repositorio.ufrn.br>
ISBN 978-85-425-0835-2

1. Saúde pública. 2. Enfermagem. 3. Saúde mental. I. Miranda, Francisco Arnoldo Nunes de.

RN/UF/BCZM

2018/54

CDU 614:616-083
CDD 610.7

Elaborado por Jackeline dos S.P.S.Maia Cavalcanti – CRB-15/317

Todos os direitos desta edição reservados à EDUFRN – Editora da UFRN
Av. Senador Salgado Filho, 3000 | Campus Universitário
Lagoa Nova | 59.078-970 | Natal/RN | Brasil
E-mail: contato@editora.ufrn.br | www.editora.ufrn.br
Telefone: 84 3342 2221

Prefácio

Nesta obra, os autores se debruçam num diálogo entre a saúde coletiva e mental nas perspectivas filosófica, reflexiva, conceitual e contextual, e sustentam-se na crítica ao sistema de saúde, bem como na reflexão quanto às próprias produções nesse percurso de investigar, interpretar, criticar e também refletir sobre aquilo que foi afinal buscado, encontrado, analisado e criticado na reunião de textos com que se dialogou para conhecer os sentidos sobre a saúde coletiva e saúde mental.

Adota um estilo lúcido e conciso na escrita e pode ser considerada uma importante contribuição às áreas de saúde coletiva e mental. Escrita por diferentes autores articulados pelo pensar conjunto nos temas explorados, propicia ao leitor a oportunidade de refletir sobre questões relativas aos diversos temas, como também induz novas reflexões para o fenômeno “aprender e aprender na sua realidade”, à medida que se olha atentamente para as manifestações do buscar e do saber buscar.

Para compreender tal fenômeno, o modo de buscar destaca-se de maneira significativa para os leitores dos temas de saúde coletiva e mental; por reconhecer que esse tem sido um dos ângulos menos abordados em outras obras, ao falarem sobre produção do conhecimento da área da saúde; isso o torna um tema desafiador, não só pela sua relativa novidade e inovação na área da saúde, mas, principalmente, pelo seu potencial de análises pensadas a partir de práticas, saberes e evidências da saúde, quando consideradas sob a ótica da integralidade do cuidado, na medida em que também têm se ocupado e preocupado diretamente com a questão da aprendizagem crítica reflexiva.

A intenção de unir os textos em um livro não inclui outras pretensões, além de provocar uma reflexão para consigo e para os leitores em querer aprender; pois remetem a pesquisas e estudos relativos à área de conhecimento de cada um, que se reuniram para expor e compartilhar as produções apresentadas. Esse encontro acontece nesta importante obra com temas selecionados e fundamentados em pesquisas concluídas.

Assim, esta é uma forma criativa de um grupo de pesquisadores “fazer ciência”, promover o conhecimento e contribuir na formação de futuros profissionais numa linguagem interessante e, com certeza, contributiva para complementar ou aguçar o interesse de um público mais amplo entre estes profissionais, transformando os saberes e contribuindo com a sua comunidade com base em reflexões e descobertas, para inspirar as transformações necessárias para um mundo inovador.

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo

Departamento de Enfermagem,
Universidade Federal de Pernambuco.

Sumário

- O contexto do cuidado de enfermagem às pessoas acometidas por doenças negligenciadas na Estratégia Saúde da Família..... 9
Izabella Bezerra de Lima Moura, Lorrainy da Cruz Solano, Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Kalyane Kelly Duarte de Oliveira, Sâmara Sirdênia Duarte do Rosário Belmiro, Deyla Moura Ramos Isoldi, Simone Regina de Carvalho, Clélia Albino
- Atenção do enfermeiro à pessoa com Hanseníase na atenção primária em saúde29
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Deyla Moura Ramos Isoldi, Suerda Lillian da Fonseca Lins, Danyella Augusto Rosendo da Silva Costa, João Evangelista da Costa, Ana Michele de Farias Cabral, Eliane Santos Cavalcante, Clélia Albino Simpson
- Reflexões sobre a alta em Hanseníase na perspectiva da complexidade45
Mônica Gisele Costa Pinheiro, Sâmia Valéria Ozório Dutra, Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Deyla Moura Ramos Isoldi, João Evangelista da Costa, Ana Michele de Farias Cabral, Clélia Albino Simpson
- O processo de cuidar em saúde mental no contexto da atenção psicossocial.....63
João Mário Pessoa Júnior, Francisco de Sales Clementino, Simone Regina de Carvalho, Dulcian Medeiros de Azevedo, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda, Raionara Cristina de Araújo Santos, Glauber Weder dos Santos Silva, Michell Platiny Cândido Duarte

Análise do contexto do atendimento às emergências
psiquiátricas..... 77

*Francisco Rafael Ribeiro Soares, Gustavo Ávila Dias, João Mário
Pessoa Júnior, Dulcian Medeiros de Azevedo, Maura Vanessa
Silva Sobreira, Francisco Arnaldo Nunes de Miranda, Francisco
de Sales Clementino, Raionara Cristina de Araújo Santos*

Assistência às urgências e emergências psiquiátricas:
uma análise contextual..... 95

*Lucidio Clebeson de Oliveira, Richardson Augusto Rosendo da Silva,
Gustavo Ávila Dias, Fábio Claudiney da Costa Pereira, João Mário
Pessoa Júnior, Vannucia Karla de Medeiros Nobrega, Francisca
Patrícia Barreto de Carvalho, Raionara Cristina de Araújo Santos*

A atuação interdisciplinar na Estratégia de Saúde
da Família: uma análise contextual..... 109

*Raionara Cristina de Araújo Santos, Clara Tavares Rangel,
Emanuella de Castro Marcolino, Francisco de Sales Clementino,
João Mario Pessoa Júnior, Kalyane Kelly Duarte de Oliveira,
Rafaella Leite Fernandes, Romeika Carla Ferreira de Sena*

Análise contextual: as necessidades de saúde de
pessoas com deficiência 133

*Sâmara Sirdênia Duarte do Rosário Belmiro, Romeika Carla Ferreira
de Sena, Emanuella de Castro Marcolino, Lorrainy da Cruz Solano
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira, Michell Platiny Cândido Duarte,
Izabella Bezerra de Lima Moura, Simone Regina de Carvalho*

O contexto do cuidado de enfermagem às pessoas acometidas por doenças negligenciadas na Estratégia Saúde da Família

Izabella Bezerra de Lima Moura

Lorrainy da Cruz Solano

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

Sâmara Sirdênia Duarte do Rosário Belmiro

Deyla Moura Ramos Isoldi

Simone Regina de Carvalho

Clélia Albino Simpson

Introdução

As Doenças Negligenciadas (DN) são compreendidas como um conjunto de enfermidades causadas por agentes infecto-parasitários – bactérias, vírus, fungos e parasitas – diversificados do ponto de vista médico, mas que possuem pontos de convergência. Em geral, as DN relacionam-se com a pobreza e as desigualdades sociais, ou seja, afetam populações com baixa visibilidade e pouca voz política, ao passo que estigmatizam e discriminam, pois podem causar deformidades e incapacidades. Não despertam interesses econômicos para investimento em

pesquisas, uma vez que não se difundem amplamente e de forma rápida. Todavia, podem ser controladas e evitadas por meio de soluções eficazes e factíveis, coexistindo em ambientes tropicais (BATALHA; MOROSINI, 2013; AGUIAR-SANTOS et al., 2013).

A Organização Mundial da Saúde considera como DN um conjunto de 17 enfermidades, que são problemas de saúde pública em 148 países, entre elas: Boubá, Cisticercose, Dengue, Doença de Chagas, Dracunculíase, Equinococose, Esquistossomose, Fasciolíase, Filariose, Helmintíases, Leishmaniose, Hanseníase, Oncocercose, Raiva, Tracoma, Tripanossomíase Africana (Doença do Sono) e Úlcera de Buruli. Destes 148 países, 100 são endêmicos para duas ou mais dessas doenças, e 30 países possuem seis ou mais DN (BATALHA; MOROSINI, 2013; AGUIAR-SANTOS et al., 2013).

O Brasil, em toda a sua extensão geopolítica, apresenta nove DN, das quais sete são prioridades para o Ministério da Saúde – Dengue, Doença de Chagas, Esquistossomose, Hanseníase, Leishmaniose, Malária e Tuberculose. Destaca-se que o Brasil tem melhorado os índices de controle dessas doenças nos últimos anos, no entanto, algumas ainda persistem em várias regiões do país, principalmente devido às grandes desigualdades intraurbanas, com diferentes determinantes que sustentam a permanência desses agravos (AGUIAR-SANTOS et al., 2013).

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica à Saúde, responde e busca soluções para os principais problemas sanitários da comunidade, por meio da atenção preventiva, curativa, reabilitadora e promotora da saúde, com respeito, logicamente, às variáveis de cada país e região. Alguns aspectos se destacam nesse nível, tais como promoção de nutrição adequada e abastecimento de água potável; saneamento básico; assistência à saúde da mãe e da criança; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e combate das principais doenças endêmicas, além da educação em saúde e o tratamento apropriado para as enfermidades e os traumatismos comuns (SOUZA; HORTA, 2013).

A atuação da enfermagem na APS reforça o conceito da área como prática social exercida por enfermeiros e técnicos, os quais tratam do cuidado ao ser humano em todas as suas dimensões, de forma integral e holística. Dessa maneira, o profissional de enfermagem atua nos mais diversos espaços sociais – na atenção, na gestão, no ensino, na pesquisa, no controle social – com destaque para as ações educativas e de promoção à saúde dos indivíduos e da coletividade, cujo objetivo final é o desenvolvimento de uma prática comprometida com o bem-estar social (SOUZA; HORTA, 2013; CAÇADOR et al., 2015).

Nessa perspectiva, nosso objetivo é analisar, neste estudo, qual deve ser o contexto do cuidado de enfermagem às pessoas e às coletividades acometidas por Doenças Negligenciadas no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Método

Este é um estudo de revisão narrativa, com síntese qualitativa, o qual seguirá o modelo proposto por Hinds, Chaves e Cypress (1992) para análise do contexto do cuidado de enfermagem a pessoas acometidas por Doenças Negligenciadas na Estratégia Saúde da Família. A revisão narrativa configura-se como uma revisão ampla, desenvolvida para o aprofundamento e a discussão do “estado da arte” de um determinado objeto de pesquisa. Geralmente, é caracterizada por uma análise de literatura existente em livros, periódicos impressos e/ou eletrônicos a partir da interpretação e da reflexão crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

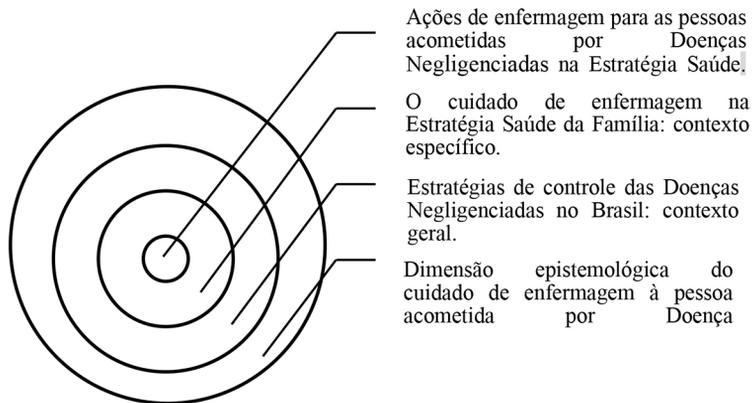
A análise de contexto, elaborada por Hinds, Chaves e Cypress (1992), utiliza o termo “contexto” com o objetivo de descobrir o significado em sua totalidade e compreender o todo daquela situação ou daquele evento, o que permite, dessa maneira, a predição, a explanação e a compreensão do fenômeno. Para uma análise minuciosa, propuseram quatro

níveis interacionais e distintos entre si, pela extensão com que o significado é compartilhado, pelo tempo que focaliza e pela rapidez com que a mudança em cada nível pode ocorrer e ser percebida.

O primeiro nível – contexto imediato – é marcado pela imediação e pelo tempo presente, como também pelos aspectos que facilitam a predição dos padrões de comportamento naquela situação. O segundo – contexto específico – caracteriza-se pelo conhecimento individualizado e único que engloba o passado imediato e os aspectos relevantes da situação. O terceiro nível – contexto geral – é representado por um quadro de referências de vida, desenvolvido pelo indivíduo a partir das suas interpretações obtidas por meio das interações passadas e atuais, ou seja, liga-se aos significados que o indivíduo elaborou através do tempo. O quarto nível – metacontexto – é constituído pelo conhecimento socialmente construído e que resulta em uma perspectiva social compartilhada, influenciando os comportamentos e os eventos (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

A fim de atender ao objetivo proposto para o estudo, foram determinadas as seguintes camadas de contexto dispostas na Figura 1, que ilustram como se dá a interação entre os níveis do contexto do cuidado de enfermagem às pessoas com doenças negligenciadas na Estratégia Saúde da Família.

Figura 1 – Níveis do contexto do cuidado de enfermagem à pessoa com doença negligenciada na Estratégia Saúde da Família



Fonte: elaborado pelos autores

Como se observa na figura, cada nível do contexto do cuidado de enfermagem às pessoas com doenças negligenciadas na Estratégia Saúde da Família recebeu um título para especificar suas características. O formato de espiral tem o objetivo de elucidar que para a compreensão do contexto do fenômeno, parte-se do que é mais pontual para o mais abrangente, o que favorece um maior aprofundamento do tema discutido e a identificação de outras linhas de conhecimento que o formam.

Resultados e discussões

Escolheu-se apresentar os resultados e discussões em uma mesma seção, pois trata-se de um estudo de natureza qualitativa, realizado a partir da interpretação do que seriam os níveis de contexto do cuidado de enfermagem às pessoas com doenças negligenciadas na Estratégia Saúde da Família. Desse modo, esta seção encontra-se estruturada da seguinte maneira: “Ações de enfermagem para as pessoas acometidas por doenças negligenciadas na Estratégia Saúde da Família, o qual configura o contexto imediato”; “O cuidado de enfermagem

na Estratégia Saúde da Família, como o contexto específico”; “Estratégias de controle das doenças negligenciadas no Brasil, caracterizando o contexto geral”; e “Dimensão epistemológica do cuidado de enfermagem à pessoa acometida por doença negligenciada, especificando o metacontexto”.

Ações de enfermagem para as pessoas acometidas por doenças negligenciadas na Estratégia Saúde da Família: contexto imediato

Em uma busca livre na literatura, foram encontradas poucas pesquisas que têm buscado aprofundar as ações de enfermagem voltadas para o cuidado a pessoas com doenças negligenciadas, que utilizam primariamente o cruzamento dos descritores: Doenças Negligenciadas e cuidados de enfermagem. No entanto, ao utilizarmos o descritor próprio para cada enfermidade considerada prioridade pelo Ministério da Saúde, foi possível fazermos um cruzamento com o descritor “cuidados de enfermagem” e obtermos alguns estudos.

Constatamos que o enfermeiro ainda se envolve pouco com as ações ou pesquisas relacionadas com as causas ambientais e com a gama de possibilidades para atuar na educação em saúde, pela qual estimula o indivíduo a ser responsável pelo seu processo de saúde/doença, favorecendo oportunidades para que ele possa construir as suas escolhas e se beneficiar delas e, por conseguinte, viver com mais qualidade de vida, envolvendo sua família, a comunidade e a sociedade (SOUZA; HORTA, 2013).

As pessoas acometidas por doenças ditas negligenciadas podem desenvolver incapacidades e/ou deformações que alteram suas atividades de vida diária, o que muitas vezes as tornam alvos de preconceito e estigma e são, em geral, de baixa renda. Fatores que justificam afirmar que essas enfermidades não apenas influenciam o aspecto biológico, mas também os aspectos social, psicológico e espiritual do indivíduo. Desse modo, esperamos que

o enfermeiro possa considerar as subjetividades e singularidades de cada pessoa e estimular atitudes de resiliência frente às dissonâncias vivenciadas, fazendo de sua prática profissional um cuidado humanizado e integral (DUTRA, 2016).

Em estudos que abordam as ações de enfermagem voltadas a pessoas acometidas por Doenças Negligenciadas, capturaram aquelas priorizadas pela área de produção de conhecimento, a Hanseníase e a Tuberculose. No contexto dessas duas doenças, destacaram como principais ações de enfermagem as seguintes: a assistência direta à pessoa doente (fortemente executada), as assistências de educação em saúde e de vigilância epidemiológica. As ações de assistência direta à pessoa doente relacionaram-se à busca e ao diagnóstico dos casos, o tratamento e o seguimento dos portadores, e a prevenção e o tratamento de incapacidades, que podem ser realizadas durante a consulta de enfermagem na unidade de saúde ou em visita domiciliar (ARAÚJO; SALDANHA; COLONOSE, 2014; CLEMENTINO; MIRANDA, 2015; REGO et al., 2015; SILVA et al., 2016).

Do ponto de vista das ações de enfermagem, a consulta compreende cinco fases: o histórico, o exame físico, o diagnóstico, a prescrição e a evolução de enfermagem; e se caracteriza como prática independente do enfermeiro, que objetiva propiciar condições de melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. É um excelente instrumento e espaço de escuta, o que a torna essencial no estabelecimento do vínculo entre o enfermeiro, a pessoa doente e sua família. Nessa prática, é estimulada a implantação do Processo de Enfermagem (PE) (SILVA et al., 2016).

Do ponto de vista das ações de educação em saúde, emergiram a partir da literatura as atividades realizadas em sala de espera e reuniões de grupos, intermediadas pelos profissionais de enfermagem. Nessa prática de ensino-aprendizagem, o profissional de saúde é apenas um mediador, que deve estimular o pensamento crítico-reflexivo, capaz de provocar mudanças

individuais, o que contribui para a transformação social. Nessa conjuntura, o processo de educação em saúde deve transcender a aquisição de informações e o desenvolvimento de aptidões básicas, a fim de aprimorar, desse modo, o senso de identidade, a autonomia, a solidariedade e a responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde e a da comunidade. São apoiadas as ações educativas realizadas nas campanhas em saúde, como também se busca tornar essa prática um eixo transversal, que seja desempenhado em todas as oportunidades de contato com os usuários do serviço (ARAUJO; SALDANHA; COLONESE, 2014).

Do ponto de vista das ações de vigilância epidemiológica, nos voltamos para a busca ativa de casos na comunidade, com auxílio dos agentes comunitários de saúde, do controle de comunicantes (nas enfermidades que possuem essa necessidade) e da notificação. Essas atividades são importantes no controle das doenças porque fornecem informações que podem recomendar, executar e avaliar as atividades realizadas, que têm o objetivo de aprimorar o cuidado ao usuário e às famílias da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Essas informações devem ser divulgadas para as instâncias de gestão e para a população em geral. A detecção precoce de casos é uma estratégia fundamental para prevenir incapacidades e para controlar os focos de infecção (REGO et al., 2015).

O cuidado de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: contexto específico

A definição de Atenção Básica (AB) está relacionada com um conjunto de ações de saúde que visam à promoção e à proteção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação, à redução de danos e à manutenção da saúde, nos aspectos individual e coletivo. Tais ações objetivam a atenção integral e que impactem positivamente na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e nas condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera a Saúde da Família sua principal estratégia para expansão e consolidação da AB, a qual deve ser desenvolvida o mais próximo possível da vida das pessoas, para garantir maior grau de descentralização e capilaridade da assistência à saúde – considerando o sujeito, em sua singularidade e sua inserção sociocultural, capaz de facultar a atenção integral à saúde (BRASIL, 2012a).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994, em consonância com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), para alcançar a universalidade de acesso à saúde para a população, a integralidade da assistência à saúde e a descentralização do planejamento e da gestão político-administrativa de aspectos relacionados à saúde dos municípios. Operacionalmente requer especificidades, tais como a existência de equipe multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem; o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família; e cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 (BRASIL, 2012a).

Nessa perspectiva, a enfermagem é configurada como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, que transita tanto no sentido de assistir e coordenar práticas de cuidado, quanto no sentido da promoção à saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, o que a torna uma profissão fundamental no sistema de saúde. A enfermagem possibilita compreender e cuidar do indivíduo como um ser singular e complexo, capaz de se auto-organizar e se autoprojetar como autor do seu processo de saúde/doença e, para tanto, precisa ser imbuída de atitudes proativas, capaz de promover a emancipação dos indivíduos e de suas famílias (BRASIL, 2012a).

Como o cuidado é centrado no ser humano, no sentido de produtor da vida material e imaterial, a enfermagem contribui para a construção do saber interdisciplinar e para o estabelecimento de canais efetivos de comunicação com os diversos setores sociais (intersectorialidade), o que favorece a elaboração de estratégias de cuidado mais eficazes e resolutivas (KAWATA et al., 2013). Dessa forma, é justificável a importância das ações de enfermagem, especialmente no contexto das Doenças Negligenciadas, haja vista que o controle dessas enfermidades não está relacionado apenas ao setor de saúde, mas principalmente aos indicadores e determinantes sociais, econômicos e políticos.

Em relação ao enfermeiro, na Atenção Básica, são evidenciadas como ações de cuidado: a consulta de enfermagem para as diversas etapas da vida, com maior frequência para mulheres e crianças, as visitas domiciliares como estratégia para o cuidado, o monitoramento e a avaliação de vacina e reação adversa, a realização de grupos educativos para indivíduos vulneráveis, a gerência do cuidado e ações de vigilância epidemiológica. Espera-se que a consulta de enfermagem seja utilizada como estratégia para identificar situações de saúde e doença, prescrever e implementar ações que visam à prevenção de doenças, à promoção, à proteção e à reabilitação da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. A visita domiciliar tem a finalidade de avaliar as demandas exigidas pelos indivíduos e por suas famílias, assim como o contexto e o ambiente em que vivem, para, então, estabelecer um plano assistencial. O monitoramento e a avaliação de vacina e reação adversa estão dentro das ações de supervisão e do conjunto de procedimentos de enfermagem, cabe ao técnico de enfermagem a realização dos procedimentos em si (BRASIL, 2012a; BARATIERI; MARCON, 2012; KAWATA et al., 2013).

No campo gerencial do cuidado, é discutido o aprofundamento sobre o modo como o enfermeiro se organiza para promover, junto à equipe, uma assistência de enfermagem de

qualidade e livre de risco; e alguns aspectos ganham destaque, são eles: o acolhimento, o planejamento estratégico situacional, a agenda de trabalho (programação da oferta de serviços), a escala de enfermagem e a reunião de equipe (KAWATA et al., 2013). E, na vigilância epidemiológica, as ações são realizadas em diversas dimensões, como, por exemplo, no atendimento individual ou na consulta de enfermagem, no território, nas ações de prevenção de agravos e no controle das doenças de notificação compulsória. Normalmente, o enfermeiro conhece o perfil epidemiológico da sua área adstrita, e tem a possibilidade de desenvolver ações que superem o foco da doença (BARATIERI; MARCON, 2012).

No modelo da Estratégia Saúde da Família, para que a assistência possa ser colocada em prática, são necessários o trabalho multidisciplinar e a criação de vínculos de compromissos e de responsabilidades compartilhados entre os serviços de saúde e a população. Nessa lógica, ao considerarmos a realidade das Doenças Negligenciadas, podemos salientar a necessidade de um cuidado consistente – ao longo do tempo – ao usuário inserido no seu contexto, com suas características sociais, econômicas e culturais. A esse cuidado denominamos “longitudinalidade”, o qual se caracteriza como elemento central da Atenção Básica (BARATIERI; MARCON, 2012).

O enfermeiro apresenta os atributos necessários para a prestação de um cuidado longitudinal, pois suas ações são pautadas, principalmente, na assistência integral aos indivíduos e às suas famílias. A compreensão da longitudinalidade favorece a elaboração de um plano de cuidados mais preciso e eficaz, o que exige do enfermeiro uma gestão de serviços e práticas que vão além do seu núcleo específico (BARATIERI; MARCON, 2012; KAWATA et al., 2013).

Estratégias de controle das doenças negligenciadas no Brasil: contexto geral

A Organização Mundial da Saúde, tendo em vista o desenvolvimento global e a redução das desigualdades continentais,

estabeleceu alguns temas fundamentais para a redução do significativo número de doenças transmissíveis, que visam, primeiramente, à implementação de intervenções de saúde, que atendam às diversas necessidades e contribuam com o desenvolvimento dos países endêmicos; e, em seguida, visam promover e garantir o desenvolvimento de sistemas integrados de vigilância, que são essenciais para a melhoria da qualidade dos dados de saúde e, assim, permitir decisões pelos gestores públicos (PERNAMBUCO, 2013).

O Pacto pela Saúde – estabelecido em 2006 como compromisso público alicerçado nos princípios constitucionais do SUS e das necessidades de saúde da população – definiu prioridades articuladas e integradas em três componentes, integradores e interdependentes: o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2012b).

O Pacto pela Vida, por apresentar um conjunto de compromissos sanitários derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelas instâncias de governo, elenca como prioridades: a atenção à saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; a redução da mortalidade infantil e materna; o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase em Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite e Aids; a promoção da saúde; o fortalecimento da Atenção Básica; a saúde do trabalhador; a saúde mental; o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; a atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e a saúde do homem (BRASIL, 2012b).

O fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias conta com o plano integrado de ações estratégicas de eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose como problema de saúde pública, do Tracoma como causa de cegueira e do controle das Geohelmintíases, elaborado em 2011. Este fortalecimento propõe

estratégias de busca ativa de casos e tratamento oportuno e, quando necessário, a realização de intervenções de tratamento coletivo (BRASIL, 2011).

A prioridade para a detecção precoce de casos, bem como para o tratamento do maior número de indivíduos, são justificados pelo impacto dessas ações na redução da circulação ambiental dos agentes etiológicos, na redução do surgimento de novos casos e de suas consequências. O Brasil, como signatário, assumiu o compromisso de eliminar essas enfermidades e reduzir drasticamente a carga dessas doenças nos indivíduos com maior vulnerabilidade social, portanto com maior risco de adoecimento (BRASIL, 2011). As principais metas presentes no Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose estão dispostas no Quadro 1.

Ao analisar este plano de metas, é possível visualizar que o local assistencial mais favorável para alcançá-lo será o serviço de saúde mais próximo da comunidade, o qual, no sistema de saúde do Brasil, é caracterizado pela Atenção Básica e pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Ações conjugadas de promoção à saúde, de educação em saúde, de busca ativa de casos e de assistência à saúde, articuladas com outros dispositivos comunitários (escolas, igrejas, associações), são, entre outras ações, essenciais para o controle ou a eliminação de doenças negligenciadas.

Quadro 1 – Quadro sinóptico das principais metas de ações para Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose como problema de saúde pública

QUADRO SINÓPTICO	
Hanseníase	Alcançar prevalência de menos de um caso para 10.000 habitantes; alcançar e manter o percentual de 90% de cura nas cortes de casos novos de Hanseníase, até 2015; aumentar a cobertura de exames de contatos intradomiciliares para $\geq 80\%$ dos casos novos de Hanseníase, até 2015; reduzir em 26,9% o coeficiente de detecção de casos novos de Hanseníase em menores de 15 anos, até 2015.
Filariose	Eliminar o foco de Filariose Linfática nos municípios endêmicos pertencentes à Região Metropolitana de Recife, em Pernambuco (Recife, Paulista, Olinda e Jaboatão dos Guararapes), até 2015.
Esquistossomose	Eliminar a Esquistossomose como problema de saúde pública; implantar tratamento coletivo em 222 municípios da área endêmica para Esquistossomose, com percentual de positividade acima de 25%.
Geohelmintíases	Reduzir drasticamente a carga das Geohelmintíases na população escolar brasileira; tratar pelo menos 80% da população eleita para o tratamento (crianças em idade escolar residentes em localidades com prevalência acima de 20%).
Oncocercose	Alcançar a meta de eliminação da Oncocercose (interrupção da transmissão); realizar vigilância pós-tratamento de Oncocercose, de 2013 a 2015.
Tracoma	Reduzir o número de municípios que apresentam a prevalência de Tracoma Inflamatório $\geq 5\%$ até o ano de 2015, sendo 10% no ano 1 (60), 33% no ano 2 (196), 40% no ano 3 (240) e 20% no ano 4 (120).

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b)

Dimensão epistemológica do cuidado de enfermagem à pessoa acometida por doença negligenciada: metacontexto

Propomos uma reflexão sobre o cuidado de enfermagem à “pessoa” acometida por Doença Negligenciada, considerando que o controle destas doenças e a Assistência à Saúde das pessoas acometidas têm ocorrido, com grande ênfase, por meio do diagnóstico (de preferência, precoce) e da administração de medicamentos (algumas vezes, em ações coletivas).

Do ponto de vista paradigmático, Kuhn (2001), ao discutir o conceito de paradigma, apresenta-o como realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante um período, fornecem problemas e soluções (em forma de um modelo) para uma comunidade de praticantes de uma ciência. No campo da saúde, o paradigma corresponde a um conjunto de noções, pressupostos e crenças, relativamente compartilhados por um determinado segmento de sujeitos sociais, servindo de referencial para uma ação; e, nesse sentido, citamos o modelo flexneriano da medicina preventiva, da saúde comunitária, da saúde coletiva e da promoção à saúde. Todos coexistem no SUS, embora este seja fruto de longo debate e lutas por melhores condições de saúde, que rompem com o paradigma clínico flexneriano hegemônico (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000).

De um lado, a formação dos profissionais de saúde herdou forte influência, desde o século XIX, do modelo flexneriano, caracterizado pelo mecanicismo (isolamento da parte adoecida do resto do corpo); biologismo (ênfasis a causa biológica da doença); individualismo (considera o indivíduo abstraído da coletividade, ou seja, não considera os aspectos sociais); especialização (excelência técnica e tecnificação das ações de saúde) e curativismo (prestígio do processo fisiopatológico) (MENDES, 1996; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Do outro, o modelo de Atenção à Saúde no Brasil tem sido historicamente marcado pela predominância da Assistência à Saúde nesse modelo pela concepção negativa do conceito de saúde, ou seja, a saúde como ausência de doença. A crise paradigmática ocorreu na medida em que o modelo flexneriano não conseguiu atender às necessidades de saúde da população e se materializou, no fim dos anos de 1970, no Brasil, com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou com a criação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Nesse cenário, partimos de uma prática em saúde baseada na oferta de maior quantidade de serviços, reduzidos a serviços médicos ofertados individualmente e destinados a combater enfermidades ou reabilitar pessoas com sequelas; para uma prática de vigilância à saúde, baseada num conceito positivo, que busca recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as ações de saúde individuais e coletivas, e atuar, estrategicamente, sobre os principais problemas de saúde, com base em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial. Essa nova prática é referenciada pelo paradigma da produção social da saúde (MENDES, 1996).

Vivemos em um momento de transição entre o modelo flexneriano (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005), o da produção social da saúde (MENDES, 1996) e o cuidado de enfermagem sobre influência no cuidado à pessoa com Doença Negligenciada. Apoiamo-nos nas estratégias de combate estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou instâncias governamentais. De um lado, está a pessoa doente ou em risco que precisa ser tratada imediatamente por ter sido acometida por uma doença dita negligenciada; do outro, encontramos uma sociedade marcada por forte desigualdade social, na qual as pessoas mais pobres adoecem, em geral, por doenças de fácil controle e tratamento e que nos países desenvolvidos estão eliminadas há muitos anos.

Reconhecemos que, em sua estruturação filosófica, a enfermagem apresenta marcas de sua capacidade de transitar livremente entre vários aspectos do cuidar em saúde, por ser compreendida como ciência aplicada ou prática, com características das ciências básicas e sociais, que sofre influência tanto do positivismo, mais próximo do modelo flexneriano, quanto do construtivismo, mais semelhante ao modelo da produção social da saúde (MCEWEN; WILLS, 2009).

Considerações finais

A análise dos níveis contextuais do cuidado de enfermagem à pessoa acometida por Doença Negligenciada na Estratégia Saúde da Família auxiliou na melhor compreensão do fenômeno, ao destacar características importantes para serem posteriormente discutidas.

A primeira diz respeito ao conceito de saúde compreendido nas políticas de controle das Doenças Negligenciadas, ainda marcado por condutas voltadas para a prática curativista e para o controle da doença, sem a elaboração de efetivas estratégias que possam melhorar o bem-estar social do indivíduo, da família e da comunidade.

A segunda está relacionada com as ações de enfermagem realizadas na Estratégia Saúde da Família que, portanto, trata-se de uma política orientada pelo conceito positivo da saúde e que se mostraram moldadas no atendimento clínico e na vigilância epidemiológica nas Unidades Básicas de Saúde, em detrimento das ações de educação e estímulo ao empoderamento social.

E, por fim, a terceira, que se caracteriza pela dicotomia existente entre o que está escrito na formulação conceitual e operacional do SUS e a sua realidade nos cenários da produção social de saúde.

Esperamos ter contribuído com a compreensão da problemática da desigualdade social que afeta a qualidade de saúde

da população; com a divulgação da permanência de endemias que não têm mais sentido de existir nos dias atuais, porque são de fácil controle e tratamento, na maioria dos casos; e estimular a pesquisa em enfermagem no âmbito das Doenças Negligenciadas, por apontar a escassez de ações de cuidado de enfermagem específicas para a produção social de saúde.

Referências

- AGUIAR-SANTOS, A. M. et al. Epidemiological assessment of neglected diseases in children: lymphatic filariasis and soil-transmitted helminthiasis. *Jornal de Pediatria*, v. 89, n. 3, p. 250-55, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n3/en_v89n3a06.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- ARAUJO, L. G. P.; SALDANHA, R. A.; COLONESE, C. R. The nurse and health education, providing care to patients with tuberculosis (TB) in a basic health unit. *J. res.: fundam. care. online*, v. 6, n. 1, p. 378-86, 2014. Disponível em: <<http://www.index-f.com/pesquisa/2014/r6-378.php>>. Acesso em: 25 jul. 2014.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Texto Contexto Enferm*, v. 21, n. 3, p. 549-57, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a09.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- BATALHA, E.; MOROSINI, L. Atenção aos esquecidos. *Radis*, n. 124, p. 8-16, 2013. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/atencao-aos-esquecidos>>. Acesso em: 02 nov. 2015.
- BRASIL. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2014.
- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Serie E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2013.
- BRASIL. *Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde*

pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

CAÇADOR, B. S. et al. Ser enfermeiro na Estratégia de Saúde da família: desafios e possibilidades. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 612-19, 2015. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v19n3/v19n3a07.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliária. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 23, n. 3, p. 350-54, 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3a10.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

DUTRA, C.D. et al. Processo de Trabalho de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFPE [online]*, v. 10, supl. 3, p. 1523-34, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/viewFile/11094/12549>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

HINDS, O. S.; CHAVES, D. E.; CYPRESS, S. M. Context as a source of meaning and understanding. *Qualitative health research*, v. 2, n. 1, p. 61-74, 1992.

KAWATA, L. S. et al. Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 961-70, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/12.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. *Bases teóricas para a enfermagem*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde. *Programa de Enfretamento das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco SANAR - 2011 / 2014*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2013.

RÊGO, C. C. D. et al. Processo de trabalho da Enfermeira junto à pessoa com tuberculose na Atenção Primária à Saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 29, n. 3, p. 218-28, 2015. Disponível em:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13038/pdf_5>. Acesso em: 25 jan. 2017.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. enferm.*, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Ruptures and resolutions in the health care model: reflections on the Family Health Strategy based on Kuhn's categories, *Interface - Comunicação, saúde e educação*, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2004-2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

SILVA, L. S. R. et al. A Assistência de Enfermagem aos portadores de hanseníase assistidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista de Enfermagem da UFPE*, v. 10, n. 11, p. 4111-7, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8606/pdf_11360>. Acesso em: 25 jan. 2017.

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. *Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

Atenção do enfermeiro à pessoa com Hanseníase na atenção primária em saúde

*Francisca Patrícia Barreto de Carvalho
Deyla Moura Ramos Isoldi
Suerda Lillian da Fonseca Lins
Danyella Augusto Rosendo da Silva Costa
João Evangelista da Costa
Ana Michele de Farias Cabral
Eliane Santos Cavalcante
Clélia Albino Simpson*

Introdução

A Hanseníase é uma doença muito antiga e, desde os tempos mais remotos, tem sido considerada contagiosa e mutilante, trazendo rejeição, discriminação e exclusão do doente na sociedade (NUNES; VIEIRA, 2011). É considerada um importante problema de saúde pública devido ao seu alto poder incapacitante e ao comprometimento de indivíduos da faixa etária economicamente ativa (BRASIL, 2008).

É uma doença infecto-parasitária, de evolução lenta, causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo que infecta predominantemente as células cutâneas e dos nervos periféricos, e apresenta uma alta infectividade, mas baixa patogenicidade – ou seja, tem a capacidade de infectar muitos indivíduos, porém

nem todos adoecem. É curável e, quanto mais precocemente diagnosticada e tratada, mais rápida é a cura do paciente (BRASIL, 2002).

O Brasil manteve nos últimos anos a média de 47 mil novos casos diagnosticados anualmente – com um parâmetro alto de endemicidade, principalmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste –, que o tornam o segundo país do mundo a apresentar o maior número de novos casos da doença, perdendo somente para a Índia. Isso revela a necessidade de reduzir a incidência da doença, o que justifica então o fato de o programa de eliminação da Hanseníase estar enquadrado entre as ações prioritárias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007; MAGALHÃES, 2007).

O preconceito e a diminuição da qualidade de vida dos pacientes ficam ainda mais acentuados com a presença das incapacidades físicas, decorrentes dos estados reacionais que interferem diretamente nas condições físicas, psicológicas, sociais e econômicas de seus portadores, que passam a sentir vergonha de si mesmos, a sofrer com o desemprego, além de enfrentarem problemas no casamento e dificuldades em encontrar parceiros (BRAKEL, 2012).

A Assistência de Enfermagem, voltada para a promoção da saúde, pode ser a resposta para uma assistência mais universal e com melhor qualidade do que o paradigma da eliminação focado na doença e não nas condições de saúde desta população. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a constituir um dos principais eixos responsáveis por realizar ações preventivas, curativas e de promoção da saúde; visto que a ESF prevê um atendimento multiprofissional à saúde da população de sua área adscrita e se insere no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência à saúde: a Atenção Básica (SILVA; FERREIRA; CAMÊLO, 2008). Além disso, favorece o contato mais próximo do enfermeiro com o cotidiano da população em nível de Atenção Primária à Saúde (APS).

O objetivo deste capítulo é analisar o contexto da atenção do enfermeiro a pessoas com Hanseníase na Estratégia Saúde da Família.

Método

Este é um ensaio analítico elaborado a partir da perspectiva de contexto proposta por Hinds, Chaves e Cypress (1992, p. 2), que especificam:

[...] a interação proposital, sistemática e analítica do profissional em saúde com a situação ou o evento, objetivando descobrir o significado em sua totalidade e compreender o todo daquela situação ou evento. O uso do contexto dessa forma permitirá a predição, explanação e compreensão do fenômeno.

Os autores compreendem o contexto como constituído por camadas denominadas: o contexto imediato, em que são definidos os aspectos relevantes do fenômeno estudado, como o espaço onde ocorre e seus limites; o contexto específico compreende os elementos que influenciam o fenômeno e estão presentes quando do seu acontecimento; o contexto geral, que pode ser uma fonte de explanação e de predição dos fenômenos, pois é conformado pelas referências de vida desenvolvidas pelo indivíduo a partir das suas interpretações obtidas por meio das interações passadas e atuais. Finalmente, o metacontexto, que reflete e incorpora o passado e o presente, além de destacar condições e aprendizados para o futuro, sendo uma fonte de conhecimento socialmente construído que opera continuamente e resulta em uma perspectiva social compartilhada do mesmo (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

Compreendemos os contextos como interligáveis inter-relacionáveis, no entanto, para melhor compreensão didática, optamos por apresentá-los, neste capítulo, de acordo com a divisão proposta pelo referencial teórico (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011).

A partir do exposto, serão apontadas neste estudo as seguintes camadas do contexto da Assistência de Enfermagem efetivada no Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH) no âmbito da ESF: “As ações do enfermeiro no PNCH: contexto imediato”; “Capacitação dos profissionais para o cuidado e a educação em Hanseníase: contexto específico”; “Condições de trabalho no setor de saúde: contexto geral”; “Modelo de atenção à saúde no Brasil: metacontexto”.

Resultados e discussão

Os contextos da problemática não ficaram tão evidentes inicialmente devido ao fato de cada camada do contexto conter várias nuances dependendo do prisma que se olhe. Optou-se por aquelas que, de fato, são mais representativas de cada uma. As camadas do contexto estão descritas a seguir.

As ações do enfermeiro no PNCH: contexto imediato

No processo de trabalho em Hanseníase, temos como objeto de trabalho os indivíduos ou grupos que podem estar doentes, sadios ou expostos a riscos; os meios de trabalho que correspondem aos saberes e aos instrumentos utilizados pelos profissionais para alcançar a finalidade deste trabalho, que são a realização das ações de prevenção e controle da doença, preconizadas pelo Ministério da Saúde (LANZA; LANA, 2011).

São definidas como ações de enfermagem aquelas realizadas pelo enfermeiro e pelos demais integrantes da equipe, que devem ser executadas de forma sistemática em todos os doentes e comunicantes (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

As ações do enfermeiro estão direcionadas principalmente para a prevenção de incapacidades e promoção da saúde, efetivadas por intermédio da educação em saúde e da consulta de enfermagem, com o intuito de conquistar o paciente no que concerne à sua constância no tratamento, visto ser a Hanseníase

uma doença crônica e de tratamento prolongado, durante o qual podem acontecer eventos que levem à piora dos quadros clínico e funcional do paciente.

A participação da enfermagem no controle da Hanseníase tinha como referência sete áreas básicas antes da implantação do PNCH: prevenção da Hanseníase; busca e diagnóstico dos casos; tratamento e seguimento dos pacientes; prevenção e tratamento de incapacidade; gerência das atividades de controle; sistema de registro e vigilância epidemiológica; e pesquisas (PEDRAZZANI, 1995).

Relativo a essas áreas, vale ressaltar que o diagnóstico da doença é privativo de outro profissional, porém, rotineiramente, os casos são descobertos pelo enfermeiro e encaminhados para a confirmação diagnóstica do médico. A consulta de enfermagem, privativa do enfermeiro, consiste, dentro do PNCH, em um conjunto de ações que vão desde o acolhimento e a escuta atenta e direcionada até o encaminhamento para os serviços de referência.

É uma oportunidade de partilhar conhecimentos, identificar dificuldades durante o tratamento, detectar precocemente reações hansênicas que possam levar a incapacidades físicas, combater o preconceito e realizar intervenções que tenham como objetivo ampliar o poder das pessoas afetadas pela Hanseníase incluindo o aconselhamento profissional como importante estratégia de cuidado para o paciente; para que possam enfrentar os desafios cotidianos representados pela discriminação, por atitudes não receptivas e por dificuldades na comunicação interpessoal (OMS, 2010).

Observamos que, no dia a dia das UBS, as ações do enfermeiro na consulta consistem principalmente em: distribuição da poliquimioterapia (PQT), encaminhamentos diversos relacionados ou não à Hanseníase e preenchimento do sistema de informação relacionado ao PNCH, no que concerne a notificações, informações

solicitadas pelo nível central e prestação de contas/pedidos de medicamentos fornecidos no âmbito do programa.

A atenção em enfermagem na prevenção da Hanseníase e das complicações dela decorrentes é realizada em conformidade com o modelo bioclínico, sendo este também o modelo que orienta toda a equipe de saúde da ESF, apesar de ter uma diretriz diferente em sua concepção (MATUMOTO et al., 2013).

A prática clínica, portanto, condiz com a formação dos enfermeiros centrada no corpo biológico e na doença, apesar de empreenderem esforços para desenvolver uma clínica que supere essa perspectiva (MATUMOTO et al., 2013). Esse contexto é preocupante, já que a Hanseníase é uma doença crônica e, como tal, evolui lentamente, não tem padrão regular nem previsível e os sintomas se multiplicam, levando à incapacidade funcional (MENDES, 2001).

Capacitação dos profissionais para o cuidado e a educação em Hanseníase: contexto específico

A educação em saúde constitui uma prática que busca capacitar indivíduos e grupos a se auto-organizarem para desenvolver ações de promoção à saúde, baseadas nas suas próprias prioridades (GAZZINELLI et al., 2013).

As avaliações de desempenho dos serviços de saúde, no atendimento ao paciente de Hanseníase, são unânimes em constatar a baixa qualidade do exame neurológico e das atividades de prevenção das incapacidades físicas geradas pela Hanseníase (LEHMAN; ORSINI; FUSIKAWA, 2001).

Os cursos de saúde brasileiros, em especial os de enfermagem, têm passado por muitas reformulações no sentido de uma formação para o Sistema Único de Saúde (COSTA; MIRANDA, 2010), ainda assim, percebe-se nessas a mesma necessidade de conteúdos atitudinais na educação popular em saúde encontrada em escolas

de Portugal (CARVALHO; CARVALHO; RODRIGUES, 2012). Persiste uma educação em saúde permeada por ideais exclusivamente biologicistas e alheios às condições de vida da população à qual se dirige esta educação. Nos cursos de graduação, ainda existe um abismo entre o que é pensado como processo formativo inovador e o que é realmente implementado (COSTA; MIRANDA, 2010).

Ora os cursos de enfermagem pendem para discussões essencialmente voltadas para os problemas sociais, que negam, muitas vezes, a clínica, prejudicando a formação técnica, ora pendem demasiado para o modelo biomédico, orientado pelo mecanicismo e hospitalocentrismo com ênfase em técnicas, que ignoram a promoção da saúde e os principais problemas da população, que não se concentram nas instituições hospitalares, mas na Atenção Primária em Saúde, em que são necessárias tecnologias leves e leves-duras, principalmente (MERHY; FEUERWERKER, 2010).

É necessária a formação integral do enfermeiro para a consolidação da assistência focada nos princípios e diretrizes do SUS, refletida na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, na autonomia e no reconhecimento da profissão, que tem sido destaque nas ações voltadas para a promoção da saúde dentro do PNCH (PEREIRA et al., 2014).

No que concerne à educação em saúde, no âmbito da Hanseníase, voltada para a população, ou educação popular em saúde, há a concepção de que uma educação em saúde prescritiva, ditatória e de características bancárias não gera promoção da saúde, mas descrédito e exclusão daqueles que não podem seguir seus ditames e isso “contribui para a não adesão do paciente ao tratamento, pois exclui seu conhecimento cotidiano que é tão importante para aproximá-lo da conduta terapêutica a adotar” (FERNANDES et al., 2013).

O contexto atual de saúde exige uma atenção mais integral, que dê ênfase à promoção da saúde, não só relacionada aos fatores de risco, mas a todos os determinantes da qualidade de

vida das pessoas. Nesse contexto, a Educação Popular em Saúde assume um papel importante, pois instrumentaliza o indivíduo a lutar e a buscar os progressos possíveis para melhorar seu nível de saúde e também aumentar sua qualidade de vida (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Ao utilizarmos como norte a promoção da saúde no âmbito do PNCH, o enfermeiro carece de “competências e habilidades de gestão e sistematização do trabalho de enfermagem voltado para as necessidades da população, com domínio das tecnologias necessárias para o exercício da clínica ampliada e do cuidado integral no contexto do nosso sistema de saúde” (MATUMOTO, 2013, p. 325).

Condições de trabalho no setor da saúde: contexto geral

O trabalho é uma ação antecipada mentalmente para atender a uma necessidade percebida pelo ser humano, que pode selecionar instrumentos que potencializem a sua ação sobre o objeto de trabalho com vistas a alcançar uma finalidade (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

No setor da saúde, há um trabalho intensivo, como bem se sabe. É, além de tudo, capilarizado em milhares de locais, o que reduz consideravelmente as chances do controle das condições do seu exercício. Um desejável processo de flexibilização do trabalho no setor da saúde, indispensável para que mudanças tecnológicas pudessem ser absorvidas, e em que não houvesse morosidade da substituição do trabalho com prejuízo dos beneficiários, infelizmente, se transformou, em muitas situações, num trabalho em condições precárias. Em uma área considerada essencial como a saúde, a ausência desses direitos e benefícios ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, o que

prejudica a continuidade das políticas e dos programas de atenção à saúde da população (BRASIL, 2006, p. 5).

Essa precarização se materializa em forma de vínculos frouxos; baixa remuneração, que obriga os profissionais a terem vários empregos; gerência/gestão dos serviços entregue a pessoas sem qualificação, dentre outras questões.

No caso do enfermeiro, somados aos problemas citados, estão o acúmulo de funções dentro dos serviços de saúde, o desvio de função, que nada tem a ver com seus processos de trabalho, o que o leva a enxergar a assistência e a gestão como momentos dissociados e concorrentes (KAWATA et al., 2011).

Na Atenção Primária em Saúde, lugar onde se materializa a maioria das ações do PNCH, é proposto e tentado, há muito, tornar realidade um trabalho em equipe. A possibilidade de contar com outros trabalhadores é importante, mas o trabalho em equipe é constituído, para o enfermeiro, em um inter-jogo de relações que se materializa dialeticamente em movimentos de competição/cooperação (FORTUNA et al., 2005).

No Brasil, há dificuldade de fixar médicos na Atenção Primária em Saúde. A realidade em algumas regiões do país é a do médico recém-formado, sem residência ou especialização, que pretende permanecer apenas temporariamente na Atenção Primária em Saúde. Não reside na localidade e, por isso, não está presente diariamente na UBS, o que compromete o vínculo com a equipe e a população (SOUZA et al., 2013).

A gestão dos serviços é muitas vezes ocupada por pessoal com vinculações partidárias aos gestores, sem capacitação técnica para a posição, o que leva os serviços a alcançarem níveis de insatisfação elevados por parte da população e por parte dos trabalhadores em exercício nos mesmos locais.

Gestores comprometidos com a qualidade do serviço prestado ao usuário estão envolvidos com a satisfação das necessidades dos trabalhadores, isto é, com a gestão de gente que cuida de gente,

adotando medidas que viabilizem as demandas de trabalho, tais como dimensionamento de pessoal adequado, espaços de ouvidoria interna, viabilização e disponibilização de materiais e insumos adequados/suficientes para que o trabalhador não se exponha a riscos internos e externos, entre outros (FONTANA, 2010).

A Atenção Primária em Saúde é, para Fortuna et al. (2005, p. 213):

O eixo condutor para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, de forma que se mantenha o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência, com a implantação de um novo modelo de gestão que viabilize o suprimento de recursos materiais e um dimensionamento de pessoal que permita organizar o sistema, sem sobrecarga e precarização do trabalho.

Modelo de atenção à saúde no Brasil: metacontexto

Apesar da tentativa de inversão do modelo assistencial por meio da implantação da ESF e de muitas outras estratégias e políticas inseridas dentro do Sistema Único de Saúde, a Atenção à Saúde no Brasil alcançou mudanças pequenas no modo hospitalocêntrico e biologicista de organização dos serviços e da condução das ações no SUS.

O Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, tem envidado esforços para adequar a formação superior em saúde por meio do PROSAUDE e dos PET-Saúde, mas as mudanças ainda estão aquém do desejado/necessário e as reformas, por serem recentes, ainda precisam de tempo para se solidificar.

O individualismo exacerbado, o não comprometimento com o outro e a pressa do dia a dia se refletem nas consultas e nos encontros entre usuários e profissionais, insuficientes para dar conta das necessidades dos usuários, o que produz encontros de doença. E o ouvir se tornou praticamente obsoleto, “o relato das pessoas na orientação do raciocínio diagnóstico e terapêutico

foi sendo progressivamente substituído pelo impressionante arsenal de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas desenvolvidas ao longo do século XX” (AYRES, 2007).

Uma vez centradas na doença, essas ações homogeneizam necessidades/possibilidades de tratamento, e desconsideram as particularidades de cada usuário, bem como a natureza social do processo saúde/doença (OLIVEIRA et al., 2012).

Os princípios do SUS, celebrados no mundo inteiro, não conseguem se efetivar plenamente por razões complexas e diversas devido à continentalidade do Brasil, mas podemos citar alguns sem a pretensão de dar conta de toda a realidade em estudo. A universalidade é prejudicada pelo acesso dificultado pela falta de médicos, pelo excesso de procedimentos tecnológicos solicitados, pelo sobrecarregamento do sistema e pela pressão dos setores privados.

A integralidade tem esbarrado na atenção secundária praticamente entregue ao setor privado, que deveria ser complementar, isso para ficar apenas em um sentido da palavra. A equidade, pouco discutida e estudada, é pouco vista nos lugares mais distantes dos grandes centros do país, em especial na chamada Amazônia Legal, zona considerada endêmica para a Hanseníase.

A participação social é frágil, talvez porque o saber técnico se sobreponha aos outros saberes e dite regras e rotinas que são excludentes e voltadas para uma atenção institucionalizada. Essa participação precisa ainda ser reconhecida na própria APS e valorizada como parte do cuidado.

E essa necessidade de reconhecer e reafirmar a importância da população bem como seus direitos e deveres constitucionalmente estabelecidos revela que o lugar dos usuários nos serviços de saúde ainda permanece negado, muito provavelmente em função de uma atenção centrada em procedimentos, com excessiva normatização das ações e que tem na doença seu principal foco de atuação, sempre em detrimento dos sujeitos (OLIVEIRA et al., 2012).

A Hanseníase, como doença crônica, apresenta, durante e depois do seu curso, várias demandas em saúde que não cabem em modelos preventivos ou curativos, mas em ações orientadas para a promoção da saúde dos usuários, dos seus familiares e da população em geral, que rompem com o modelo de Atenção à Saúde individual, curativista e centrado na doença e não na pessoa.

Considerações finais

A Atenção Primária em Saúde no Brasil se reveste da complexidade que existe em um país em desenvolvimento, com todos os desafios sociais e econômicos que lhe são próprios; além da extensão territorial continental, que influencia no acesso, nos aspectos culturais e sociais do cuidado à população, e que cria contextos por vezes confusos e sempre complexos.

A atenção do enfermeiro a pessoas com Hanseníase e às suas famílias é influenciada por todas as camadas do contexto no qual está inserida e influencia cada uma delas, posto que não é um fenômeno isolado no mundo.

A compreensão das fragilidades de cada contexto possibilita ações no sentido de diminuí-las, com vista a minimizar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para prover uma assistência com excelência, uma assistência que diminua a carga da doença, mas também de suas sequelas e do sofrimento ao longo da vida das pessoas acometidas por ela.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Organization of Health Care Actions: models and practices. *Saúde Soc*, São Paulo (SP), v. 18, n. supl. 2, p. 11-23, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003i>. Acesso em: 6 jun. 2017.
- BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Work conditions and renormalization of nursing activities in family health. *Trabeduc Saúde*, Rio de Janeiro (RJ), v. 9, n. supl. 1, p. 157-73, 2011.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/08.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. *DesprecarizaSUS: perguntas e respostas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o controle da hanseníase*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A responsabilidade da Atenção Básica no diagnóstico precoce da hanseníase: Informe da Atenção Básica N.º 42. Ano VIII*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRAKEL, W. H. V. et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Global Heart Action*, v. 5, p. 18394-404, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402069/>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

CARVALHO, A. A. S.; CARVALHO, G. S.; RODRIGUES, V. M. C. P. Values in health education and vocational training. *Trabeduc Saúde*, Rio de Janeiro (RJ), v. 10, n. 3, p. 527-40, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n3/a10v10n3.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. A Formação do graduando de enfermagem para o sistema único de saúde: uma análise do projeto pedagógico. *Rev enferm UFPE on line*, Recife (PE), v. 4, n. 1, p. 10-7, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/view/676/pdf_263>. Acesso em: 6 jun. 2017.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Nursing consulting: strategy for leprosy patient care in primary care. *Texto & contexto enferm*, Santa Catarina (SC), v. 18, n. 1, p. 100-7, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Overlapping of duties and technical autonomy among nurses of the Family Health Strategy. *Rev saúde pública*, São Paulo (SP), v. 44, n. 3, p. 520-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO1308.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017

FERNANDES, C. A. O. et al. Popular education in health with the group Hiperdia of a basic health unit. *Rev enferm UFPE on line*, Recife (PE), v. 7, n. 8, p. 5157-64, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4070/pdf_3184>. Acesso em: 6 jun. 2017.

FONTANA, R. T. Humanization in the process of working in nursing: a reflection. *Rev RENE*, Fortaleza(CE), v. 11, n. 1, p. 200-7, 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/364/pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

FORTUNA, C. M. et al. Team work in a family health care program: the team process concept and operational teams. *Revista latino-americana de enfermagem* (Online), Ribeirão Preto (SP), v. 13, n. 2, p. 262-8, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

GAZZINELLI, M. F. C. et al. Social representations of health education of family health team professionals. *Trabeduc saúde*, Rio de Janeiro (RJ), v. 11, n. 3, p. 553-71, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n3/v11n3a06.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

HINDS, P. S.; CHAVES, D. E.; CYPESS, S. M. Context as a source of meaning and understanding. *Qual. Health Res*, v. 2, n. 1, p. 61-74, 1992. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/104973239200200105>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

KAWATA, L. S. et al. Attributes mobilized by nurses in family health: reaching performances when developing managerial competence. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo (SP), v. 45, n. 2, p. 349-55, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a06.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

LEHMAN, L. F. et al. *Avaliação Neurológica Simplificada*. Belo Horizonte: Ed. ALM Internacional, 2001.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. The work process in leprosy: technology and the family health team practice. *Texto & contexto enferm*, Santa Catarina (SC), v. 20, n. Esp, p. 238-46, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea30.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

MAGALHÃES, M. C. C.; ROJAS, L. I. Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. *Epidemiol serv saúde*, Brasília (DF), v. 16, n. 2, p. 75-84, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol16_n2.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

MATUMOTO, S. et al. Mapping pain in the clinical practice of nurses within primary health care. *Texto & contexto enferm*, Santa Catarina (SC), v. 22, n. 2, p. 318-26, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a07.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

MENDES, E. V. *As Redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Panamericana de saúde, 2001.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Ed UFS, 2009.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Hanses's disease: knowledge and changes in the life of wounded people. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro (RJ), v. 16, supl. 1, p. 1311-18, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a65v16s1.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

OLIVEIRA, A. K. S. et al. Alternative experiences rescuing knowledge for working processes in health. *RevEscEnferm USP*, São Paulo (SP), v. 46, n. 4, p. 953-9, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/24.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015*. Brasília: OMS, 2010.

PEDRAZZAN, E. S. Assessment of nursing actions in the leprosy control program in the state of São Paulo. *Revista latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto (SP), v. 3, n. 1, p. 109-15, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n1/v3n1a09.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

PEREIRA, C. D. F. D. et al. Ensino do processo de enfermagem: análise contextual. *J Nurs UFPE on line*, Recife (PE), v. 8, n. 3, p. 757-64, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5473/pdf_4781>. Acesso em: 6 jun. 2017.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Contextual analysis of frequent hospital readmissions of the individual with mental disorder. *Interface comun saúde educ*, Botucatu (SP), v. 15, n. 37, p. 519-27, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop1411.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

SILVA, F. R. F. et al. Nursing care for chronic hansen's disease. *Texto & contexto enferm*, Santa Catarina (SC), v. 18, n. 2, p. 290-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/12.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. et al. Nursing assistance to a Leprosy-infected patient: transcultural approach. *Revbrasenferm*, Brasília (DF), v. 61, n. esp., p. 713-17, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a10v61esp.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

SOUZA, M. B. et al. Teamwork in primary care: the experience of Portugal. *Rev panam salud pública*, v. 33, n. 3, p.190-5, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n3/a05v33n3.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

Reflexões sobre a alta em Hanseníase na perspectiva da complexidade

*Mônica Gisele Costa Pinheiro
Sâmia Valéria Ozório Dutra
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho
Deyla Moura Ramos Isoldi
João Evangelista da Costa
Ana Michele de Farias Cabral
Clélia Albino Simpson*

Introdução

A Hanseníase é uma doença com agravantes inerentes aos contextos socioeconômico e cultural, com elevado poder incapacitante, que pode ocasionar deformidades físicas e invalidez, representante de um sério problema de saúde pública no Brasil (RAMOS et al., 2017). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), Índia, Brasil e Indonésia notificaram mais de 10.000 novos pacientes, correspondentes a um total de 81% dos pacientes notificados no mundo em 2014 (OMS, 2016).

Embora os pacientes façam uso correto da poliquimioterapia (PQT) para tratar a Hanseníase, eles podem apresentar incapacidades físicas ocasionadas tanto pela ação do bacilo como por ocasião de reação do sistema imunológico contra o *M. leprae* no organismo. Cerca de 20% de todos os casos novos

já são diagnosticados com algum tipo de incapacidade, e outros 15% desenvolvem algum tipo antes, durante ou após a PQT (PINHEIRO et al., 2016).

As reações hansênicas, ou estados reacionais, são comuns nos egressos do tratamento para a Hanseníase e levam a severas incapacidades, com conseqüentes mutilações e distúrbios motores, que geram limitação social e carga de sofrimento (DUARTE et al., 2014), além de estarem associadas aos estigmas e tabus em torno da doença (MONTEIRO et al., 2013).

A importância de detectar precocemente e tratar os casos de Hanseníase, com imediata implementação de medidas frente às reações hansênicas, está relacionada com a possibilidade de prevenção de incapacidades físicas e de reabilitação, e são consideradas ações relevantes no manejo do paciente com Hanseníase (MEDEIROS et al., 2015). Destacamos também as mudanças biopsicossociais decorrentes da doença, cabendo ao profissional, com destaque para o enfermeiro, o reconhecimento dessas necessidades e da valorização da individualidade daquele que, embora tenha concluído o tratamento, carrega consigo as marcas da Hanseníase (PINHEIRO; SIMPSON; TOURINHO, 2014; SOUZA et al., 2014).

Diante do exposto, a identificação e o adequado tratamento das reações hansênicas, bem como dos quadros de incapacidade desenvolvidos no pós-alta por cura, se apresentam como um desafio para a conjuntura que envolve a Hanseníase, ao considerar as múltiplas dimensões e a subjetividade do sujeito. Dessa forma, o presente capítulo tem por objetivo refletir sobre os princípios do Paradigma da Complexidade diante da alta em Hanseníase.

Considerado o fato de o precursor do Paradigma da Complexidade, Edgar Morin, pressupor que a construção intelectual está intrinsecamente relacionada às experiências vivenciadas, é, portanto, imperativo refletir quanto aos elementos relacionados à vida de Morin para se compreender o arcabouço teórico da Complexidade.

Método

Este é um ensaio analítico sobre o egresso da PQT, embasado no referencial teórico do Paradigma da Complexidade, proposto por Edgar Morin (2000). O ensaio é um trabalho textual discursivo e concludente, consistente em exposição lógica e reflexiva a partir da interpretação e do julgamento pessoal. Portanto, há maior liberdade por parte do autor em apresentar o julgamento acerca de determinado tema (SEVERINO, 2003).

Para a efetivação deste trabalho, foi conduzida a elaboração de categorias reflexivas, as quais são referenciadas com base na literatura relacionada com a temática. Após este delineamento, são apresentadas as considerações finais.

Resultados e discussão

Os resultados apresentados são refletidos a partir de publicações sobre a temática em estudo e tem como fio condutor a discussão das categorias: Considerações sobre Edgar Morin; Permeando o caminho do Paradigma da Complexidade e Refletindo os princípios da Complexidade diante da alta em Hanseníase.

Considerações sobre Edgar Morin

Em *Meus Demônios*, Edgar Morin (2000) desvela sua vida de forma autobiográfica, entrelaça momentos pessoais com histórico profissional. Seus pais eram judeus, de origem espanhola, e foram morar na França no início do Século XX, onde ele nasceu no dia 8 de julho de 1921. A morte de sua mãe, quando o autor tinha dez anos de idade, foi significativa para construção de sua vida autodidata. Durante a infância, demonstrava interesse por cinema e literatura, o que influenciou a construção de sua obra (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Na Segunda Guerra Mundial, durante o período em que esteve no Partido Comunista (do qual foi posteriormente expulso), adotou o nome “Morin”. No pós-guerra, manteve-se como colaborador do partido, trabalhando como redator de jornal na França, onde entra em conflito por externar sua postura crítica (ALBUQUERQUE et al., 2007).

A sua formação em Direito, História e Geografia, com estudos em Filosofia, Sociologia e Epistemologia, contribuiu para seu pensamento diante do homem no mundo contemporâneo, de forma transdisciplinar. Dessa forma, sua obra aborda intersecções entre as ciências humanas e biológicas, que o tornaram pioneiro na introdução do pensamento complexo (BARROS FILHO; ANDRADE, 2016).

Sempre atento aos fatos de seu tempo, em posição reflexiva, o sociólogo francês propõe um diálogo aberto em sua produção ao incorporar elementos do mundo contemporâneo, nas dimensões políticas, sociais e culturais. Também faz reflexões acerca de questões éticas a partir de suas vivências na sociedade, a partir do conceito “autoética”, o qual é emergente em dadas circunstâncias históricas e culturais (SMARJASSI, 2014).

O pensar ético está arraigado na compreensão e na tolerância dos valores humanos inerentes à fé, ao amor, à compaixão, ao perdão e à redenção. Edgar Morin propõe a constituição da unicidade planetária ao considerar a diversidade de valores existentes na humanidade, de modo a constituir uma identidade única, uma ideia de Terra pátria, a partir da qual se deve pensar a ciência de modo consciente (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Ao interligar os saberes, propõe novas concepções sobre o conhecimento. O pensamento complexo estende-se também à área da saúde, uma vez que os fenômenos relacionados aos processos de saúde e de doença apresentam múltiplas dimensões (ARRUDA et al., 2015).

Permeando o caminho do paradigma da complexidade

Definido como um conjunto de conhecimentos que engloba crenças, valores e técnicas compartilhados por uma comunidade científica, o paradigma direciona a organização do raciocínio individual, refletido no modo de pensar e sentir das pessoas. A crise paradigmática é decorrente da insatisfação com modelos anteriores de explicação, que geram uma revolução e, portanto, mudam a visão de mundo e contribuem para o progresso da ciência (KUHN, 1992).

O paradigma cartesiano, fundamentado no Método de René Descartes e na Mecânica Newtoniana, influencia hegemonicamente o pensamento ocidental. Esse modelo desconsidera a subjetividade humana bem como seus valores (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012). Embora sejam reconhecidos os avanços atrelados ao paradigma hegemônico, há também na sociedade seus reflexos negativos, que justificam a necessidade de uma ciência pautada na ética e na valorização da cultura, da natureza e nos saberes alternativos (PENNAFORT et al., 2012).

A sociedade vivencia uma transição paradigmática, com tendência à valorização de aspectos humanísticos, denominada por Morin (2002) de “ciência do complexo”. O pensamento complexo tende à superação da dicotomia que separa os fenômenos, com o objetivo de distinguir e simultaneamente reunir, de forma entrelaçada, os estudos das ciências humanas, sociais e biológicas. Para tanto, propõe a transdisciplinaridade entre todos os saberes que permeiam a vida humana (ROCHA; SPAGNUOLO; BOCCHISCI, 2013).

O pensamento complexo tem, entre seus principais operadores conceituais, os seguintes princípios: princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento; princípio retroativo; princípio sistêmico ou organizacional; princípio da

auto-eco-organização; princípio recursivo; princípio do dialógico e princípio hologramático (MORIN, 2002).

O princípio da reintrodução do conhecimento, ao considerar que toda forma de saber (da percepção à teoria científica) é estruturada a partir de uma cultura, em um tempo determinado, restaura a atuação dos indivíduos na construção do conhecimento. Com relação ao princípio retroativo, em um processo autorregulador, infere sobre o rompimento com o princípio de causalidade linear (a causa interfere no efeito) ao considerar que o efeito também atua sobre a causa, em um movimento circular (MORIN, 2002). Durante uma conferência, Morin observou que a noção atual aceita de complexidade é restrita e enfatizou seu objetivo para uma complexidade generalizada, o que implica uma mudança integrativa na maneira de pensar e conhecer na educação e na ciência (MORIN, 2007).

O princípio sistêmico ou organizacional relaciona o conhecimento das partes com o conhecimento do todo e vice-versa. Esse princípio define fenômenos de forma qualitativa, ao considerar que o todo é maior que a soma das partes. No que concerne ao princípio da auto-eco-organização, este considera o humano como um sistema aberto, em equilíbrio com o ambiente, que retira deste a energia, a informação e a organização para cuidar de si. Implica na dependência do ambiente para manter sua autonomia (MORIN, 2002).

No tocante à recursividade, esta indica a compreensão de que os efeitos de um processo são, ao mesmo tempo, as causas que dão início ao próprio processo, de modo que é criado um circuito gerador no qual os indivíduos produzem elementos que os constituem e levam à auto-organização. A dialogicidade está relacionada ao entendimento dos fenômenos ao considerá-los, simultaneamente, como antagônicos, concorrentes e complementares. Não se trata de superar a contradição, mas de mantê-la em equilíbrio, em prol da harmonia no processo de funcionamento e desenvolvimento

do fenômeno. O princípio hologramático, por sua vez, infere que cada parte contém elementos que representam o todo, de modo que o todo se encontra presente em cada uma das partes (MORIN, 2002).

Os princípios do pensamento complexo divergem do pensamento hegemônico, ao articular diversas áreas do saber, com apreciação da natureza, do espírito, da cultura, da arte, da ciência e do objeto, que mantêm as particularidades de cada fenômeno (CRUZ et al., 2017). É produzida uma ciência consciente atrelada a uma ética de solidariedade, em que os conhecimentos não são empregados para a manipulação (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

No setor da saúde, a abordagem complexa compreende o ser humano como uma unidade que é, ao mesmo tempo, biológica, social e cultural. Portanto, as relações de saúde devem envolver esses elementos e, portanto, superar a concepção de saúde como ausência de doença (JUNGES; ZOBOLI, 2012). E, ao considerar o contexto daquele que concluiu o tratamento para a Hanseníase, é possível pensar no caminhar para a continuidade de um cuidar mais flexível e humano, ou seja, um cuidar complexo articulado e interfaceado na perspectiva da clínica ampliada ao abrigo da equidade, universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Refletindo os princípios da complexidade diante da alta em Hanseníase

A compreensão reducionista do processo de saúde e doença recebeu, a exemplo de outras áreas do conhecimento, a influência do método científico unicausal e se mantém fortemente presente na sociedade. A abordagem complexa em saúde toma como relevante o contexto sociocultural e a subjetividade dos sujeitos, em uma perspectiva multicausal para compreensão da saúde e da doença (JUNGES; ZOBOLI, 2012).

A perspectiva multidimensional permeia as ações de enfermagem no ensino, na pesquisa, na extensão, na gestão e nos processos de cuidados na rede de Atenção à Saúde, portanto, este espectro se inscreve na perspectiva da complexidade capaz de favorecer a compreensão do ser humano em sua multidimensionalidade, com valorização da singularidade de cada indivíduo. Tais aspectos são incorporados à prática, que deixa de ocorrer em uma perspectiva pontual, linear, e passa a ser de forma contextualizada (PIEXAK; BACKES; SANTOS, 2013).

Os sete princípios da Complexidade caminham junto com o avanço da ciência, bem como com o campo da saúde, e promovem uma ciência consciente, com abordagem complexa (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012), tornando-se relevantes para a compreensão e para a ação na conjuntura que envolve a alta em Hanseníase. Em geral, a noção de complexidade destina-se a proporcionar melhor compreensão do mecanismo de eficácia, eficiência e efetividade das intervenções, da transferência de apoio e da utilização por parte dos intervenientes e dos decisores (PAGANI et al., 2017).

Ressalta-se que a conclusão da PQT não implica no fim do acompanhamento do paciente, uma vez que, embora deixe de ser considerado um caso de Hanseníase e seja excluído do registro ativo do Ministério da Saúde (BARBOSA et al., 2014), o comprometimento neurológico e as deficiências adquiridas com a doença requerem o acompanhamento pelos serviços de saúde com vistas à integralidade, à equidade e à universalidade da Atenção à Saúde (LANZA et al., 2014).

Ao conceber o conhecimento como algo culturalmente construído, de acordo com o princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, implica em dizer que sua compreensão depende das pessoas que estão envolvidas (ARRUDA et al., 2015). A interação com cada indivíduo é específica, estruturada de acordo com as características regionais, culturais e sociais desse.

Ao lidar com a diversidade humana, em sua variabilidade e sua vulnerabilidade que a caracterizam, a assistência ao egresso do tratamento de Hanseníase requer reconhecimento das peculiaridades de cada pessoa, ponderando suas dúvidas e seus anseios em relação aos possíveis quadros reacionais e às incapacidades físicas adquiridas, a fim de introduzir novos conhecimentos voltados para o cuidado de si e, sobretudo, discutir sobre um legado de preconceito, estigma, mito e exclusão como herança da compreensão mítico-religiosa das doenças milenares e negligenciadas.

Ao valorizar o senso comum presente no cotidiano das pessoas, a Teoria da Complexidade estimula as ações de promoção da saúde, indispensáveis para o viver com ética e responsabilidade (SOUZA et al., 2014), como as desenvolvidas nos grupos de Hanseníase, por favorecerem a troca de experiência e conhecimentos entre os membros, o que contribui com o aprendizado para o autocuidado após a alta (PINHEIRO et al., 2014).

Ao considerarmos que o efeito retroage sobre a causa, no princípio retroativo, refletimos sobre as mudanças na qualidade de vida diante de um atendimento integral, com diagnóstico e tratamento imediatos do quadro de reação hansênica e, consequentemente, na melhoria do grau de incapacidade (NARDI et al., 2012). Desse modo, a presença da incapacidade física requer, por exemplo, prática de fisioterapia, que pode melhorar o grau de incapacidade e elevar a qualidade de vida.

Na perspectiva do princípio retroativo, a reflexão e a compreensão sobre a subjetividade dos indivíduos potencializam o cuidado de forma complexa, polissêmica e heurística que, por sua vez, promove um *feedback*, a partir dos resultados alcançados, para repensar e refletir a prática adotada, em um movimento dinâmico (PIEXAK; BACKES; SANTOS, 2013).

O rompimento com o princípio da linearidade causal, no princípio retroativo, insere-se também no movimento dos usuários na rede de atenção, de forma não linear (ARRUDA et al., 2015), em busca por um atendimento integral, com diferentes profissionais de saúde e em diferentes níveis de atenção, como um recurso e um mecanismo para promover melhor qualidade de vida.

Ao considerar a integralidade das ações, parte-se do princípio da necessidade de que os serviços de saúde atuem de maneira integrada e articulada, em um sistema de referência e contrarreferência, com utilização da tecnologia da informação, portanto, como um suporte para garantir um espectro capaz de auxiliar na localização, que facilite a entrada dos pacientes na rede de atenção para receber os cuidados necessários e, portanto, favorecer a acessibilidade (MEDEIROS et al., 2015; NARDI et al., 2012).

Do ponto de vista do usuário que concluiu o tratamento da Hanseníase e ao abrigo do princípio sistêmico com esse usuário, o indivíduo não deve ser entendido apenas por uma de suas formas fracionadas (ou biológico ou social). Seu per-tencimento no mundo e na compreensão complexa requer uma correlação entre sua doença, seus aspectos sociais, culturais e econômicos, de modo que o conhecimento de cada uma dessas facetas integre o conhecimento do indivíduo como um todo. Afinal, a Hanseníase é historicamente carregada de estigmas negativos construídos pelas obras literárias e pela religião, particularmente a Bíblia. As obras tornam-se um dos responsáveis pela Hanseníase ser carregada de estigmas negativos, ao descreverem a doença com conotações repulsivas, que a tornam sinônimo de pecado/castigo e enfatizam o isolamento como a principal forma de evitar a sua transmissão (SPINELLI; MACIEL, 2016).

Ressalta-se que as incapacidades físicas adquiridas com a doença estão associadas ao modelo de confinamento total

em colônias e/ou leprosários, segregado e compulsivamente internado, separado da família (o doente no leprosário e os filhos no educandário) (CABRAL, 2013), o que reforça e “milenaiza” o estigma, o preconceito e a exclusão social na medida em que o ex-hansênico desenvolve como mecanismo de defesa um autopreconceito. São inevitáveis as situações de absentismo e o afastamento do mercado de trabalho, tornando-se fundamental o diálogo com o paciente e seus contatos na perspectiva de esclarecer as dúvidas acerca da Hanseníase e a das reações hansênicas após a alta, com vistas para a diminuição do estigma da doença, para proporcionar um convívio social sem prejuízos, seja nas relações pessoais, seja nas relações de trabalho (QUEIROZ et al., 2015).

Com base no princípio da auto-eco-organização, o indivíduo tem capacidade de se auto-organizar, mas para isso ele depende de elementos presentes no ambiente ao seu redor. É imprescindível que os profissionais que lidam com os indivíduos que realizaram tratamento para Hanseníase e receberam alta por cura, ao concluírem a PQT, desenvolvam um pensamento complexo a fim de ampliar a autonomia dos sujeitos. Afinal, o prévio diagnóstico da Hanseníase acarretou diversas mudanças e adaptações à realidade do paciente (HAMESTER, 2017).

Ao pensar a enfermagem na perspectiva do pensamento complexo, infere-se o reconhecimento da pluralidade dos seres humanos como social, política, cultural e espiritual, com potencial para aprender, produzir e exercer sua cidadania com autonomia (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012). No que tange às práticas relacionadas ao autocuidado, para que esse processo terapêutico seja eficaz, é preciso ter compromisso para que o usuário compreenda o seu corpo, as sequelas da doença e suas relações sociais, a fim de aumentar a autonomia do cliente (SOUZA et al., 2014).

Na perspectiva do princípio recursivo, ao analisar o progresso do grau de incapacidade no período que segue a alta, é

reforçada a necessidade de reformular as estratégias de atenção à Hanseníase (MONTEIRO et al., 2013), de modo que os resultados dessa avaliação possam proporcionar as mudanças no processo e, portanto, levar à sua auto-organização.

O princípio dialógico compreende os fenômenos como antagônicos e fundamenta o diálogo entre as diferentes concepções para alcançar pontos em comum. Considerando que os possíveis conflitos produzidos pela contradição de valores podem gerar desordem na terapêutica, a alternativa para superá-la reside na comunicação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (CRUZ et al., 2017).

A descentralização das ações em saúde para a esfera municipal, com responsabilização da Atenção Primária em Saúde para com a população adscrita, implica em maior efetividade no controle de doenças como a Hanseníase, e o Agente Comunitário em Saúde, sob supervisão do enfermeiro, é um mediador relevante entre o usuário e a equipe multidisciplinar. Portanto, requer que tais profissionais deixem de lado atitudes etnocêntricas e sejam aptos a dialogar com a comunidade e identificar características das patologias mais recorrentes, seja em consultórios ou nas visitas domiciliares (SILVA; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2016).

A extensão dessa comunicação ao egresso do tratamento para Hanseníase tenta superar a dicotomia entre as impressões do profissional e a subjetividade do cliente. Tal superação pode ser concebida como fio condutor de uma terapêutica eficaz, que atinge os objetivos do cuidador e as necessidades daquele que está sob a ótica do cuidado.

Na perspectiva da integralidade do ser humano, o processo de adoecer não se restringe apenas ao comprometimento biológico. Conforme o princípio hologramático, interferências na vertente biológica dos indivíduos refletem em suas demais

esferas, visto que o todo está presente em cada uma das partes e ultrapassam a esfera física.

No contexto da Hanseníase, a doença não está atrelada apenas ao dano corpóreo ocasionado pela fisiopatologia da ação do bacilo e pela resposta do organismo, mas estas repercutem na vida social diante da necessidade de readaptação e da presença da carga estigmatizante em torno da doença e do doente. Para tais implicações, faz-se necessária uma atenção especial, na tentativa de superá-las (REIS, 2017; SOUZA et al., 2014).

O cuidado e a atenção no que concerne à Hanseníase requerem a interação entre os diversos aspectos inerentes à vida, que adaptam o cuidado técnico-científico aos valores e anseios do indivíduo, de forma acolhedora, tendo em vista as limitações físicas, o estigma e o preconceito entrelaçados à doença (SANTOS et al., 2012).

A Atenção em Saúde na perspectiva da Complexidade permite um cuidar de forma integral, articulada por diversos profissionais, saberes e ações no intuito de contemplar as várias dimensões do indivíduo. No que concerne à Enfermagem, é imprescindível um olhar além do prescritivo, que adota uma prática reflexiva e considera a singularidade do ser humano, o qual está inserido em determinado contexto (PIEXAK; BACKES; SANTOS, 2013). Desse modo, o processo de trabalho do enfermeiro requer o envolvimento com reflexões e a valorização do indivíduo, para além da prática reducionista, ir ao encontro do conceito ampliado de saúde, capaz de atender às necessidades dos indivíduos (CRUZ et al., 2017).

Considerações finais

A Hanseníase, inscrita como doença milenar, por isso negligenciada, que afeta vários países, constitui um problema multifacetado estendido para além daquele acometido pelo *M. leprae*, que repercute nos indivíduos que concluíram o

tratamento com a PQT específica, e afeta as relações de parentalidade, amizade e de trabalho, portanto de convívio, mobilidade e traquejo social. O reconhecimento da complexidade que envolve essa temática está inserido na necessidade de práticas transdisciplinares, com valorização da multidimensionalidade e da subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo.

A Teoria da Complexidade proposta por Edgar Morin discute acerca da transdisciplinaridade, na perspectiva de valorizar e melhor compreender o fenômeno humano, ao considerar sua singularidade, de modo que os sete princípios podem ser relacionados com a área da saúde.

Nessa perspectiva, o estabelecimento de relação entre o contexto da Hanseníase e os princípios da Teoria da Complexidade (princípios da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, retroativo, sistêmico, da auto-eco-organização, recursivo, dialógico e o princípio hologramático) proporcionou uma reflexão sobre a abordagem complexa frente ao egresso do tratamento da Hanseníase, a qual pode ser repensada pelo enfermeiro e pelos demais profissionais de saúde em suas respectivas práticas.

Referências

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. A expressão dos demônios de Morin. *Rev Bras Saúde Matern Infant.*, v. 7, n. 4, p. 503-6, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a19v7n4.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery*, v. 19, n. 1, p. 169-73, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.
- BARBOSA, J. C. et al. Atenção pós-alta em hanseníase no Sistema Único de Saúde: aspectos relativos ao acesso na região Nordeste. *Cad Saúde Colet.*, v. 22, n. 4, p. 351-8, 2014. Disponível em: <<http://>

www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n4/1414-462X-cadsc-22-04-00351.pdf. Acesso em: 27 maio 2017.

BARROS FILHO, G. C.; ANDRADE, I. L. Educação jurídica, sujeito do direito e trabalho do docente: abordagem analítica – Ancien Régime, Belle Époque e New Order. *Rev Multidiscip Psicol.*, v. 10, n. supl 3, p. 236-44, 2016. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/477/610>>. Acesso em: 27 maio 2017.

CABRAL, A. M. F. *História oral de vida dos filhos do Preventório/Educandário no Rio Grande do Norte: vivências a compartilhar*. 2013. 134 p. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

CRUZ, R. A. O. et al. Reflexões à luz da Teoria da Complexidade e a formação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.*, v. 70, n. 1, p. 236-9, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0236.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

DUARTE, L. M. C. P. S. et al. Ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. *Rev Enferm UFPE online*, v. 8, n. 8, p. 2816-22, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6135/pdf_5940>. Acesso em: 10 maio 2017.

HAMESTER, C. *A hanseníase na experiência de vida de pessoas atendidas em ambulatório de referência no DF*. 2016. 85 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

JUNGES, J. R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 1049-60, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a26.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

LANZA, F. M. et al. Avaliação das ações de hanseníase desenvolvidas na atenção primária: proposta de um instrumento para gestores. *Rev Min Enferm.*, v. 18, n. 3, p. 598-605, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/949>>. Acesso em: 27 maio 2017.

MEDEIROS, A. P. S. et al. Perfil de pessoas com e sem comorbidades acometidas por reações hansênicas. *Cogitare Enferm.*, v. 20, n. 2,

- p. 281-8, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40531/25524>>. Acesso em: 27 maio 2017.
- MONTEIRO, L. D. et al. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 29, n. 5, p. 909-20, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/09.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.
- MORIN, E. *Meus demônios*. São Paulo: Bertrand Brasil, 2000.
- MORIN, E. *O Método 5: a humanidade da humanidade – a identidade humana*. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2002.
- MORIN, E. *Restricted complexity, general complexity*. Science and us: Philosophy and Complexity. Singapore: World Scientific, 2007.
- NARDI, S. M. T. et al. Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. *Rev Saúde Pública*, v. 46, n. 6, p. 969-77, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/ao4048.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase*. Genebra: OMS, 2016.
- PAGANI, V. et al. Complexity: concept and challenges for public health interventions. *Santé Publique*, v. 29, n. 1, p. 31-9, 2017. Disponível em: <http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SPUB_171_0031>. Acesso em: 27 maio 2017.
- PENNAFORT, V. P. S. et al. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. *Rev Min Enferm.*, v. 16, n. 2, p. 289-95, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/531>>. Acesso em: 27 maio 2017.
- PIEXAK, D. R.; BACKES, D. S.; SANTOS, S. S. C. Cuidado de enfermagem para enfermeiros docentes na perspectiva da complexidade. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 34, n. 3, p. 46-53, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n2/v34n2a06.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.
- PINHEIRO, M. G. C. et al. Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. *Rev Min Enferm.*, v. 18, n. 4, p. 901-6, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/971>>. Acesso em: 27 maio 2017.

PINHEIRO, M. G. C. et al. Limitações e incapacidades físicas no pós-alta em hanseníase: uma revisão integrativa. *Rev Baiana Enferm.*, v. 30, n. 2, p. 1-11, 2016. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15669>>. Acesso em: 27 maio 2017.

PINHEIRO, M. G. C.; SIMPSON, C. A.; TOURINHO, F. S. V. Análise contextual do atendimento aos portadores de hanseníase na atenção primária à saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam.*, v. 6, n. supl., p. 187-95, 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4500/pdf_1517>. Acesso em: 9 maio 2017.

QUEIROZ, T. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 36, n. esp, p. 185-91, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0185.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

RAMOS, A. C. V. et al. Spatial clustering and local risk of leprosy in São Paulo, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis.*, v. 11, n. 2, p. 1-15, 2017. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005381>>. Acesso em: 27 maio 2017.

REIS, M. C. *Padrões e fatores associados às incapacidades físicas em sujeitos em pós-alta da poliquimioterapia (PQT) para hanseníase, no município de Vitória da Conquista-BA, no período de 2001-2014.* 2017.173 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S.; BOCCHI, S. C. M. Assistência em saúde: revisão integrativa do conhecimento produzido à luz da complexidade. *Ciênc Cuid Saúde.*, v. 12, n. 1, p. 189-97, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10722/pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

SANTOS, P. N. et al. Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família. *Enferm Glob.*, v. 11, n. 1, p. 116-28, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_docencia1.pdf>. Acesso em: 27 maio 2017.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a relação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. *Rev Bras Enferm.*, v. 65, n. 4, p. 561-5, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a02v65n4.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, J. C. A.; RIBEIRO, M. D. A.; OLIVEIRA, S. B. Avaliação do nível de informação sobre hanseníase dos agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde.*, v. 29, n. 3, p. 364-70, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5319/pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

SMARJASSI, C. Ensino Religioso e a gestão educacional: uma análise a partir da ética complexa de Edgar Morin. *Rev Pistis Prax Teol Pastor.*, v. 6, n. 2, p. 497-19, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=449748251007>>. Acesso em: 27 maio 2017.

SOUZA, I. A. et al. Autocuidado na percepção de pessoas com hanseníase sob a ótica da complexidade. *Esc Anna Nery.*, v. 18, n. 3, p. 510-14, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0510.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

SPINELLI, M. G. V.; MACIEL, R. M. T. A lepra (hanseníase) na literatura de ficção do século XIX. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, ENSINO E EXTENSÃO (SEPE) DO CAMPUS ANÁPOLIS, 2016, Anápolis. *Anais do Seminário de Pesquisa, Pós-Graduação, Ensino e Extensão do Campus Anápolis de CSEH (SEPE)*. Anápolis: Universidade Estadual de Goiás, 2016, p. 1-6. <<http://www.anais.ueg.br/index.php/sepe/article/view/7033>>. Acesso em: 27 maio 2017.

O processo de cuidar em saúde mental no contexto da atenção psicossocial

*João Mário Pessoa Júnior
Francisco de Sales Clementino
Simone Regina de Carvalho
Dulcian Medeiros de Azevedo
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda
Raionara Cristina de Araújo Santos
Glauber Weder dos Santos Silva
Michell Platiny Cândido Duarte*

Introdução

No ano de 1988, a partir da Constituição Federal e da respectiva elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS), foram projetadas novas políticas públicas de saúde no Brasil, pautadas no respeito aos Direitos Humanos e no resgate da cidadania individual e coletiva. Desse modo, os movimentos sociais avançaram, inclusive em direção à problemática dos transtornos mentais, com vista ao cenário de violência e segregação instaurado com o modelo asilar/manicomial que perdurou durante décadas.

Na arena dos debates ensejados pela sociedade, a Reforma Psiquiátrica (RP) – movimento de bases sociopolíticas e culturais

– propôs a extinção do manicômio e a humanização das práticas assistenciais repressoras, destinadas ao portador de transtornos mentais e comportamentais, na época, o que eclodiu em reformas no campo da psiquiatria, inicialmente em países europeus, como França, Inglaterra, Itália e Espanha (DESVIAT, 2015; AMARANTE, 2015).

Nos últimos anos, adensaram-se novas bases terapêuticas para o tratamento, agora com caráter comunitário. Foram incorporadas as psicoterapias e os conceitos da psicanálise e da psiquiatria moderna, e o trabalho passou a agregar outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Segundo Amarante (2015), as ações e as práticas no campo da atenção psicossocial carecem de transformações no processo de cuidar em saúde mental, com vistas à reabilitação psicossocial e à desinstitucionalização.

Corroborando com Cardoso e Galera (2011), o cuidar em saúde mental deve ser compreendido dentro de uma perspectiva complexa e ampliada, decorrente de uma interação contínua e intrínseca entre serviços de saúde, profissionais, usuários e familiares, que tem o usuário como foco central da intervenção. Esse cuidar vislumbra não apenas minimizar riscos ou controlar sintomas, mas avançar em direção às particularidades emocionais, culturais e pessoais do adoecimento mental.

Entretanto, no cotidiano dos serviços de saúde mental, o processo de cuidar ainda é pautado na concepção clínica e simplificadora; marcado pela terapêutica da internação, com o fenômeno conhecido por “porta giratória”, caracterizado por diversas internações, especialmente nos episódios agudos, e alternado por momentos de estabilidade, quando o usuário retorna à sociedade (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011; PESSOA JÚNIOR et al., 2016). Soma-se a isso a escassez de recursos humanos qualificados na área da saúde, a necessidade de ampliação e de maiores investimentos na rede de serviços extra-hospitalares, entre outros fatores que refletem diretamente nessa problemática (BEZERRA JÚNIOR, 2011).

O processo de cuidar é configurado, portanto, como um desafio a ser enfrentado no campo da atenção psicossocial, dada a necessidade de investimentos num cuidado baseado no acolhimento, no projeto terapêutico singular e na corresponsabilização do tratamento. Nessa direção, devem ser ampliados os espaços sociais de debate sobre o processo de RP vivido, além do cuidar em saúde mental, quando remontados aos múltiplos cenários de práticas e ações em saúde efetivadas entre os estados e os municípios perante as conquistas e os desafios buscados em mais de 20 anos de lutas.

Assim, o objetivo é refletir sobre o processo de cuidar em saúde mental no atual cenário de produção das ações, no âmbito do transtorno mental e de suas repercussões na coletividade.

Método

Este é um ensaio crítico reflexivo, o qual consiste na exposição de ideias e pontos de vista do autor sobre determinado tema, com base na literatura produzida (SEVERINO, 2003). Para sua efetivação, foi realizada uma revisão crítica da literatura nacional especializada sobre a temática em questão, privilegiando a utilização de livros, artigos científicos, além da legislação oficial do Ministério da Saúde.

Resultados e discussão

Mediante a leitura crítica e a análise exaustiva do material obtido, foram estabelecidas três categorias temáticas de análise, a saber: “O processo de cuidar em saúde mental”; “A desinstitucionalização em saúde mental: interface para o cuidado”; e “A rede de atenção psicossocial brasileira: um processo em construção”.

O processo de cuidar em saúde mental

O termo “cuidar em saúde” agrega, em si, um conjunto de concepções, definições e características, conforme o referencial

adotado (BOFF, 1999; BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010). Desse modo, é possível pensá-lo como compreensão filosófica, um ato, uma atitude, uma prática de ressignificação das ações e das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde no processo terapêutico. Dito de outra forma, o cuidado representa a interação dialógica, entre dois ou mais indivíduos, na busca pelo alívio do sofrimento ou pelo bem-estar do outro, precedendo a relação entre quem cuida (cuidador) e o ser que é cuidado (BOFF, 1999; QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

O processo de cuidar em saúde mental, especialmente a partir do surgimento da psiquiatria e da instituição hospitalar, adquiriu uma nova configuração no que se refere ao modo de tratamento e às estratégias terapêuticas direcionadas às pessoas com transtornos mentais e às suas famílias, impulsionado pelo movimento da RP. Com as mudanças recentes trazidas pela reforma, foi configurado um tratamento não apenas direcionado aos aspectos clínicos da doença mental, mas também à defesa da ideia de o sujeito sentir-se protagonista no seu tratamento.

Nessa lógica, os serviços de saúde mental e os profissionais de saúde passam a direcionar sua prática e seus esforços para a coletividade da pessoa com transtorno mental, seus relacionamentos afetivos, sociais e, em especial, familiares. Neste contexto, o conceito de interdisciplinaridade tenta romper com o conhecimento fragmentado, que transcende a visão cartesiana, e aspira à necessidade de haver a unidade de conhecimento. Desse modo, são propostos a concepção de trabalho por meio de equipe interdisciplinar e um novo modelo de cuidar em saúde mental (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Apesar dos esforços por mudanças efetivas das práticas em saúde nesta área, velhos e novos obstáculos emergem: reprodução e apego a práticas manicomial nos serviços substitutivos; ausência de matriciamento entre atenção básica e serviços substitutivos; serviços insuficientes de Urgência e Emergência Psiquiátrica (quantidade e resolutividade); leitos psiquiátricos em hospitais

gerais com uso inadequado; formação inadequada de profissionais; ausência de ações e programas voltados ao louco infrator.

Pitta (2011) refere que o modelo médico-psiquiátrico continua hegemônico no cotidiano dos serviços, evidenciado pelas práticas desrespeitosas e distantes do ideal de inclusão social e cidadania dos sujeitos. A produção do cuidar implica necessariamente, como afirma Merhy (2007), em primar pela vida e pelo respeito ao ser humano, e aos serviços de saúde cabe acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. O trabalhador de saúde, na condição de operador direto desse cuidar, deve reconhecer seu papel diante das demandas e das especificidades que surgem das pessoas sob seus cuidados.

No campo do processo de trabalho, o cuidar em saúde mental exige profissionais comprometidos com o processo reformista, que corroborem com o pensamento de fraternidade e dignidade humana e sejam sensíveis ao outro, capazes de interagir, ouvir e respeitar as diferenças. Precisam romper com o sentimento autoritário e verticalizador do saber profissional e resgatar a lógica humanitária da subjetividade de cada sujeito.

Emerge, portanto, a necessidade do processo de desinstitucionalização no sentido amplo, rompendo com velhos olhares e com os modos de institucionalidade que permeiam o cotidiano; para ir além da sociabilidade fundada nas relações de dominação entre os sujeitos, na busca de novas rotas possíveis para a interface de um cuidado em saúde mental baseado na ética e no resgate da autonomia do sujeito com transtorno mental e de seus familiares, o que não exclui o tratamento clínico (AMARANTE, 2015).

Desinstitucionalização em saúde mental: busca da interface para o cuidado

Na RP nacional, concepções e conceitos ligados ao processo saúde/doença mental foram redesenhados, tendo como marco referencial teórico a psiquiatria democrática e a experiência

basagliana na Itália. Foi formada, sistematicamente, uma nova conjuntura paradigmática na área da psiquiatria, para a qual confluem novos termos e conceitos (PITTA, 2011). O termo “desinstitucionalização” é originário dos preceitos reformistas italianos e não pode ser entendido somente como a mudança de centro ou de foco da atenção de um modelo institucional para o modelo de base social e comunitária.

No Brasil, a desinstitucionalização assumiu três características distintas, na medida em que os aportes conceituais influenciaram a Reforma Psiquiátrica, que apresentava resquícios das reformas de outros países: desinstitucionalização como desospitalização; desinstitucionalização como desassistência; e desinstitucionalização como desconstrução (AMARANTE, 2015).

A desinstitucionalização se configura como novo paradigma na medida em que propõe a reabilitação e a reinserção psicossocial das pessoas com transtornos mentais e comportamentais, a partir de um modelo de atenção focado não na doença, mas no sujeito social. Pensar nessa perspectiva significa conceber a pessoa com transtorno mental e comportamental, numa dimensão mais subjetiva, como sujeito inserido num contexto biopsicossocial, no qual seu modo de vida, sua cultura e sua realidade estão relacionados (SARACENO, 1996).

O entendimento sobre o conceito da desinstitucionalização como desospitalização, cujo foco está centrado na crítica ao modelo hospitalar psiquiátrico, não se configura em uma mudança de atenção propriamente dita. Essa concepção partilha com a corrente reformista da psiquiatria preventiva e comunitária americana, que perdurou durante o governo do Presidente Kennedy, com fim administrativo e burocrático (AMARANTE, 2015).

A desinstitucionalização como desassistência tem por base o pensamento conservador, que divulgava a ideia de que a extinção dos serviços promoveria a não continuidade

da assistência à pessoa com transtorno mental e comportamental. Nesse plano, estão incluídos alguns grupos econômicos (donos de instituições, médicos psiquiatras e outros que lucraram, historicamente, com a expansão dos asilos e manicômios pelo país – “indústria da loucura”) e conservadores que defendiam a hegemonia biologicista da psiquiatria italiana (ROTELLI, 1990).

O entendimento conceitual sobre a desinstitucionalização como desconstrução está pautado no processo peculiar da RP nacional e também rompe com o paradigma psiquiátrico vigente, a partir de uma atenção em saúde mental centrada na comunidade e no território. O pensamento de desconstrução confluiu, em alguns momentos, com a ideologia do movimento sanitarista brasileiro, na medida em que pregava a reformulação das práticas e das ações tecnicistas e medicamentosas no campo da saúde. Um exemplo disso foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que desencadeou, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e tantos outros eventos específicos de saúde mental que se sucederam (AMARANTE, 2015).

Rede de atenção psicossocial brasileira: um caminho a ser percorrido

No contexto de implementação dos dispositivos e de estratégias, reconhecidos como legados da RP nacional, visualizamos a ampliação e a implantação da cobertura no território brasileiro, tendo como fio condutor o preceito da desinstitucionalização com vistas à formação de uma rede de base comunitária e territorial de cuidados em saúde mental. Dentre os serviços substitutivos, estão destacados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Hospitalares de Referência, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência de Cultura, as Urgências/Pronto Atendimento Psiquiátricos, Unidades de Acolhimento e Consultórios de Rua (BRASIL, 2015).

A instalação e a ampliação dos serviços de atenção psicossocial entre os municípios brasileiros refletem maiores incentivos do governo federal no campo jurídico (leis, decretos, portarias), sobretudo a promulgação da Lei Federal 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. A inversão do modelo hospitalar para o comunitário é uma realidade representada pelos mais de 2.200 CAPS e um indicador de cobertura nacional a cada 100 mil habitantes considerado muito bom (média de 0,86/100 mil). Ocorreu ainda a redução de quase metade dos leitos em hospitais psiquiátricos, de 51 mil para 26 mil leitos, entre 2002 e 2014 (BRASIL, 2015).

Parte dos desafios reformistas atuais representa a articulação destes serviços com outros intersetoriais (educação, assistência social, segurança pública), especificamente por intermédio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), política ministerial defendida a partir de 2011. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) busca a consolidação de práticas e serviços assistenciais voltados às pessoas com transtornos mentais e comportamentais, além de usuários de substâncias psicoativas, condizentes com os preceitos do movimento reformista, com ênfase na desospitalização e no acolhimento (BRASIL, 2015).

Os serviços, conforme a RAPS, dispõem de profissionais e serviços de diversas áreas, não unicamente da saúde (músicos, artesãos, artista plásticos, pedagogos, sociólogos, entre outros), capazes de estimular o desenvolvimento de habilidades e criatividade dos sujeitos no espaço comunitário. O estímulo à intersetorialidade é valorizado com estratégias capazes de articular a comunicação dos principais espaços e equipamentos pertencentes ao território (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012).

Atualmente, a construção da RAPS, a partir da ampliação e da consolidação das novas estratégias e de dispositivos substitutivos ao modelo psiquiátrico hospitalar, tem ganhado impulso na política de assistência em saúde mental. Nessa trajetória, são observados avanços e desafios que permeiam o

ideário reformista, e que trazem consigo a necessidade crescente de reflexão em torno da atual conjuntura política e social da atenção psicossocial, bem como sobre as perspectivas futuras desse processo no Brasil.

Sucintamente, são compreendidos, entre os desafios da RP brasileira, três pontos importantes (BEZERRA JÚNIOR, 2011): no plano assistencial são definidas novas perspectivas para o cuidado em saúde mental em conformação aos dispositivos e às estratégias de atenção psicossocial implantadas, em que se preconiza a superação do modelo tradicional da clínica por uma concepção ampliada e que abranja os conceitos de rede e território; no plano jurídico e político, é aludido o debate em torno da cidadania e do respeito ao direito das pessoas com transtornos mentais, além disso, defende-se a criação de novas estratégias e formas de incluí-las socialmente, resgatando também autonomia pessoal; e, no plano sociocultural, é reforçado o papel da inserção social das pessoas com transtornos mentais nas atividades culturais, para romper de vez com o modelo de exclusão e isolamento de outrora. Há o incentivo à solidariedade e o respeito à diversidade, que desconstruem o preconceito e o estigma da doença mental.

O sucesso da RP brasileira perpassa o entendimento da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para suportar a existência de pessoas que, de outra maneira, estariam ou continuariam condenadas a errar pelas ruas ou a vegetar em hospitais psiquiátricos (PITTA, 2011).

Em sua maioria, pessoas com transtorno mental/comportamental e aquelas em uso problemático/nocivo de substâncias psicoativas são estigmatizadas, reféns de preconceitos – social, moral, cultural, religioso – que, infelizmente, ainda associam a loucura/o uso de drogas à incapacidade e à periculosidade, suscitando um movimento de resignificação das relações sociais e do incentivo à convivência dos “diferentes” (AZEVEDO; SILVA, 2013).

De fato, a RP nacional admite muitas experiências exitosas em torno de um cuidado psicossocial e emancipatório dos sujeitos e de suas famílias. Entretanto, a despeito do aumento do número dos serviços substitutivos e da popularidade dos CAPS, cotidianamente muitos também são os serviços substitutivos e os processos de trabalho em saúde que reproduzem a lógica manicomial, o que mantém ou cria novas instituições sob a égide medicamentosa e hospitalar (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2012), com claros ataques à desinstitucionalização defendida pelo movimento reformista.

Outrossim, cabe reforçar, desse modo, a necessidade de investimentos na instrumentalização dos profissionais de saúde para atuarem nesse novo modelo de atenção, da sensibilização de gestores públicos e de uma articulação maior entre os diversos atores ligados a esse processo, numa perspectiva essencialmente interdisciplinar e intersetorial.

Considerações finais

A reflexão sobre o processo de cuidar em saúde mental na atenção psicossocial remete à necessidade de ampliação do debate em torno das políticas públicas no campo dos transtornos mentais e do uso de substâncias psicoativas, como forma de possibilitar a execução de um cuidado em saúde compartilhado, que avance em direção às diretrizes do SUS e à implementação da RAPS.

São reconhecidas novas exigências no campo de transformações teóricas e práticas no processo de trabalho dos profissionais, que considerem as demandas individuais e coletivas dos usuários com transtornos mentais e/ou de substâncias psicoativas. Buscamos um repensar das ações e das práticas terapêuticas ainda arraigadas no modelo clínico psiquiátrico e no aparato manicomial, desenvolvidas no cotidiano dos serviços, com vistas ao resgate da cidadania dos sujeitos e ao compromisso ético com o ser humano. Esperamos que este estudo contribua

com os debates no campo da atenção psicossocial sobre as práticas profissionais e que reforce o cuidado em saúde mental articulado com as demandas reais do sujeito doente (social, afetivo, ético, produtivo, humano).

Referências

- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- AZEVEDO, D. M.; SILVA, A. C. A reforma psiquiátrica e o modelo de atenção substitutivo: implicações contemporâneas. *Rev bras pesqui saúde*, Vitória (ES), v. 15, n. 2, editorial, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5668/4115>>. Acesso em: 6 jun. 2017.
- BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. The different senses of care: considerations on assistance in mental health. *Mundo saúde*, São Paulo (SP), v. 34, n. 4, p. 444-50, 2010. Disponível em: <<http://www.revistamundodasaude.com.br/assets/artigos/2010/79/444a450.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.
- BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: AMARANTE, P. (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEZERRA JÚNIOR, B. It is necessary to rethink the horizon of Psychiatric Reform. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro (RJ), v. 16, n. 12, p. 4598-600, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/07.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em dados 12*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Mental healthcare today. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo (SP), v. 45, n. 3, p. 687-91, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

DAL POZ, M. R.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. Task force on mental health in Brazil: challenges of the psychiatric reform. *Physis (Rio J.)*, Rio de Janeiro (RJ), v. 22, n. 2, p. 621-39, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/12.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

DESVIAT, M. La salud mental participativa: nuevos actores, nuevos sujetos de derecho (Prólogo). In: AMARANTE, P. (Org.). *Salud mental y atención psicossocial*. Madrid: Editora Fiocruz, Grupo 5, 2015.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

MEHRY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Questioning the Psychiatric Reform nowadays: mental health as a field of praxis. *Saúde Soc*, São Paulo (SP), v. 21, n. 4, p. 1035-43, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a20.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

PESSOA JUNIOR, J. M. et al. Mental health policy in the context of psychiatric hospitals: challenges and perspectives. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro (RJ), v. 20, n. 1, p. 83-9, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0083.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

PITTA, A. M. F. An assessment of Brazilian psychiatric reform: institutions, actors and policies. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro (RJ), v. 16, n. 12, p. 4635-42, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis (Rio J.)*, Rio de Janeiro (RJ), v. 24, n. 1, p. 253-71, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Contextual analysis of frequent hospital readmissions of the individual with mental disorder. *Interface comun saúde educ*, Botucatu (SP), v. 15, n. 37, p. 519-27, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop1411.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível*. Belo Horizonte: Hucitec, 1996.

Análise do contexto do atendimento às emergências psiquiátricas

Francisco Rafael Ribeiro Soares

Gustavo Ávila Dias

João Mário Pessoa Júnior

Dulcian Medeiros de Azevedo

Maura Vanessa Silva Sobreira

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

Francisco de Sales Clementino

Raionara Cristina de Araújo Santos

Introdução

O estudo da loucura de forma sistematizada e sumarizada como área da medicina moderna é relativamente novo, datando do início do século XIX, com Philippe Pinel, na França, que é um dos maiores expoentes, senão o maior. No entanto, a “loucura” é tão antiga quanto a própria humanidade, portanto, compreendida de diferentes maneiras ao longo dos tempos e dos espaços de construção das explicações humanas. O chamado “grau zero” da história da loucura é caracterizado pela indiferenciação entre a loucura e a razão marcada pelo uso de uma linguagem comum aos dois estágios da *psique* humana (FOUCAULT, 2014).

Com o advento da Idade Média no mundo ocidental, o “louco” passa a ser visto como uma espécie de entrave ao

desenvolvimento econômico, por ser alguém que atrapalha o comércio, não paga impostos e, por conseguinte, dificulta o desenvolvimento. Do ponto de vista ideológico, a Igreja construía um imaginário social da loucura, que tanto revela sentimentos de caridade quanto de prenúncio do mal. Nesse período, sua concepção se reduzia a diferentes maneiras de atuação dos demônios sobre a vida afetiva e o conhecimento (PESSOTTI, 1994).

No final desse período, o desaparecimento da lepra na Europa, que não resultou das práticas médicas, mas da segregação e da ruptura com os focos orientais de infecção ao fim das Cruzadas, leva a uma consequente ociosidade das estruturas dos leprosários. Esses espaços de exclusão foram retomados de diferentes maneiras nos períodos históricos seguintes. Com a lepra inicialmente substituída pelas doenças venéreas, mais tarde, estes espaços seriam utilizados pela sociedade e por seus governos para manter distantes do seio social os vagabundos, os presidiários e os loucos. Estes assumem, assim, o papel abandonado pelo lazarento (FOUCAULT, 2014; SILVEIRA; BRAGA, 2012; TORRE; AMARANTE, 2011).

Com a chegada do Renascimento na Europa, caracterizado pelo antropocentrismo e pela primazia da liberdade de pensamento – *Cogito, ergo sum* (penso, logo existo) –, definidos como as únicas formas de levar o homem a resolver os seus problemas, a loucura passa a ser considerada como improdutiva e impeditiva do bom desenvolvimento social, pela lógica da razão, e assim o internamento, como reclusão compulsória, passa a se justificar mais ainda, de forma que intensifica o afastamento dos ditos alienados/loucos do meio social (FOUCAULT, 2014).

O internamento dos alienados se torna a estrutura mais marcante da história da loucura ao longo dos tempos, como uma prática predominante na sociedade desde as casas de correção na Inglaterra do século XVI e dos hospitais gerais nascidos na França no século XVII. Era constituída muito menos uma estrutura médica, de saúde, e muito mais uma estrutura

“semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (FOUCAULT, 2014, p. 57).

Nos séculos XVII e XVIII, o progresso científico, baseado no conhecimento mecanicista nascido a partir de Descartes, provoca uma virada no conceito da loucura na sociedade, não mais como uma forma de desvio moral, mas como uma patologia mental. Mesmo sob o abrigo da mudança conceitual, a visão positivista da ciência e do tradicionalismo da clínica psiquiátrica como especialidade médica manteve o internamento como opção assistencial para o louco, conferindo a ofensiva médica na perspectiva da institucionalização dos agora “doentes mentais” e de sua medicalização.

No Brasil, a psiquiatria surge com a chegada da família real, que imediatamente ordena a realização de um diagnóstico dos loucos da cidade do Rio de Janeiro, então capital do reino. Em 1852, é inaugurado o primeiro hospício, que ratifica a política oficial de tutela estatal e segregação do doente mental (SILVEIRA; BRAGA, 2012; FACCHINETTI et al., 2010).

Durante a república, vários manicômios são também criados e mantêm a mesma política de Estado, que se intensifica nos anos de 1960, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que começa a comprar serviços de assistência médica, inclusive psiquiátrica, a entidades privadas. É inaugurada a mercantilização da loucura, que torna a doença mental objeto de obtenção de lucro e a loucura, uma mercadoria (VENANCIO, 2011; SILVEIRA; BRAGA, 2012).

Na década de 1970, emergem uma crescente insurgência contra o modelo de atenção à saúde vigente no país e a pressão da sociedade para a abertura à democracia. No afã democrático, nasce a Reforma Sanitária Brasileira conjuntamente com a crítica e a busca da Reforma Psiquiátrica (RP). Esta, posteriormente creditada ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

como embrião, inspirada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana, em que se questiona também o *modus operandi* do tratamento em hospícios do país, bem como a própria política de saúde mental e do modelo de psiquiatria vigente, centrada na institucionalização/hospitalização e na medicalização dos pacientes (AMARANTE, 2015, 2016).

Com caráter reformista e conotação socialista e social-democrática, o movimento propunha um novo modelo de intervenção que possibilitasse a desinstitucionalização do doente mental com a desconstrução do aparato manicomial, a construção de uma concepção diversa de doença mental e a reinvenção da prática assistencial aos enfermos, de modo a possibilitar o resgate de sua cidadania e a reinserção social (AMARANTE, 2016).

O processo de desospitalização, implantado no Brasil a partir da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, resulta, dentre outras coisas, de mudanças no perfil de incentivo financeiro para os hospitais de menor porte, redução dos leitos próprios e indicação de instituições para descredenciamento, tudo em decorrência das avaliações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH). Está acrescido a esses fatores um maior repasse financeiro para o desenvolvimento de estratégias e serviços de reabilitação psicossocial (trabalho, cultura e inclusão social) (MACEDO et al., 2017). Porém ainda há uma substancial discrepância entre a oferta e a demanda de serviços e atividades extra-hospitalares. Destarte, com a redução do tempo de permanência hospitalar associada à carência de alternativas assistenciais, tem-se tornado comum o aparecimento de crises (BRASIL, 2010).

Outros nós críticos da operacionalização da RPB está na centralidade histórica do movimento em relação à desativação de leitos e à reinserção de usuários de longa permanência ao convívio social em detrimento de outros grupos que se tornam invisibilizados, como os usuários de drogas; os adolescentes

em conflito com a lei em associação ao uso de substâncias e aos transtornos de comportamento e de personalidade; e a população de rua, além de situações como assistência ao público infantil, suporte familiar, situações que envolvem violências (intrafamiliar, sexual, social) e catástrofes/desastres (MACEDO et al., 2017).

A lacuna operacional na atenção às crises na política de saúde mental brasileira, ainda na atualidade, tem levado a situações de desgaste do processo de produção de um cuidado humanizado em saúde, tendo em vista que os pacientes são muitas vezes atendidos de forma improvisada em serviços não especializados, em abordagens não médicas, como serviços policiais, ou até mesmo em serviços substitutivos incapazes de ofertar uma clínica ampliada e respostas terapêuticas efetivas (BARROS; TUNG; MARI, 2010; PITTA, 2011).

No estado do Rio Grande do Norte, após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, houve um incremento dos serviços, em especial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que passaram de uma cobertura de 0,19 CAPS por 100 mil habitantes para 0,98 CAPS por 100 mil habitantes em 2012, depois decrescido para 0,92 em 2014. Por tipos de CAPS em números absolutos, o estado contava com 17 CAPSI (para cidades ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes), 11 CAPSII (para cidades ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes), um CAPSIII (para cidades ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes), três CAPSi (direcionados ao público infante-juvenil), seis CAPSAD (direcionados ao tratamento de pessoas com problemas com álcool e drogas), um CAPSADIII (direcionados ao tratamento de pessoas com problemas com álcool e drogas, com atendimento 24 horas), que totalizavam 39 unidades, distribuídas em 83,9% dos municípios do estado em 2014 (BRASIL, 2015).

Frente às considerações tecidas, este capítulo objetiva analisar os aspectos contextuais do atendimento das emergências psiquiátricas na rede de saúde do Município de Mossoró-RN. São

creditadas uma oportunidade, uma atribuição e uma reflexão sobre a operacionalização de uma rede assistencial em saúde mental e a consequente melhora do cuidado prestado aos pacientes em crise psiquiátrica no referido município.

Método

Este é um ensaio crítico e analítico fundamentado no aporte teórico da análise de contexto. Dentre as várias perspectivas de análise contextual disponíveis na literatura, como a lógica policontextual de Gunther (GIL, 2006) ou a metodologia da descontextualização (FRIBERG et al., 2000), optamos pelo uso da análise contextual (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992) por se compreendê-la capaz de melhorar o entendimento de um dado fenômeno.

Na situação particularizada deste capítulo, utilizamos o contexto como uma fonte constante de dados. Por sua natureza intersetorial e interfacetada, buscamos descrever, analisar e correlacionar como aspectos envolvidos pertencem ao fenômeno. Desta forma, a análise do contexto não serve apenas de fundo para a discussão, mas, sobretudo, incorpora diretamente os contextos e as interpretações dos resultados do estudo.

Nessa modalidade conceitual, o contexto é subdividido em quatro camadas que interagem e se diferenciam pela extensão com que o significado é compartilhado, pelo tempo que enfoca e pela rapidez com que a mudança em cada camada pode ocorrer e ser percebida: imediato, específico, geral e metacontexto (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

A apreensão dessas dimensões, em seus níveis explicitados, envolve uma visão crescente do fenômeno, que vai desde os aspectos mais contíguos que descrevem como ele acontece no presente, por sobre o estudo das circunstâncias relevantes presentes no passado mais imediato ao acontecimento, suas inserções culturais, sociais e econômicas, até atingir o aspecto

mais abrangente, macro, circunscrito às vertentes de natureza política e conceptual do objeto de estudo. Dessa percepção, abordamos o atendimento às emergências psiquiátricas no Município de Mossoró-RN como o contexto imediato; os aspectos técnicos e operacionais que influenciam no atendimento, como o contexto específico/geral; e as políticas de saúde mental no Brasil como o metacontexto.

Contexto imediato: o fenômeno da atenção às emergências psiquiátricas

O processo de privatização da saúde, bastante presente a partir da década de 1960, com a compra, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), de serviços de saúde com vistas à garantia da cobertura previdenciária às classes trabalhadoras, se refletiu também na psiquiatria. Esta cobertura se fez dentro da lógica privatista, o que gerou mercantilização da loucura e transformou-a em geradora de lucro. Nesse período, houve um significativo crescimento de leitos manicomiais, em especial, os privados (DAL-POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Não menos diferente do transcurso histórico da psiquiatria nacional, aconteceu, *pari passu*, no Nordeste, particularmente no Rio Grande do Norte, e de forma similar, no Município de Mossoró, onde em 1968 é fundada a Casa de Saúde São Camilo de Lellis, atrelado ao modelo biologicista e tecnicista de intervenção em saúde, centrado na psiquiatria clássica, que defendia a exclusão e a segregação social a partir de longos períodos de confinamento.

Destacamos que se questiona e enfrenta esse modelo, apesar das grandes resistências de ordem política e econômica, além do descrédito nos preceitos ideológicos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e da RP nacional, para requerer a reorganização dos serviços, das práticas e de saberes do setor

de saúde, e introduzir novos atores na arena dos processos de cuidar na saúde mental, na perspectiva da reinserção social a partir de “uma rede de serviços extra-hospitalares de crescentes complexidades” (BARROS; TUNG; MARI, 2010, p. 13).

Esse novo modelo de atenção à saúde mental proposto tem referencial na Psiquiatria Democrática Italiana, de Franco Basaglia, na proposta do desmonte do aparato hospitalar psiquiátrico e da desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais e comportamentais, por meio de um novo modelo assistencial pautado na manutenção e na integração das pessoas e de sua família na comunidade (AMARANTE, 2015, 2016).

Apesar das conquistas advindas da RP, a rede de serviços substitutivos encontra-se sobrecarregada, pois outros problemas se somam à rede de saúde mental, exemplificados pelo crescente uso problemático de álcool e outras drogas; a vulnerabilidade em DST/AIDS; a crescente procura por atendimento pelos pacientes afetados pela desospitalização; e o acréscimo da demanda afetada por uma tendência mundial da psiquiatria ampliada, em que aspectos antes considerados comuns da vida cotidiana passaram a ser objeto de intervenção da psiquiatria (CAPONI, 2012).

Inferese que a ênfase no tratamento extra-hospitalar, associada ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda por serviços de saúde mental substitutivos, tem aumentado o número de pacientes sujeitos à instabilidade do seu quadro e ao conseqüente surgimento de crises em nível de comunidade (BRASIL, 2010; SOUZA; SILVA; OLIVEIRA, 2010). Aliado a este fator, tem o fato de que as demais estruturas da rede SUS no município, e na região, não estão organizadas para integrar uma possível rede de atenção psicossocial (RAPS).

Observa-se *in loco* que a alta demanda por serviços de saúde mental e de emergências psiquiátricas, no único hospital geral público da cidade, não dispõe de equipe qualificada nem

de estrutura adequada para a constituição dos leitos de atenção integral. Não há a constituição de leitos integrais para atenção a esse público.

A rede localregional está em fase de implantação e de adaptação. Serviços como CAPSAD III e Consultórios na Rua se encontram em consolidação. Esse processo de reestruturação da RAPS em Mossoró não se constrói de maneira harmoniosa, mas dentro de uma intensa arena política em que interesses, hegemônicos durante décadas, continuam a impactar nas decisões.

Esse embate se mostra claramente nas denúncias de profissionais defensores do modelo tradicional; na defesa da imprensa local por serviços que foram fechados para dar lugar à rede que é preconizada pelo SUS; pelos discursos de médicos psiquiatras ligados aos serviços tradicionais e por uma ação da população, temerosa de ver os seus familiares sem o cuidado devido.

Acrescente-se a isso o fato de a atenção primária ainda estar atrelada a uma perspectiva medicalizadora e intervencionista em saúde mental, que usa de abordagens clínicas tradicionais, responsável muitas vezes apenas pelo cadastro de usuários e pela distribuição de psicotrópicos e receituários de circulação controlada (RIBEIRO et al., 2010; CAMPOS et al., 2011; AZEVEDO et al., 2014).

Ainda como característica desse contexto imediato, é observada a burocratização do atendimento às emergências psiquiátricas identificadas a partir de um fluxograma imposto para o atendimento às crises. As situações que se caracterizem como emergências são inicialmente encaminhadas a uma das Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas (UPA/24h) da cidade, que teve sua equipe qualificada para o atendimento, para depois serem encaminhadas ao CAPS III ou ao hospital geral da cidade, onde o paciente geralmente é excessivamente sedado.

Essas burocratização e especificação de serviços acabam por dificultar o trânsito adequado do usuário em situação de

crise, pois centralizam o atendimento em apenas um terço das UPA, o que dificulta, por vezes, a logística do atendimento. Também cabe acrescentar a pouca interação entre os serviços, neste período de transição, para uma RAPS efetiva.

Em decorrência de não haver a especialidade médica de psiquiatria nos quadros do hospital geral, bem como profissionais qualificados e estrutura adequada para receber estes indivíduos em crise, é comum o paciente ficar sedado ou em contenção mecânica total durante o período em que permanecer na instituição geral. O que acaba por manter o padrão de atendimento baseado na psiquiatria clássica e desqualificar o ser humano expondo-o a riscos, em decorrência de um processo de trabalho biologicista.

Contexto específico/geral: os aspectos técnicos e operacionais que influenciam o fenômeno

As emergências psiquiátricas basicamente podem ser definidas de duas maneiras diferentes. A primeira caracteriza-se como uma “condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, com o objetivo de evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou a de outros”. A segunda, como “qualquer alteração de comportamento que não pode ser manejada de maneira rápida e adequada pelos serviços de saúde, sociais ou judiciários existentes na comunidade” (BARROS; TUNG; MARI, 2010, p. 72).

Em psiquiatria, o termo “crise psiquiátrica” é usado para caracterizar as urgências e emergências psiquiátricas que englobam diversas situações, como psicoses, ideações e tentativas de suicídio, depressões, síndromes relacionadas ao abuso de substâncias psicoativas e síndromes cerebrais orgânicas. Este tipo de crise é assinalado por momentos em

que o sofrimento psíquico é tão intenso, que o indivíduo ou o sistema são incapazes de manter a homeostase, o que gera desestruturação da vida social, familiar e psíquica do sujeito e provoca uma ruptura com a realidade socialmente aceita (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

A razão de atendimentos por emergências psiquiátricas em relação ao total de atendimentos realizados em um hospital geral no Brasil gira em torno de 3%, sendo um quarto destas admissões relacionadas a comportamentos agitados ou violentos, ao passo que nos EUA este índice chega a 5% (MANTOVANI et al., 2010).

O atendimento às crises psiquiátricas, antes isolado da sociedade e escondido atrás dos muros dos manicômios, tem ganhado mais espaço social, principalmente devido ao processo de desospitalização. Isso gerou a necessidade de se reorganizar a rede de serviços de saúde mental, a partir da criação de novos serviços e dando novas incumbências a outros já existentes. Diante disso, a crise psiquiátrica tem sido considerada um dos nós críticos da RP, devido ao estigma e ao preconceito ligados à loucura que se refletem no atendimento a estas situações emergenciais (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011; MANTOVANI et al., 2010).

A utilização dos prontos-socorros dos hospitais gerais como serviços de emergência psiquiátrica (SEP) tem amparo na Política Nacional de Saúde Mental vigente, o que evita o isolamento da psiquiatria, com consequente diminuição da discriminação e da estigmatização em torno do transtorno mental. Nesse contexto, os SEP ligados a hospitais gerais devem incorporar a proposta de uma abordagem mais ampla que não envolva apenas os aspectos psicológicos, mas que busque o manejo de comorbidades clínicas (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Esta abordagem terapêutica requer um espaço comum de oferta de serviços hospitalares, com integração da avaliação

do clínico geral, além da percepção da pessoa com transtorno mental como um paciente do sistema geral de atenção à saúde. Isto posto, faz-se necessária uma cuidadosa avaliação, que leve em conta o alto índice de comorbidades que tem conduzido estes pacientes à morte, em média, 25 anos mais cedo. Atribui-se, em parte, às dificuldades de acesso aos cuidados de saúde (BRASIL, 2010).

A ausência de psiquiatras nos SEP ligados a hospitais gerais tem ocasionado uma série de condutas terapêuticas inadequadas ou mesmo excessivas no manejo das crises, em especial aquela que diz respeito à sedação plena do paciente em crise. Outrora recomendada no manejo de pacientes agitados, atualmente, é considerada um efeito colateral indesejado, pois interfere “na avaliação médica inicial, no estabelecimento de aliança terapêutica, na formulação do diagnóstico primário e na observação da evolução do quadro clínico” (MANTOVANI et al., 2010, p. 99).

Ressalta-se outro aspecto controverso no campo da saúde mental, ou seja, as práticas de restrições físicas e contenções mecânicas amplamente utilizadas nos SEP, principalmente aqueles ligados a hospitais gerais e serviços pré-hospitalares móveis. O uso destas técnicas remete à história da psiquiatria no modelo higienista, portanto de caráter coercitivo/punitivo. Em alguns países europeus, essas práticas são proibidas por lei, ao passo que nos EUA a associação destas, juntamente com a intervenção farmacológica, é usada de forma criteriosa (MANTOVANI et al., 2010; SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

O uso de condutas terapêuticas tais como sedação, restrição física e contenção mecânica exige dos profissionais e dos serviços de saúde uma monitorização constante, pois resultam em problemas clínicos gravíssimos, inclusive a morte. Aliado a estes efeitos “terapêuticos”, o trauma psicológico provocado por uma abordagem agressiva e sem consentimento. Frequentemente se observam estes agravos a condições e situações de crises

na realidade do contexto imediato dos hospitais gerais. As estruturas físicas e funcionais são insuficientes para uma alta demanda por atendimentos de urgência, que fazem com que estes cuidados técnicos de monitorização sejam negligenciados.

Metacontexto: as políticas públicas de saúde mental no Brasil e sua operacionalização do contexto imediato

Durante décadas, no Brasil, o atendimento a pessoas com transtorno mental e/ou em uso de substâncias psicoativas esteve alicerçado em um modelo hospitalocêntrico, em que a figura do manicômio, do hospício, era emblemática no processo de produção de serviços de saúde mental. Nestes locais, “reinavam a violência, a despersonalização do indivíduo e a intolerância, transformando-o em uma *coisa* e, como tal, sem necessidades individuais ou direitos. Portanto, este deixava de ser visto como cidadão” (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010, p. 797).

A partir da RP, a política de saúde mental se sustenta na construção e na consolidação de uma ampla rede de serviços de saúde, centrada principalmente no atendimento fora do ambiente hospitalar/manicomial, que tem como principais metas a redução dos leitos psiquiátricos, o maior controle sobre a internação, a coparticipação da família e o resgate da autonomia dos sujeitos, para promover o exercício da cidadania (SILVA; AZEVEDO, 2011). Desta reorganização, almejam-se a manutenção e a integração do paciente na comunidade, para possibilitar a sua reinserção nos meios sociais, familiares e na geração de emprego e renda (AZEVEDO; FERREIRA FILHA, 2012).

É creditada a esta nova dinâmica um papel relevante dos serviços de emergência psiquiátrica quanto à tomada de decisões que interfiram diretamente no desenvolvimento da terapêutica ao longo do transcurso da crise. Some-se às funções do SEP a de organizador de demandas dos casos novos, dando

resolubilidade e direcionamento para os demais serviços da rede de saúde mental, além de uma função de retaguarda, quando os pacientes já estão incluídos no sistema de atenção à saúde mental (DEL-BEN; TENG, 2010).

Os hospitais gerais possuem uma importante função neste contexto, ao passo que servem, na maioria dos casos e no contexto imediato de estudo deste trabalho, de porta de entrada para os pacientes em crise. Destacamos a necessidade de adequar leitos para receber esta parcela da população ao mesmo tempo em que se deve investir em educação permanente em saúde, para que o cuidado produzido esteja respaldado nos princípios da humanização da assistência (CARVALHO, 2011).

Considerações finais

A análise dos níveis contextuais do objeto de estudo identificou aspectos relevantes da história do movimento da RP, no que diz respeito aos processos de cuidar na atuação psiquiátrica, aos aspectos humanos e operacionais frente às políticas públicas de saúde mental e a sua influência na construção e na consolidação, no espaço micro, da operacionalização locorregional de uma RAPS em construção/organização.

Reconhecemos e constatamos que alguns desafios precisam ser superados no que diz respeito ao atendimento das emergências psiquiátricas, a partir do processo da diminuição dos leitos hospitalares e do controle dos internamentos. Importantes lacunas surgem, especialmente relacionadas à organização da rede de atenção à saúde mental, à burocratização do fluxo de pacientes, à falta de estrutura dos hospitais gerais para atendimento às crises e à falta de conhecimento e habilidade dos profissionais em lidar com estas situações.

Chamamos a atenção para novos estudos sobre o fenômeno, ao levarmos em consideração o modo de organização dos serviços substitutivos e dos serviços de atendimento geral

à população em situações de crise, a partir de uma agenda terapêutica e de mecanismos de acolhimento e manejo das manifestações psicopatológicas de forma adequada e humanizada, eliminando procedimentos coercitivos e punitivos, tais como sedação plena, restrição física e contenção mecânica.

Referências

- AMARANTE, P. *A reforma psiquiátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- AZEVEDO, D. M. et al. Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. *Revista APS*, v. 17, n. 4, p. 537-43, 2014. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2059/849>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- AZEVEDO, E. B.; FERREIRA FILHA, M. O. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. *Revista Ciência & Saúde*, v. 5, n. 2, p. 60-70, 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/10657/8205>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Revista brasileira de psiquiatria*, v. 32, n. supl. 2, p. 71-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a03.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- BRASIL, M. A. A. Serviços de emergência psiquiátrica: peça-chave da rede assistencial. *Revista brasileira de psiquiatria*, v. 32, n. supl. 2, p. 69-70, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a02.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental em dados 12*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & saúde*

- coletiva, v. 16, n. 12, p. 4643-52, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/13.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- CAPONI, S. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- CARVALHO, C. R. A. As unidades psiquiátricas em hospitais gerais e seu papel na rede de serviços em saúde mental. *Saúde debate*, v. 35, n. 88, p. 148-56, 2011.
- DAL-POZ, M. R.; LIMA, J. C. S.; PERAZZI, S. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da Reforma Psiquiátrica. *Physis (Rio de Janeiro)*, v. 22, n. 2, p. 621-39, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/12.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- DEL-BEN, C. M.; TENG, C. T. Psychiatric emergency: challenges and vicissitudes. *Revista brasileira de psiquiatria*, v. 32, n. supl. 2, p. 67-8, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a01.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- FACCHINETTI, C. et al. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 17, n. supl. 2, p. 733-68, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s2/31.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 10. ed. São Paulo: Editora Perspectivas, 2014.
- FRIBERG, F. et al. Context and methodological decontextualization in nursing research with examples from phenomenography. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v. 14, n. 1, p. 37-43, 2000. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00559.x/abstract;jsessionid=02BB0EDBEE6A311AB1C5402682F237D8.f04t01>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- GIL, M. A. B. Cuidado policontextual de la salud: bases filosóficas. *Texto & contexto - enfermagem*, v. 15, n. esp., p. 142-5, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea16.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.
- HINDS, P. S.; CHAVES, D. E.; CYPRESS, S. M. Context as a source of meaning and understanding. *Qualitative Health Research*, v. 2, n. 1, p. 61-74, 1992.
- MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 16,

n. 1, p.155-170, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista brasileira de psiquiatria*, v. 32, n. supl. 2, p. 96-103, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

PESSOTTI, I. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34, 1994.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4635-42, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02>>. Acesso em: 26 maio 2017.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/19.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

SANTOS, M. S.; COIMBRA, V. C. C.; RIBEIRO, J. P. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista de enfermagem UFPE online*, v. 5, n. 9, p. 2197-205, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/7001/6250>>. Acesso em: 26 maio 2017.

SILVA, D. S.; AZEVEDO, D. M. A Reforma Psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 587-94, 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a21v15n3.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista latino americana de enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 591-5, 2012. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Emergency psychiatric service in general hospitals: a retrospective study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/35.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Michel Foucault e a “História da Loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 3, n. 6, p. 41-64, 2011. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1502/1725>>. Acesso em: 26 maio 2017.

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 18, n. supl. 1, p. 35-52, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/03.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

Assistência às urgências e emergências psiquiátricas: uma análise contextual

*Lucidio Clebeson de Oliveira
Richardson Augusto Rosendo da Silva
Gustavo Ávila Dias
Fábio Claudiney da Costa Pereira
João Mário Pessoa Júnior
Vannucia Karla de Medeiros Nobrega
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho
Raionara Cristina de Araújo Santos*

Introdução

Na zona de interseção entre a Política Nacional de Atenção às Urgências e as Políticas de Saúde Mental, estruturadas a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, está situada a relação entre a assistência às crises psíquicas e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e, portanto, é o espaço onde está materializado o objeto de análise do presente estudo. Essa é uma área de contradições por agregar compreensões e conceitos de assistência que divergem em vários aspectos (BONFADA, 2010).

Em Mossoró, o SAMU foi inaugurado oficialmente no dia 26 de junho de 2005. Só nos dias experimentais a equipe realizou mais de 600 atendimentos, assim podemos ver a importância do SAMU para a sociedade local. O grupo era formado por 92

profissionais oriundos ou não da saúde, dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, telefonistas e condutores (socorristas) (OLIVEIRA, 2014).

Conforme Seguel et al. (1993), as emergências psiquiátricas ocorrem quando existe uma perturbação do funcionamento do sistema nervoso central ou mesmo na iminência desta (por exemplo, na intoxicação por drogas, no surto esquizofrênico, na encefalite); quando o paciente sofre uma experiência vital traumática (por exemplo, morte de um parente, violência sexual, assaltos); ou como consequência de uma agressão física que gera um distúrbio psíquico (por exemplo, traumatismos cranianos, distúrbios endocrinológicos, distúrbios hidroeletrolíticos).

De acordo com esta definição, qualquer pessoa pode apresentar, ao longo da vida, uma condição mental que caracterize uma emergência psiquiátrica e que necessite de tratamento imediato. Qualquer transtorno psiquiátrico pode manifestar-se, em alguma fase da sua evolução, como uma condição que necessita de cuidados de um Serviço de Emergência.

Segundo Guertzenstein (1995), a emergência é a condição mais difícil para a psiquiatria e, talvez, um teste de qualidade, tendo em vista que a equipe necessitará colocar em prática um conhecimento que muitas vezes ainda é insuficiente, pelo fato de ser pouco explorado. De uma forma geral, é um processo que envolve, pelo menos, dois elementos: de um lado, o paciente no qual se intervém; e, do outro, o profissional que faz a intervenção, após a sua percepção da situação de crise bem como da percepção de assistência e cuidado, condicionando um resultado final.

Esse cenário aponta para a necessidade da realização de estudos que possam contribuir para uma melhor formação/capacitação dos profissionais, e assim possibilitar uma melhoria na assistência prestada aos usuários em situação de emergência psiquiátrica.

Ao partirmos da conceituação de urgência e de emergência, compartilhada com o Conselho Federal de Medicina, Fernandes (2004, p. 2) concebe urgência como “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência rápida”. Por sua vez, a emergência é definida como a “constatação de condições de agravo à saúde que implicam risco de morte ou sofrimento intenso, lesões irreparáveis cujo portador necessita de atendimento imediato”.

Nesse sentido, de acordo com os conceitos de crise, urgência e emergência, foi identificado que nem toda crise é uma urgência ou emergência psiquiátrica e, portanto, não deve ser tratada incondicionalmente como tal, pois os conceitos de urgência e de emergência médica não se aplicam necessariamente sob a mesma ótica no campo da saúde mental, uma vez que o atendimento em saúde mental apresenta peculiaridades e por isso necessita de uma atenção diferenciada (OLIVEIRA, 2014).

De acordo com a Portaria 2048/GM, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências, a crise em saúde mental é frequentemente identificada como urgência psiquiátrica, e atribuída como uma das responsabilidades do SAMU, compartilhada com a rede de atenção à saúde mental, a polícia e o Corpo de Bombeiros (BONFADA, 2010).

A Portaria 2.048/GM define o que são urgências psiquiátricas e atesta que estas são de competência técnica dos serviços de urgência. Portanto, é dever do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência realizar os atendimentos psiquiátricos, e configura-se como uma porta de entrada ambulante, que faz articulação com o regulador do fluxo da demanda de saúde mental que chega até a rede de urgência (JARDIM; CHIAPIN, 2004).

No entanto, há lacunas importantes sobre a assistência em saúde mental prestada pelo SAMU. Não há trabalhos suficientes na literatura do assunto que descrevam e

problematizem o funcionamento desse serviço quando se trata especificamente de saúde mental. A própria discussão sobre atendimento pré-hospitalar ainda é precária nas áreas de clínica médica geral e cirúrgica, e quase inexistente se o assunto é saúde mental. Isso, certamente, tem-se refletido na prática dos profissionais do SAMU, uma vez que utilizam procedimentos que trazem a marca daqueles realizados nos hospitais psiquiátricos, como a imobilização mecânica e o auxílio da força física do Corpo de Bombeiros ou da polícia (JARDIM; CHIAPIN, 2004).

No socorro prestado pelo SAMU durante as ocorrências psiquiátricas, são encaminhadas viaturas que contam apenas com equipamentos básicos e com a presença de um socorrista/motorista e um técnico de enfermagem. Esses profissionais têm a função de se deslocar até o local do evento, comunicar-se com o médico regulador e seguir as orientações para estabelecer condutas. No que se refere à construção de competências para essa atuação, está previsto na Portaria 2.048/GM que o socorrista receberá um treinamento de quatro horas teóricas sem nenhum treinamento prático, enquanto que o técnico de enfermagem, de duas horas teóricas e quatro horas práticas sobre intervenção em psiquiatria (BONFADA, 2010).

Um aspecto importante que deve ser enfatizado é o fato de o quadro clínico, em si, requerer uma intervenção imediata, para ser evitada uma evolução danosa tanto individual quanto coletivamente (SANTOS, 2000).

Segundo Seguel et al. (1993), a prevalência dos transtornos mentais na população geral varia entre 10% e 15%. Este alto índice se reflete, também, na alta prevalência de transtornos mentais no hospital geral, com cifras entre 40% e 60%. Nos serviços de emergência dos hospitais gerais, os quais se caracterizam por alta demanda assistencial, observa-se que cerca de 12% dos pacientes apresentam queixas derivadas de sintomas de um transtorno mental e/ou comportamental.

É importante que os profissionais saibam reconhecer os sinais e sintomas de um paciente em situação de crise e assim tomem as devidas precauções para evitar que os mesmos sejam outras vítimas. Dessa forma, esse cuidado é imprescindível, pois o paciente agressivo é uma constante em prontos-socorros psiquiátricos. É indispensável avaliá-lo para averiguar o grau de periculosidade.

No entanto, muitas vezes a violência parte dos próprios profissionais, muitas em virtude do alto nível de estresse provocado pela situação a que o profissional é submetido.

O longo período que o sujeito em sofrimento psíquico passou no isolamento, juntamente com vagabundos e prisioneiros comuns, ainda tem reflexo significativo no ideário social da loucura, mesmo com o movimento da Reforma Psiquiátrica atingindo o marco de quase 10 anos da Lei 10.216/2001, promulgada no Brasil. A pessoa com transtorno psiquiátrico, principalmente em crise psíquica, muitas vezes continua, potencialmente, vista como perigosa à integridade individual e coletiva (BONFADA,2010).

É conhecido que, em algumas situações, em que eventualmente o paciente possa estar armado e agressivo, o medo é natural e não um reflexo do preconceito do profissional. Afinal, esta é uma situação extrema em que o risco pode ser real. Nossa crítica, no entanto, está centrada na compreensão estereotipada de que todo paciente psiquiátrico em crise oferece riscos à equipe que o atende. Um paciente da clínica geral pode agir de forma agressiva com os profissionais, motivado pela angústia do momento, como se atesta em muitas situações nos prontos-socorros. Um acompanhante poderia agir de forma inesperada ou violenta quando notificado sobre a falta de vaga em hospital para seu familiar doente. Ou seja, qualquer pessoa em situação de intenso sofrimento pode se tornar agressiva. Isso não é exclusividade do paciente psiquiátrico (BONFADA, 2010).

Diante desse cenário, questionamos: como se dá a assistência de enfermagem aos usuários portadores de transtornos psiquiátricos, em situações de urgência ou emergência psiquiátrica?

Nesse sentido, o presente estudo objetivou analisar a assistência de enfermagem às urgências e emergências psiquiátricas.

Método

Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa possui um caráter descritivo, em que os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles (ANDRADE, 2007).

Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa apresenta-se como um processo de construção da realidade, na qual o conjunto dos fenômenos inerentes ao ser humano (suas crenças, valores, atitudes etc.), aqui entendido como parte da realidade social, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos, uma vez que esta se ocupa das Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado.

Este estudo é uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizado a partir de uma revisão integrativa que, para Gil (2007), é definida como um estudo construído a partir de materiais já elaborados, constituído, principalmente, de livros e artigos científicos.

O levantamento foi realizado por meio de pesquisa nas bases de dados Pubmed, Medline, SciELO, SciencDirect e Lilacs, e utilizou os seguintes descritores: Enfermagem, Urgência e Emergência, Psiquiátricas, assim como seus correspondentes termos em inglês e espanhol. Primeiramente foram utilizados separadamente, em seguida pesquisados juntos e, ao fim, foram selecionados nove artigos e duas dissertações, que foram publicados entre os anos de 2000 a 2015. A seleção inicial foi realizada com base em seus títulos e resumos e, quando relacionados ao

assunto, buscamos o texto na íntegra. Procedemos, por fim, à leitura, ao fichamento e à documentação dos trabalhos que serviram de base para esta revisão.

Nesse sentido, os trabalhos selecionados foram discutidos quanto ao foco contextual que representavam, conforme o referencial teórico trabalhado, orientando para uma interação entre as discussões de forma que estas propiciem a compreensão do todo (OLIVEIRA, 2009).

Resultados e discussões

Com relação à assistência às urgências e emergências psiquiátricas, os textos analisados, na dimensão imediata do contexto, retratam a forma como é realizado o atendimento às urgências e emergências psiquiátricas, enfatizando que essa assistência ainda é baseada em ações pontuais, e no modelo clínico, que se baseia na concepção biologicista.

Bonfada (2010) aponta que é preciso realizar um processo de (re)significação, pois faz-se necessário desconstruir preconceitos e (re)construir novas formas de conceituar a doença mental. Não nos referimos ao ímpeto de conceituar para formular um aparato teórico que conduza à representação do real em suas minúcias para melhor compreendê-lo e, então, submetê-lo a um poder de dominação, mas, sim, ao ato de reestruturar a condição de doente mental e, de fato, viabilizar a atenção psicossocial.

Esse cenário é agravado pelo fato de ainda não existirem referenciais teóricos que padronizem e normatizem o atendimento a essa clientela, neste sentido, a assistência é realizada de forma inadequada, pois o atendimento à urgência psiquiátrica é o único tipo de atendimento prestado pelo SAMU para o qual não existem diretrizes ou normas protocoladas nos cursos de atualização em atendimento pré-hospitalar, como o Advanced Cardiac Life Support - ACLS e o PreHospital Trauma

Life Support - PHTLS. Dessa forma, é premente a necessidade de construção de um protocolo específico para o atendimento de urgência psiquiátrica e a capacitação da equipe para a atuação protocolar (BONFADA, 2010).

O pensamento e a prática protocolar trazem para nossa discussão sobre urgências psiquiátricas uma problemática bem particular, pois “a saúde mental [...] não segue em suas práticas protocolos, estruturas, mapas rígidos previamente estabelecidos” (RIBEIRO, 2008, p.89).

Com relação ao contexto geral, esse fenômeno está ligado às especificidades do atendimento às urgências e emergências psiquiátricas pelo SAMU, uma vez que essa clientela ainda é cercada por estigma e preconceitos.

Essa realidade é fruto do longo período que os usuários portadores de sofrimento psíquico passaram no isolamento, juntamente com prisioneiros comuns, e que ainda tem reflexo significativo no ideário social da loucura, mesmo com o movimento da Reforma Psiquiátrica atingindo o marco de quase 10 anos. Dessa forma, os pacientes com transtorno psiquiátrico, principalmente quando estão em crise psíquica, muitas vezes, continuam, potencialmente, vistos de forma preconceituosa como perigosos à integridade individual e coletiva, o que na grande maioria das vezes leva a uma assistência inadequada (COUTO; ALBERTI, 2008).

Ainda nos dias atuais, o estigma e o medo da loucura são algo forte nas concepções e conceitos dos profissionais de saúde, porque fazem parte de um contexto construído historicamente pela psiquiatria clássica. Esse constructo teórico ainda está presente no espaço da formação dos profissionais de saúde, que estão à mercê de currículos que marginalizam a atenção psicossocial e priorizam a psicopatologia, a medicalização e a necessidade de isolamento do paciente sob o argumento da periculosidade (BONFADA, 2010).

Nesse sentido, fica clara a importância da mudança das concepções e atitudes quanto à assistência ao usuário em urgência e emergência psiquiátrica e, para que isso ocorra, é necessário que os profissionais de enfermagem se adaptem às novas concepções e assim possam efetivar a assistência pautada em uma ideologia integradora, ética, humanizada e uma assistência integral para que, desse modo, possam ofertar um atendimento pautado na integralidade (VILLELA; SCATENA, 2004).

É premente a necessidade de mudanças nas habilidades e atitudes dos envolvidos na assistência especializada, a fim de que o modelo psicossocial produza efeitos condizentes com a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Uma das possibilidades de adequação de práticas de acordo com o atual paradigma de atenção à saúde é a qualificação dos profissionais (BONFADA, 2013).

Apesar da melhoria das condições de tratamento e da redução dos leitos psiquiátricos, algumas doenças cursam com momentos de refratariedade, e necessitam de atendimento de urgência e emergência, o que reforça a importância de se poder contar com serviços destinados a este fim (BONFADA, 2013).

Dentre essas políticas, temos os serviços de atendimento às urgências e emergências psiquiátricas ofertando um atendimento que minimize os riscos de agravamento do quadro clínico do usuário e permita o retorno do mesmo ao convívio social em curto período de tempo (OLIVEIRA, 2014).

No entanto, essa transferência legal de responsabilidade deve atribuir novas e específicas demandas para profissionais e serviços, e também deve ser acompanhada de uma fase de preparação e capacitação do espaço assistencial, para que a atenção se torne resolutiva e integral, uma vez que a atuação frente aos sujeitos em sofrimento psíquico requer competências particulares.

Nesse sentido, essa relação de medo dos profissionais do SAMU diante dos casos de urgências e emergências psiquiátricas está atrelada à adoção de posturas defensivas ou até muitas vezes omissões no cuidado prestado. Jardim e Dimenstein (2008, p. 154) corroboram com esse pensamento, ao acrescentarem que “o ataque e a omissão do cuidado frequentemente progridem para a contenção mecânica do paciente”.

Quando nos reportamos ao metacontexto, percebemos que as políticas de saúde permeiam as ações direcionadas a essa clientela. Nesse sentido, entende-se que as políticas em saúde voltadas a essa clientela ainda são operacionalizadas de forma insipiente, visto que ainda não existe uma integração entre os serviços para atendimento das urgências e emergências psiquiátricas, em que essa falta de articulação leva à realização de uma assistência fragmentada e pouco resolutiva.

Nessa perspectiva, há a necessidade da articulação entre o SAMU e os demais componentes especializados da rede de saúde mental, que apontam para duas modalidades: a articulação interna dos serviços, que não pode estar voltada exclusivamente para aspectos biológicos e precisa avançar na centralidade assumida pelas necessidades dos sujeitos em crise; e a articulação externa, na qual o serviço demonstra capacidade de construir saberes e recursos externos às suas práticas (BONFADA, 2010).

Dessa forma, a falta de integração entre o SAMU e a rede de atendimento comunitário em saúde mental, assim como a postura fechada para as conquistas e os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, irá contribuir para que o serviço seja utilizado como uma forma de assistência insuficiente (BONFADA, 2013).

No entanto, é importante saber que a responsabilidade por essa articulação não é exclusiva do SAMU. Esse cenário é fruto do fato de a própria rede de serviços substitutivos também enfrentar sérios problemas na operacionalização das diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde Mental. Ainda persiste

nesses serviços a concepção manicomial do internamento, que dificulta a reinserção social da pessoa com transtorno mental (BONFADA, 2010).

Considerações finais

Diante dos resultados sobre o atendimento às urgências e emergências psiquiátricas, percebemos que ainda existem lacunas que nos fazem pensar nos desafios e entraves que ainda precisam ser enfrentados para que a Reforma Psiquiátrica brasileira possa ser concretizada.

Foi notório que o atendimento aos usuários em urgência e emergência psiquiátrica ainda é cercado por preconceitos e estigma, o que dificulta a realização de uma assistência integral a essa clientela. Uma prova disso são os vários estudos que trazem o fato de muitas vezes os profissionais do SAMU utilizarem a força policial para realizar o atendimento, além de utilizarem a contenção em casos muitas vezes desnecessários.

Percebemos a necessidade da elaboração e da implantação de protocolos para padronização das ações e intervenções realizadas, além disso, é necessário incentivar a qualificação dos profissionais na área de saúde mental.

Nesse sentido, os profissionais que lidam com esses pacientes devem ter uma capacitação adequada para a realização de um cuidado apropriado, pois o grau de cuidados necessários não se dá com tecnologias avançadas, e sim com o contato e o cuidado resolutivos.

Referências

- ANDRADE, M. M. *Introdução à metodologia do trabalho científico*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- BONFADA, D. *Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas*. 2010. 147 f. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

BONFADA, D. et al. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. *Esc. Anna Nery*, v. 17, n. 2, p. 227-33, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a04.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2017.

CORBISIER, C. RIPP: quando escutar é preciso. *Cadernos IPUB*, v. 6, n. 17, p. 59-69, 2000. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v29n54/v29n54a15.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2017.

COUTO, R.; ALBERTI, S. Breve histórico da Reforma Psiquiátrica para a uma melhor compreensão da questão atual. *Saúde em Debate*, v. 32, n. 78/79/80, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773005.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2017.

FERNANDES, S. R. J. *Caracterização da Atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do Município de Ribeira Preto-SP*. 2004. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GIL, A. C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUERTZENSTEIN, E. Z. Emergências em Psiquiatria. In: GUERTZENSTEIN, E. Z. *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Urgência Psiquiátrica: Loucura-Periculosidade fundamentando as práticas do SAMU. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 2007, Rio de Janeiro. *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO: Diálogos em Psicologia Social*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_77.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

MINAYO, M. C. S. O. Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, J. S. A. et al. O estágio extracurricular remunerado no cuidar da enfermagem nos hospitais de ensino. *Revista Gaúcha Enfermagem*, v. 30, n. 2, p. 311-18, 2009. Disponível em: <<http://seer>

ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5851>. Acesso em: 22 maio 2017.

OLIVEIRA, L. C. *Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas*. 2014. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

RIBEIRO, A. S. Saúde mental e cultura: que cultura? *Saúde em Debate*, v. 32, n. 78/79/80, p. 83-91, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=514314&indexSearch=ID>>. Acesso em: 22 maio 2017.

SANTOS, A. et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 5, 468-74, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3215.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2017.

SEGUEL, M. et al. Prevalencia de transtornos mentales en un servicio de urgencia. *Ver Med Chil*, v. 121, n. 6, 705-10, 1993. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-119862>>. Acesso em: 22 maio 2017.

A atuação interdisciplinar na Estratégia de Saúde da Família: uma análise contextual

Raionara Cristina de Araújo Santos

Clara Tavares Rangel

Emanuella de Castro Marcolino

Francisco de Sales Clementino

João Mario Pessoa Júnior

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

Rafaella Leite Fernandes

Romeika Carla Ferreira de Sena

Introdução

Ao longo dos anos, a produção social da saúde no Brasil trilhou por diversos caminhos, desde as práticas mágico-religiosas dos indígenas à utilização dos sofisticados aparelhos tecnológicos e inovadores, sobretudo de alta complexidade; da exclusão de milhões de indivíduos considerados indigentes sanitários à inclusão de “toda” a população brasileira circunscrita na perspectiva do acesso universal por meio de um sistema único de saúde pública; de uma visão puramente biologicista de unicausalidade para uma preventiva e multicausal de base epidemiológica e psicossocial; da centralização no profissional médico para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar,

portanto na formação de redes de cuidados e processos produtores de vida e qualidade de vida.

Dessa forma, é possível observar a incoerência de paradigmas por meio do processo de redemocratização, da busca ao direito universal e equânime à saúde, assim como do progresso científico e tecnológico ocorridos nos últimos anos e de sua influência direta sobre os serviços e as ações de saúde (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001), todos antecessores da Reforma Sanitária e da consequente formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu, inicialmente, como um programa e, posteriormente, como estratégia inclusiva em substituição ao modelo assistencial curativista, flexneriano, centrado no hospital, na medicalização, no individualismo, na fragmentação por especialidades e na cura das doenças. Assim garante-se a reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde.

Sob essa perspectiva, o foco de atenção volta-se para o atendimento integral e contínuo ao indivíduo e à sua família, e abrange todos os ciclos de vida (desde o recém-nascido ao idoso), compreendidos a partir de diversificados contextos e ambientes, mediante ações de prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde dos mesmos, possibilitando uma visão ampliada do processo saúde-doença (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008).

Compreende-se que a ESF, como eixo estruturante na atenção básica, constitui um avanço na saúde brasileira. É um espaço privilegiado para garantir acesso universal à saúde e romper com as barreiras socioculturais, organizacionais, econômicas, geográficas e relacionadas aos gêneros nos processos de cuidar da saúde (MARZIALE, 2016). Nessa perspectiva, proporciona uma atenção voltada às reais necessidades do indivíduo e de sua família por meio da atuação de uma equipe interdisciplinar

composta, em sua maioria, por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e auxiliar de consultório dentário (ACD).

A interdisciplinaridade constitui uma preocupação por se constituir em um eixo paradigmático na concepção da clínica ampliada, o que tem despertado interesse de algumas áreas do conhecimento a exemplo de três estudos para demonstrar a sua relevância na atenção à saúde. O primeiro trata das possíveis contribuições da psicologia na estratégia de saúde da família no município de Flores da Cunha, município da Serra Gaúcha, cujos resultados obtidos por meio da análise de conteúdo, na qual uma das categorias temáticas aponta para Interdisciplinaridade entre fazeres e o saber da psicologia na ESF, na medida em que o papel da psicologia na ESF vai além de ações simplistas de avaliação, encaminhamento e tratamento. Trata-se de ampliar possibilidades para promover atuações e serviços que se mostrem resolutivos e satisfatórios para usuários e equipe de saúde (MARQUES; OLIVEIRA, 2015).

O segundo estudo sobre a interdisciplinaridade articula a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) de uma Unidade Básica de Saúde de Curitiba, cujos resultados dos participantes demonstraram a valorização da prática interdisciplinar e intersetorial; certa fragmentação do trabalho pela valorização da especialização dos saberes; o excesso de demanda de trabalho; a restrição da comunicação entre os diferentes equipamentos sociais a encaminhamentos e eventuais ligações telefônicas; a falta de interesse de determinados equipamentos no trabalho conjunto, dentre outros achados (FERRO et al., 2014).

E, ainda, o terceiro estudo sobre a interdisciplinaridade esclarece a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde com residentes multiprofissionais da Universidade Federal do Amazonas, na atenção básica do município de Manaus, que visa a construção de ações interdisciplinares na busca de novas

formas de assistência em saúde no nível primário. Os resultados foram coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde, por meio de práticas que estimularam a interação entre as disciplinas, transformando-as em troca de saberes, criando a possibilidade de um trabalho interdisciplinar, humanizado e com integralidade (MAIA et al., 2013).

Diante do exposto, este estudo questiona: quais os contextos que envolvem a interdisciplinaridade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família?

Frente às considerações tecidas, temos o objetivo de analisar, de maneira contextual, o fenômeno da atuação interdisciplinar no âmbito da ESF.

Método

Utilizamos o referencial teórico proposto por Hinds, Chaves e Cypress (1992). Este tem sido uma ferramenta para compreender o estado da arte de um determinado objeto de estudo, a partir das discussões e reflexões propostas pela disciplina intitulada “Bases filosóficas e teóricas de enfermagem na Atenção a Saúde”, ofertada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RANGEL; MIRANDA; OLIVEIRA, 2016; RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011).

Na perspectiva de Hinds, Chaves e Cypress (1992), o contexto subdivide-se em quatro camadas interativas, que pode ser entendido como um processo espiralado de classificar e analisar o objeto de estudo, tais como: o imediato, o específico, o geral e o metacontexto. Tais camadas se desdobram desde o significado totalmente individualizado ao significado quase universal, nas quais o pesquisador descreve e analisa os aspectos conceituais por intermédio da interpretação dos resultados do estudo.

O contexto, nessa perspectiva analítica, pode ser compreendido como a relação entre o fenômeno e a situação em

que ele ocorre, o que permite uma aproximação do pesquisador com o evento a ser estudado, e o torna imprescindível para a predição, a explanação e a compreensão do fenômeno (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

O contexto imediato, como o próprio nome indica, faz referência ao presente e é representado pelo fenômeno em si. O contexto específico engloba os elementos que existem no ambiente e que influenciam o fenômeno. Os quadros de referência de vida do sujeito, desenvolvidos a partir de suas interpretações derivadas das interações passadas e atuais, constituem o contexto geral – esta camada explica o porquê do fenômeno ocorrer da forma observada. O metacontexto reflete e incorpora o passado e o presente, ao passo que descreve a visão social do fenômeno (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

Resultados e discussão

Com base na perspectiva contextual, os resultados encontrados no referido ensaio teórico foram categorizados, respectivamente, em quatro subtemas: “Atuação da equipe interdisciplinar na Estratégia de Saúde da Família – Contexto Imediato”; “Condições de trabalho na ESF: uma barreira para a atuação profissional – Contexto Específico”; “Crenças e valores que permeiam a atuação profissional na ESF – Contexto Geral”; e “A ESF como estratégia do SUS no Brasil e a cobertura universal de saúde – Metacontexto”.

Atuação da equipe interdisciplinar na Estratégia de Saúde da Família

As equipes interdisciplinares que compõem as Unidades de Saúde da Família (USF) levam em conta a densidade populacional e estão compostas, minimamente, por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e entre quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) em

número suficiente para cobrir 100% da população adscrita, respeitado o teto máximo de um ACS para cada 750 pessoas e de doze ACS para a equipe da ESF (BRASIL, 2006).

Adicionada a esta a equipe de saúde bucal em duas modalidades. A modalidade um fica composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário. Na modalidade dois, é acrescentada a presença de um técnico de higiene dental. Ressaltamos que cada equipe de saúde bucal é responsável pela população adscrita de uma ou, no máximo, duas USF (BRASIL, 2006). Também outros profissionais podem integrar essas equipes de acordo com o perfil epidemiológico da população e da decisão do gestor municipal, a exemplo do papel da psicologia na ESF.

Destacamos que o papel vai além de apenas promover ações simplistas de avaliação, encaminhamento e tratamento, mas também desenvolver constantemente novos modelos de promover saúde, capazes de contemplar a maior parte da comunidade, das famílias e dos sujeitos envolvidos territorialmente. Essa inserção foi implantada em função do modelo de atenção psicossocial decorrente da Reforma da Psiquiatria (MARQUES; OLIVEIRA, 2015).

As atribuições da equipe, em essencial a do médico, do enfermeiro e do odontólogo, devem ser desenvolvidas de forma dinâmica, integral e interdisciplinar com avaliação permanente por meio do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação, que visam à readequação do processo de trabalho.

As atribuições das equipes de saúde da família são definidas para prestar assistência integral, com ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos; em proporcionar atendimento humanizado, que viabilize a criação de vínculo; em conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis; em realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; solucionar, por meio de adequada

utilização do sistema de referência e contrarreferência, os principais problemas detectados; desenvolver processos educativos para saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e promover ações intersetoriais; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe; promover a mobilização e a participação da comunidade; identificar parceiros e recursos que possam potencializar ações intersetoriais; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente (BRASIL, 2006).

É chamada atenção para o processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde a fim de torná-los hábeis e competentes na perspectiva da integralidade das ações, conforme as recomendações ministeriais. Para isso, é imprescindível uma formação que integre ensino, gestão, atenção e controle social. Também não menos importante a ênfase na concepção de trabalho em equipe de forma interdisciplinar a fim de cumprir o princípio da integralidade na saúde e valorizar a integração dos diversos saberes de cada profissional na construção do cuidado na atenção básica (LEITE; VELOSO, 2009). Contrariamente, corre-se o risco de repetir o modelo de atenção fragmentado, desumanizado, individualista, centrado na recuperação biológica, com rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhadores (FRANCO; MERHY, 2007; ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Alinhadas às expectativas e ao compromisso com os princípios e as diretrizes do SUS, as novas diretrizes curriculares buscam eliminar a ênfase nas especializações e procuram formar um novo protagonista social, ou seja, um profissional com formação generalista, com foco na atenção básica (FEUERWERKER, 2003).

No entanto, ressaltamos que é preciso superar a concepção de trabalho em equipe regularizado por meio de relações assimétricas entre profissionais distintos que a compõe, com ênfase

em relações mais horizontalizadas. Nessa perspectiva, cada profissional deve incorporar a lógica de flexibilidade na divisão do trabalho, com autonomia técnica e com interdependência e valorizar a produção do cuidado em seus diversos âmbitos: educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, os quais, em grande parte, aparecem como periféricos ao trabalho nuclear da assistência médica individual (PEDUZZI, 2001).

Entende-se que, para a consolidação do modelo assistencial desejado, é necessário que os profissionais atuantes na ESF executem suas competências pautados em três pilares – conhecimento, habilidade e atitude – comprometendo-se com a saúde da família, com a equipe e com a população usuária (RIBEIRO et al., 2008), e para isto é imprescindível adotar uma postura ética e de responsabilidade.

Essa primeira aproximação do nível contextual, referente à forma de atuar da equipe interdisciplinar na ESF, torna-se particularmente relevante, ao considerar os demais níveis contextuais, na busca da superação dos desafios para a efetivação teórico-prática da assistência com qualidade no âmbito da atenção básica.

Condições de trabalho na ESF: uma barreira para a atuação profissional

A análise da relação entre a organização dos serviços de saúde e das práticas de atenção remete à forma como o processo saúde-doença ocorre no cotidiano das famílias e na comunidade, que a seu turno permite compreender o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

Salienta-se que, na atenção básica, embora a atuação profissional esteja baseada, na maioria das vezes, em *scripts* ministeriais e programas verticalizados, alguns profissionais não se sentem preparados para esse novo posicionamento e novo modo de fazer saúde, que requer habilidades e competências,

acarretando aumento da complexidade do projeto terapêutico a ponto de serem necessárias negociações na própria conduta de cuidado e de tratamento (CUNHA, 2005).

Em um estudo realizado por Camelo e Angerami (2008) nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto (SP) com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS pertencentes às equipes de Saúde da Família, foi constatada a necessidade de capacitação dos mesmos para um trabalho em saúde humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, que reconhecesse a saúde como direito de cidadania. Destacou-se ainda a realidade socioeconômica e a diversidade de problemas da clientela, que exigem conhecimentos da clínica ampliada, bem como habilidades no relacionamento interpessoal e intersetorial.

Maia et al. (2013) realizaram um estudo das atividades desenvolvidas pelos profissionais da Residência Multiprofissional: atividades educativas e práticas em grupo; debates; palestras com recursos audiovisuais; dois cursos para gestantes com enfoque nos cuidados da mãe e do bebê; um programa para idosas com monitoramento de glicemia e de hipertensão; atenção farmacêutica; atividade física; acompanhamento fisioterapêutico e lazer; além do acompanhamento domiciliar de dois idosos; a interdisciplinaridade estimulada no decorrer da atuação dos residentes mostrou-se de grande contribuição para alcançar o objetivo principal das práticas de saúde, que é a saúde integral do indivíduo.

Concordamos que a ausência de uma formação, que inclua conhecimentos e ações voltadas para a atenção básica, ocasiona insegurança por parte do profissional ao lidar com a população, o que pode prejudicar sobremaneira as relações que deveriam se constituir entre o trabalhador e o usuário. Dessa forma, foram elencados estudos que constataram as dificuldades ou os desafios de médicos, odontólogos e enfermeiros na Atenção Básica.

Os principais desafios encontrados pelos médicos na ESF consistem na sobrecarga explicitada por meio do número excessivo

de famílias; na pressão da demanda por consultas individuais; na falta de retaguarda dos demais níveis de atenção, aliada às dificuldades estruturais como a falta de medicamentos, de materiais e a insegurança gerada pela falta de capacitação dos mesmos para exercerem a prática de generalistas (CAPOZZOLO, 2003).

Em relação aos odontólogos, algumas características que são inerentes à própria profissão conferem à saúde bucal particularidades que dificultam sua prática no setor público como, por exemplo, a necessidade do uso de tecnologias duras na Atenção Básica, assim como a integração da equipe de saúde bucal com a de Saúde da Família para a realização de um trabalho conjunto (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Sobre os obstáculos referidos pelos enfermeiros, Ermel e Fracoli (2006) afirmam que 62,5% dos entrevistados relataram encontrar dificuldades de interação com a equipe e consideravam que estas dificuldades eram decorrentes de dois tipos de ordem: pessoal (quando trabalham com pessoas com pensamentos muito diversos) e profissional (uma vez que cada profissional tem suas características próprias ou provém de diferentes estratos sociais).

Além dos desafios inerentes a cada profissão, estão adensados aqueles decorrentes das normatizações impostas pelo Ministério da Saúde, como o formato das equipes multiprofissionais; as funções que cada categoria profissional tem de cumprir na equipe de Saúde da Família e o processo de trabalho de cada profissional que se desenvolve a partir de um determinado número de famílias, com ênfase no levantamento dos problemas de saúde existentes no território, no alcance de determinadas metas e os diversos modos de fazer a ESF, que ocasionam engessamento e estagnação da referida estratégia (FRANCO; MERHY, 2007).

Com isso, é necessária a participação ativa dos profissionais da saúde e da sociedade nos processos de gerenciamento da

ESF, de forma que não os deixe à mercê de interesses políticos ou pessoais.

Com relação à integração/articulação do trabalho foi mencionado um estudo, realizado no interior do Nordeste, que identificou a dificuldade nas tentativas de integração/articulação do trabalho na ESF e a inaplicabilidade dos princípios teóricos, metodológicos e filosóficos dela, bem como seu curto alcance em termos de ações para além do setor de saúde, o que interfere frontalmente nos resultados das ações implementadas (SILVA; SILVA; LOSING, 2006).

No tocante às relações de trabalho do profissional da ESF com o município, salienta-se a questão dos contratos informais de trabalho nos quais a contratação ocorre, na maioria das vezes, sem nenhum critério, o que propicia práticas clientelistas e vínculos contratuais ilegais ou até mesmo inexistentes em alguns casos (SENNA, 2002).

Em relação à questão salarial, foi observado que o valor social do servidor público, assim como os direitos conquistados pelos trabalhadores na Constituição de 1988 estão sendo, nos últimos anos, negligenciados e subordinados às precárias condições de trabalho a que estão sendo submetidos tais profissionais (SENNA, 2002). A diferenciação no salário das categorias profissionais da ESF configura-se como um vestígio do modelo curativista, em que há uma maior valorização do profissional médico, o que gera insatisfação dos demais profissionais de saúde frente ao paradoxo da desigualdade salarial e ao cumprimento da carga de trabalho.

Sabemos que o aumento salarial não soluciona os problemas enfrentados na ESF pelos profissionais da Atenção Básica, sejam eles do nível médio ou superior, pois são bastante irrisórios e insuficientes para mantê-los vinculados unicamente à estratégia (SANTOS, 2010).

Nesta síntese acerca dos desafios enfrentados na ESF, são adensados aos demais a falta de apoio da gestão; as fragilidades

na organização do sistema de referência e contrarreferência; a deficiência de recursos materiais, financeiros e humanos; as dificuldades do trabalho em equipe; assim como a precarização do trabalho e das unidades de saúde que geram nos profissionais sentimentos de desmotivação, sobrecarga, incerteza, impotência e insatisfação (SANTOS, 2010).

Assim, refere-se à estreita relação entre a forma de atuar dos profissionais na ESF com as condições de trabalho que lhes são ofertadas, o que influencia diretamente neste processo e na qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Crenças e valores que permeiam a atuação profissional na ESF

Atualmente, é possível afirmar que a ESF representa um meio importante de inserção de profissionais no mercado de trabalho, especialmente para aqueles em início de carreira. No entanto, destaca-se que a permanência desses profissionais em tal serviço está, na maioria das vezes, condicionada à falta de outras oportunidades de emprego e qualificação, o que contribui, indiretamente, para uma cultura de desprezo e baixo envolvimento na Atenção Básica (CUNHA, 2005).

O principal desafio que existe no âmbito da saúde pública no Brasil consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações aos quais são destinados. Esse desafio assume um desenho mais nítido e contrastante quando se refere a populações que vivem e sobrevivem em condições de miséria, pobreza e desigualdade social.

Diversas atividades intersetoriais foram citadas como realizadas pelos profissionais das áreas de Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia, Farmácia e Serviço Social, no estudo de Maia et al. (2013), as quais, em sua maioria, não se articularam completamente de maneira intersetorial. Resultado análogo ao anterior, esse

achado foi atribuído ao fato das atividades terem sido planejadas por um único setor para serem aplicadas em outro, mesmo assim consideraram satisfatório do ponto de vista da troca de saberes e da possibilidade de um trabalho interdisciplinar (PINTO et al., 2012).

Convém destacar que a equipe de saúde, em especial os profissionais de nível superior, geralmente, possui vivências muito diferentes daquelas da população adscrita à ESF, por ser oriunda de classes sociais mais privilegiadas e viver em ambientes que não lhe fornecem instrumentos que possibilitem compreender a vida (às vezes dura e difícil) da maior parcela de sua clientela (COSTA; CARBONE, 2004).

Concorda-se que os profissionais de saúde do âmbito da Saúde da Família, assim como os profissionais da assistência médica no Brasil, possuem uma crença de que tudo para as classes menos favorecidas ocorre de forma “mais difícil”. Essa crença sobrevém de uma cultura repleta de conformismos, do famoso “é assim mesmo”, explicado por uma sociedade marcada por desigualdade e exclusão (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

É destacada uma relação assimétrica gerada a partir da concepção de que as camadas mais pobres da população têm que se submeter ao controle de agentes externos. Nesse caso, os trabalhadores de saúde. Tal ajustamento hierarquiza práticas e saberes que a seu turno podem ser explicados pela falta de conhecimento das reais necessidades de saúde daquela população adscrita (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007). Dessa forma, essa camada da população tem que se submeter às imposições e normatizações dos profissionais da saúde mediados pelo *status* social a eles conferido pelas políticas públicas de saúde em sua trajetória sociocultural.

Concorda-se com Oliveira e Albuquerque (2008), ao ressaltarem que grande parte da população da área de atuação das USF possui dificuldade em compreender as ações do trabalho educativo desenvolvidas pelos profissionais de saúde, por considerarem-no como uma perda de tempo, que

deveria, prioritariamente, ser destinado ao atendimento curativo. Conforme esses autores, este conflito de interesses entre profissionais e comunidade gera uma resistência por parte desta em aceitar as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, fato este relacionado, na maioria das vezes, com a realidade social de extrema precariedade, que encontra na USF a única alternativa de acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2008).

Dessa forma, é observada a necessidade de desconstrução de concepções arraigadas e midiáticas, tanto por parte dos profissionais que fazem a ESF, quanto da própria comunidade acerca das ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica para obter uma melhor qualidade no atendimento e, conseqüentemente, na consolidação da estratégia.

A Estratégia Saúde da Família como estratégia do SUS no Brasil e a cobertura universal de saúde

A capacidade dos sistemas de saúde, a exemplo do SUS, para atender as necessidades das populações em qualquer nível de cuidado em saúde remete à compreensão da cobertura universal, o que constitui um preceito doutrinário e operacional na medida em que exige dos profissionais a superação de alguns desafios, em particular o profissional enfermeiro.

O movimento da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição Federativa de 1988 demarcaram o pensar, o saber e o praticar das ações de saúde. É inserida a integralidade das ações como eixo e modelo da Atenção em Saúde no Brasil, historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa, individual e pelo entendimento do conceito de saúde como a mera ausência de doenças, resquícios do paradigma flexneriano.

O rompimento paradigmático foi proveniente do ordenamento jurídico-institucional da criação e da implantação

do SUS, por meio da Lei n. 8.080/90, criada para regulamentar as ações e os serviços de saúde numa perspectiva ampliada e de base comunitária, visto que o modelo clínico/flexneriano não conseguia responder aos problemas da organização das ações e dos serviços de saúde, de maneira a atender às reais necessidades de saúde da população (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011).

Nesse âmbito, o SUS institui a necessidade de imprimir uma nova forma de produzir e distribuir as ações e os serviços de saúde, ou seja, de configurar e definir este novo modelo de atenção em saúde.

Dentre as estratégias utilizadas para substituição do modelo assistencial biomédico por um novo modelo pautado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção propostos pelo SUS, destacou-se a formulação e a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) renomeado, posteriormente, como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Considerada uma estratégia ministerial em que diferentes segmentos sociais, tais como educação e segurança, articulam-se com o conceito ampliado de saúde. Com isso, o indivíduo deixa de ser visto de forma fragmentada e especializada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores, o que torna possível o desenvolvimento de novas ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

A ESF surgiu, essencialmente, como uma maneira de expandir o acesso à atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de municipalização da organização da Atenção à Saúde, de facilitar o processo de territorialização e regionalização pactuada entre municípios adjacentes, de promover o vínculo com a população, com fortalecimento das ações intersetoriais e estímulo à participação da comunidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

A condição estruturante da estratégia é definida como um modelo de atenção primária à saúde, referendado no Pacto pela Vida, também como um instrumento de vigilância à saúde, na medida em que inclui elementos de diferentes modelos, operacionalizados por meio de ações/estratégias de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto para o indivíduo quanto para sua família e sua comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico) e de vigilância em saúde (ambiental, epidemiológica e sanitária), que valorizam os diversos contextos em que os usuários estão inseridos (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Dessa forma, devemos considerar a expansão da ESF e sua evolução histórica e social, além de paradigmática, consolidada como uma ferramenta prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil. Em 28 de março de 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica por meio da portaria nº 648/2006, que garante a revisão das diretrizes e as normas para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Na ampliação da cobertura pela Estratégia Saúde da Família no Brasil, em 2003, existiam cerca de 19.000 equipes de saúde da família implantadas, que atendiam 62,3 milhões de pessoas, ou seja, 35,7% em cerca de 4,4 mil municípios brasileiros. Em 2010, elevou-se comparativamente para cerca de 60% da população brasileira abrangendo cerca de 32.000 equipes (GÉRVAS; FERNANDÉZ, 2011). Uma década depois, esse crescimento tornou-se progressivo na medida em que a cobertura da população passa de 50,9%, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2008, para 53,4% em 2013, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (MALTA et al., 2016).

O crescimento ocorreu nas grandes regiões, urbano e rural. Os dados da PNS em 2013 foram semelhantes aos administrativos do Departamento da Atenção Básica (DAB) em 2013, com cerca de 56% de domicílios cadastrados. Populações com menor escolaridade receberam mais visitas domiciliares mensalmente.

O aumento da abrangência e a cobertura da ESF no Brasil são bastante exitosos, tornando-a um importante agente de promoção da equidade em saúde (MALTA et al., 2016).

Com isso, demonstra-se a importância da ESF como promotora de equidade em saúde para a população brasileira uma vez que proporciona uma visão do indivíduo e sua coletividade em diversos aspectos – preventivo, educativo, curativo, ambiental – e atende a todas as faixas etárias desde o recém-nascido à criança, ao adolescente, à mulher, ao homem, até o idoso.

A fragmentação do trabalho e os apelos da tecnocracia, de um lado, conduzem as práticas na direção contrária à valorização dos sujeitos e das relações entre eles do ponto de vista da interdisciplinaridade. Do outro, as relações de poder que se instauram entre as diferentes categorias profissionais e reproduzem em muitos casos as diferenças de classes ou de poder corporativo. Uma das grandes dificuldades observadas diz respeito à superação da fragmentação do trabalho, portanto fica comprometida a concepção de um trabalho interdisciplinar, pautado na articulação entre os diferentes saberes e práticas, preconizados tanto pelo PSF como pela Política Nacional de Humanização, acirrando as disputas interprofissionais (TRAD; ROCHA, 2011).

No entanto, é importante destacar que o impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS dependerá essencialmente da sua capacidade de integração com as redes de Atenção à Saúde: ambulatorial especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência e rede de serviços de atenção à saúde mental.

Considerações finais

A ESF é um grande avanço na saúde brasileira, por proporcionar uma atenção voltada às reais necessidades do indivíduo e de sua família, o que permite, dessa maneira, uma

aproximação por parte dos profissionais da saúde no ambiente em que aqueles habitam e vivenciam, mesmo que reflita uma dificuldade em tornar potente a integralidade como eixo articulador dos processos de trabalho. Nesse sentido, o objetivo foi alcançado, na medida em que permitiu uma reflexão teórica como uma atualização capaz de mostrar os avanços e desafios enfrentados pelo SUS.

Assim, é imprescindível a integração das ações dos componentes da equipe de saúde da família, especialmente entre os profissionais de nível superior que, tradicionalmente, não trazem em sua formação esse modo interdisciplinar de agir, respeitando os conhecimentos e as habilidades trazidos por cada um e pelos usuários e pela comunidade em geral.

Com isso, percebemos a necessidade de uma mudança nos cursos de graduação na área da saúde, com destaque para as Diretrizes Curriculares Nacionais que têm direcionado para a formação de habilidades e competências, a partir do Núcleo Docente Estruturante (NDE), que tem fomentado as Instituições de Ensino Superior (IES) a cumprirem seu papel social de modo a formar profissionais integralmente aptos, não somente do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista social e ético a partir dos avanços científicos, tecnológicos e inovadores.

Além disso, é imprescindível uma melhor distribuição dos recursos financeiros e da atuação dos gestores, para promover melhorias nas condições de trabalho e dos insumos disponibilizados para o trabalho nas USF, que aliados ao comprometimento dos profissionais tornam-se peças essenciais ao crescimento e ao desenvolvimento da ESF, melhorando de forma significativa o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população brasileira.

Ressaltamos à guisa das considerações finais para o objetivo proposto, ao apontar as lacunas e a carência de novos estudos para monitorar a ESF, como uma estratégia estruturante

da Atenção Básica mais resolutiva e eficaz para solucionar problemas em todos os níveis da Atenção à Saúde da população brasileira, assegurando-lhe a cobertura e o acesso universal de um sistema de saúde plural e aberto à formação de redes no território, cujas metas traçadas garantam a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, mesmo ao reconhecer a heterogeneidade do país e suas dimensões continentais.

Referências

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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*. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 22 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. *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)*. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 16 maio 2017.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. cuid. saúde*, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4895>>. Acesso em: 16 maio 2017.

CAMPOS, F. E.; BELISARIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada.

- Interface comun. saúde educ.*, v. 5, n. 9, p. 133-142, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/09.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2009.
- CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. *Texto & contexto enferm.*, v. 16, n. 2, p. 271-279, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a09v16n2.pdf>>. Acesso em 18 de jul. 2009.
- CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família*. 2003. 269 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. *Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/re USP/upload/pdf/286.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Mundo saúde*, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/155562/A01.pdf>. Acesso em: 23 maio 2017.
- FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO*, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003. Disponível em: <http://www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2003/feue.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- GÉRVAS, J.; FERNANDÉZ, M. P. *Informe sobre cómo fortalecer los acier-tos y corregir las fragilidades de la estrategia de salud de familia*. 2001.

Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/SBMFC_relatorio%20final.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

HINDS, P. S.; CHAVES, D. E.; CYPRESS, S. M. Context as a source of meaning and understanding. *Qualitative health research*, v. 2, n. 1, p. 61-74, 1992.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. *Saúde soc.*, v. 18, n. 1, p. 50-62, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902009000100006&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2009.

MAIA, D. B. et al. Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. *Saúde transform. soc.*, v. 4, n. 1, p. 103-110, 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1825>>. Acesso em: 24 maio 2017.

MALTA, D. C. et al. A cobertura da estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 2, p. 327-328, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2017.

MARQUES, A. A. D. V.; OLIVEIRA, R. W. Possíveis contribuições da Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: interdisciplinaridade entre fazeres e saberes. *Estud. Interdiscip. Psicol.*, v. 6, n. 2, p. 39-58, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/22540>>. Acesso em: 24 maio 2017.

MARZIALE, M. H. P. Universal Access to Health and Universal Health Coverage: nursing contributions. *Rev. latinoam. enferm.*, v. 24, e2667, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0000-2667.pdf>. Acesso em: 24 maio 2017.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol. soc.*, v. 20, n. 2, p. 237-246, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a11v20n2.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. saúde pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PINTO, B. K. et al. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. *REME rev. min. enferm.*, v. 16, n. 4, p. 487-493, 2012.

RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J.; ENDERS, B. C. Contextual analysis of frequent hospital readmissions of the individual with mental disorder. *Interface comun. saúde educ.*, v. 15, n. 37, p. 519-527, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop1411>>. Acesso em: 24 maio 2017.

RANGEL, C. T.; MIRANDA, F. A. N.; OLIVEIRA, K. K. D. A terapia comunitária integrativa e a enfermagem: o fenômeno e seus contextos. *Rev. pesqui. cuid. fundam.*, v. 8, n. 1, p. 3770-3779, 2016. Disponível em: <<http://www.index-f.com/pesquisa/revista.php>>. Acesso em: 24 maio 2017.

RIBEIRO, A. F. et al. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discurso dos profissionais. *Rev. APS*, v. 11, n. 2, p. 136-144, 2008. Disponível em: <www.aps.ufjf.br/ojs/index.php/aps/article/view/252/95>. Acesso em: 01 jun. 2009.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 13, n. 1, p. 71-82, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100012>. Acesso em: 10 dez. 2008.

SANTOS, R. C. A. *Trânsito de saberes na Saúde da Família e no Programa de Educação pelo Trabalho e para a Saúde: estudo representacional*. 2010. 150 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniananas. *Interface comun. saúde educ.*, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2004-2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2009.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad. saúde pública*, v. 18, p. 203-211, 2002.

SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C.; LOSING, A. A integração e articulação entre as ações de saúde e educação no Programa de Saúde

da Família – PSF. *Rev. eletrônica enferm.*, v. 8, n. 1, p. 70-74, 2006.

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_09.htm>. Acesso em: 03 jun. 2009.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. saúde pública*, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, 2011. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000300031&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 maio 2017.

Análise contextual: as necessidades de saúde de pessoas com deficiência

Sâmara Sirdênia Duarte do Rosário Belmiro

Romeika Carla Ferreira de Sena

Emanuella de Castro Marcolino

Lorrainy da Cruz Solano

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

Michell Platiny Cândido Duarte

Izabella Bezerra de Lima Moura

Simone Regina de Carvalho

Introdução

A história das Pessoas com Deficiência (PcD) no mundo e no Brasil experimentou modificações significativas ao longo dos anos: da exclusão total da sociedade e do processo produtivo à inclusão progressiva em diversos espaços sociais. As mudanças progressivas trazem novos desafios às políticas públicas e à ação da sociedade civil (PAGLIUCA et al., 2015; SOUZA; PIMENTEL, 2012).

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição de 1988, importantes avanços aconteceram no que concerne à garantia de direitos para a PcD, tais como, a criação de Leis, Portarias, Decretos que tiveram como objetivo contemplar direitos básicos e essenciais. E, neste contexto, foi criada a Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, que

trata da ação governamental e das responsabilidades de cada setor para com as PcD (PAGLIUCA et al., 2015; FRANÇA et al., 2013).

No campo da saúde, as raízes dessas mudanças estão no processo histórico das políticas públicas de assistência à saúde e reabilitação voltadas para a PcD, as quais caracterizaram-se, ao longo dos anos, pelo repasse de recursos financeiros para instituições filantrópicas, que mantiveram a atenção à deficiência no âmbito do assistencialismo e do humanitarismo (FRANÇA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008).

A análise da assistência à saúde das Pessoas com Deficiência aponta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada (OTHERO; AYRES, 2012; SOUZA; PIMENTEL, 2012) e com baixo índice de cobertura de assistência à saúde. Essa limitação foi confirmada pelos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi revelado que apenas 2% das PcD tem acesso à reabilitação. Nos países em desenvolvimento, esse número é de 1 a 2 por 10.000 habitantes (ROSÁRIO et al., 2013).

Dessa forma, torna-se relevante conhecer, na literatura específica, as necessidades de saúde apresentadas por esse público e as medidas de planejamento capazes de oferecer respostas a eles. Para tanto, temos o objetivo de discutir os aspectos contextuais relacionados às necessidades de saúde das Pessoas com Deficiência.

Método

Para alcançarmos nosso objetivo, organizamos uma revisão narrativa, baseada no referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress (1992), que dividem os níveis contextuais em quatro camadas interativas distintas entre si: o contexto imediato, o contexto específico, o contexto geral e o metacontexto.

O contexto imediato é caracterizado pela imediação: seu foco é o presente e é representado pelo fenômeno em

si. O contexto específico caracteriza-se pelo conhecimento individualizado e único que engloba o passado imediato e os aspectos importantes da situação atual. Refere-se aos elementos que estão presentes no ambiente e influenciam o fenômeno. No contexto geral, são considerados os quadros de referência de vida do sujeito desenvolvidos a partir de suas interpretações derivadas das interações passadas e atuais. Neste nível, crenças pessoais e valores culturais influenciam o fenômeno em questão. Finalmente, o metacontexto reflete e incorpora o passado e o presente, além de destacar condições e aprendizados para o futuro (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

A divisão dos níveis contextuais foi configurada como um recurso didático para entender o fenômeno em discussão, mas explicamos que os contextos estão entrelaçados, e explicitam a realidade deste fenômeno desde um cenário imediato até um cenário maior (MAIA; OLIVEIRA; RANGEL, 2016).

Resultados e discussão

A partir da perspectiva contextual proposta pelo referencial teórico adotado, categorizamos os resultados em quatro subtemas, conforme a perspectiva conceitual de cada contexto: “Pessoas com deficiência: de quem estamos falando? – Contexto Imediato”; “Dificuldades e desafios para o atendimento às necessidades de saúde das pessoas com deficiência – Contexto Específico”; “O estigma da deficiência e suas implicações sociais – Contexto Geral”; e “Políticas públicas para a pessoa com deficiência e necessidades de saúde – Metacontexto”.

Pessoas com deficiência: de quem estamos falando? – Contexto imediato

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), há cerca de 500 milhões de PcD no mundo, 80% delas vivem em países em desenvolvimento e em áreas marginalizadas (BRASIL,

2012). Pesquisas realizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) identificaram que, em todos os países, o predomínio de incapacidades aumenta nas áreas de maior vulnerabilidade social, independente das PcD residirem em países em desenvolvimento ou desenvolvidos (SOUZA; PIMENTEL, 2012).

No Brasil, os dados do Censo de 2010 estimam a existência de 45,6 milhões de PcD, correspondendo a 23,9% da população total. A Região Nordeste apresentou o maior percentual de PcD: somente nessa região, 26,6% da população referiu possuir algum tipo de deficiência (IBGE, 2010).

Os dados do IBGE mostram que a prevalência da deficiência variou de acordo com a natureza delas. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar, destaca-se a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da deficiência auditiva em 5,1% e da deficiência mental ou intelectual em 1,4%. Os dados, ainda, revelam que, em 2010, 8,3% da população brasileira apresentava, pelo menos, um tipo de deficiência severa (IBGE, 2010).

Esta pesquisa censitária ainda elucidou que as PcD têm menos oportunidades de inserção na escola, apresentam dificuldades de concluir os estudos e, conseqüentemente, têm menores chances de inclusão no mercado de trabalho. Quando inseridas no mercado, seus salários são mais baixos em relação aos recebidos pela população geral que exerce a mesma função (BRASIL, 2012).

As dificuldades citadas mostram a relevância da garantia de direitos para as PcD, haja vista o fato desse grupo possuir significância populacional e, especialmente, por estarem envolvidos em processos excludentes, discriminatórios e de marginalização.

Alguns nós críticos já foram superados e outros ainda são alvos de lutas. As mudanças ocorreram, inclusive, na construção do conceito de deficiência, que agora está relacionado ao entendimento coletivo proposto pela Convenção dos Direitos da

Pessoa com Deficiência, que rompe com o conceito produzido pela lógica biomédica (BRASIL, 2015).

O novo conceito parte do princípio de que Pessoas com Deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversos obstáculos sociais, físicos e estruturais, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

A análise do contexto específico evidenciou que a mudança no conceito de deficiência não ocorreu de forma isolada, mas culminou com conquistas sociais obtidas pelos movimentos e lutas das PcD no mundo e no Brasil. Essa nova conjuntura ancora-se numa compreensão de ruptura do modelo biológico da deficiência relacionado à compreensão de deficiência como doença e abre espaço para o modelo social da deficiência inventariado pelos ideais da sociedade inclusiva (FRANÇA, 2013).

A sociedade inclusiva busca eliminar barreiras físicas, programáticas e atitudinais para que as pessoas com deficiência possam ter acesso aos serviços, aos lugares, às informações e aos bens necessários ao seu desenvolvimento pessoal, educacional e profissional (FRANÇA, 2013).

A relevância social das deficiências é colocada como um contexto que extrapola a esfera da saúde e atinge a sociedade como um todo, visto que a PcD possui necessidades semelhantes às outras pessoas, além das peculiaridades de sua condição. Portanto, o modo como esses indivíduos interagem com o mundo em suas atividades diárias deve ocorrer em conformidade à sua desenvoltura, o que exige a adaptação a mecanismos compensatórios que promovam um sistema de orientação com consequente qualidade de vida e autonomia (MARTINS et al., 2016).

Os reflexos dessa nova forma de pensar sobre a deficiência fizeram a sociedade repensar e buscar estratégias para o atendimento das demandas geradas por esse público, cujo desafio

tem suscitado muitos debates e reflexões sobre o tema numa perspectiva que rompe com a lógica excludente de atenção à Pessoa com Deficiência.

Dificuldades e desafios para o atendimento às necessidades de saúde das pessoas com deficiência – contexto específico

A lógica da atenção à saúde para as PcD é representada pelos centros de reabilitação, fundamentada numa visão mecanicista do corpo, que possui como objetivo uma intervenção em que o desempenho funcional deve ser corrigido, refeito, preparado, segundo o modelo biomédico da deficiência (ROSÁRIO et al., 2013). Dessa forma, foram excluídos inúmeros processos sociais e demandas significativas para a pessoa, que reproduziram ações que incidem apenas na doença/deficiência e não em suas determinantes.

Estudos mostram a carência de pesquisas sobre o perfil epidemiológico das PcD, além daqueles que se propõem a investigar em profundidade as necessidades contextuais desse grupo, surgidas dos embates cotidianos em uma sociedade altamente excludente (SOUZA; PIMENTEL, 2012; ROSÁRIO et al., 2013). As informações que norteiam o planejamento da Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência não ocorrem de forma efetiva, o que gera, por conseguinte, ações descontextualizadas em relação às realidades locais.

Essa descontextualização evidencia-se pela tendência dos serviços de saúde em circunscrever e identificar a necessidade de saúde com a doença, apreendida como expressão biológica ou, no máximo, como expressão biopsíquica no corpo individual de um sujeito abstrato (SILVA; MOURA, 2012).

Nessa perspectiva, buscou-se uma abordagem de necessidades de saúde que considere a realidade das PcD e que considere o indivíduo de forma integral. Para este alcance, considerou-se

a abordagem do conceito utilizado no campo da saúde coletiva no Brasil, por meio de alguns estudiosos da temática (MENDES-GONÇALVES, 1992; MATSUMOTO; CECÍLIO, 1999). Para esses autores as necessidades de saúde são sempre produzidas por homens em contextos sociais e momentos históricos que se modificam, o que altera, em consequência, as necessidades que eles possuem. As necessidades de saúde são necessidades sociais e, como sociais, surgem no decorrer da história do homem. Na forma que, hegemonicamente, caracterizam-se hoje – necessidade de saúde como necessidade de serviços médicos –, desenvolvem-se no âmbito das necessidades colocadas pelo capitalismo (MENDES-GONÇALVES, 1992).

As necessidades são individuais, pois são vividas, percebidas e expressas na forma de dificuldades e requerimentos pelas pessoas para a reprodução de suas vidas. Ao mesmo tempo em que são individuais, são sociais porque somente podem ser satisfeitas socialmente. Os processos vitais (biológicos e individuais) não existem separadamente dos processos sociais dos quais os indivíduos fazem parte. Só poderiam deixar de ser sociais se o homem detentor de uma necessidade vivesse só, e não como acontece em sociedade, integrado em relações com outros para concretizar sua forma de viver (STOTZ, 1991).

Uma taxonomia proposta por Matsumoto e Cecílio (1999) discute a ideia das necessidades de saúde, ao passo que tenta dar conta dos vários enfoques sobre essa abordagem e que, ao mesmo tempo, seja descritiva e operacional. Desse modo, esses autores agruparam as necessidades de saúde em quatro categorias principais: necessidade de resposta às más condições de vida; garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe de saúde e necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”.

Ressalta-se que, em documentos do arcabouço legislativo do Sistema Único de Saúde (SUS), as necessidades estão

associadas ao processo de planejamento que trata do Pacto pela Saúde, assim definido: “adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS” (BRASIL, 2012).

O Decreto Presidencial nº 7.508/11, que regulamenta a Lei nº 8.080, ressalta a “identificação das necessidades de saúde locais e regionais” como disposição essencial para o estabelecimento dos contratos que irão mediar os acordos entre as instâncias da Federação para a organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A compreensão das necessidades como históricas e sociais leva em consideração os anseios individuais e coletivos, que passam a ser, também, instrumento para o atendimento das necessidades de saúde das PcD. Espera-se que possa ocorrer uma confluência de saberes e práticas entre a população, os trabalhadores da saúde e o Estado com a perspectiva de pensar uma atenção integral à saúde que fuja da compreensão estigmatizada da pessoa com deficiência como um ser anormal e doente.

Essas práticas devem superar o papel de inclusão apenas na teoria e alcançar as atitudes, bem como reconhecer as repercussões que os movimentos históricos têm para as Pessoas com Deficiência, tornando esses avanços efetivos dentro da realidade de vida dessas pessoas em cumprimento aos direitos adquiridos (PAGLIUCA et al., 2015).

O estigma da deficiência e suas implicações sociais – contexto geral

Sabe-se que as PcD vivenciam processos excludentes que geraram, ao longo da história, segregação social, limitação e, em muitos casos, ausência de direitos como cidadãos. A esse segmento da sociedade foram impostos atributos estranhos àqueles diferentes dos demais, num âmbito em que a normalidade seria

a única opção aceita, estigmatizando-os (FRANÇA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008).

O estigma como um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo remete à concepção de uma ideologia para explicar a inferioridade e o perigo que uma pessoa diferente pode representar. Essa concepção marca profundamente a relação entre sociedade e Pessoa com Deficiência, uma vez que existe a tendência para inferir atributos desejáveis que partem da compreensão dos atributos de normalidades (GOFFMAN, 1982).

A origem do “ser humano normal” surge na abordagem médica da humanidade ou nas tendências das organizações burocráticas em grande escala, como a Nação-Estado, de tratar todos os seus membros como iguais em alguns aspectos (GOFFMAN, 1982). A PcD foge ao padrão de “ser humano normal” esperado socialmente, o que faz emergir diversas compreensões sobre o fenômeno da deficiência.

A dominação do homem sobre a natureza, no decorrer dos séculos, transformou a explicação para o fenômeno da deficiência. O que antes classificavam como determinação divina, agora, buscam explicações em outras questões mais ligadas ao mundo científico (OTHERO; AYRES, 2012).

Marcada historicamente como uma expectativa social do modelo de homem, a deficiência está baseada, principalmente, em atributos valorizados pelas relações sociais em um determinado modo de produção. O modo de produção capitalista emergente na Revolução Industrial estabelece um sistema de relação de trabalho extremamente competitivo, que requer produtividade e competência em todos os âmbitos da ordem social (ROSÁRIO et al., 2013).

A lógica de manutenção da ordem social impôs a institucionalização das PcD, isolando-as da sociedade, o que gerou uma segregação social que viola os direitos desse segmento populacional. A institucionalização *per si* objetiva separar o

“anormal” do meio social, construindo a concepção de deficiência disseminada na sociedade como a de indivíduos incapacitados pela responsabilização de suas próprias vidas (OTHERO; AYRES, 2012).

Desse enfrentamento do homem frente às relações sociais e aos meios produtivos é que surge o processo de institucionalização, que ocasiona um estigma para a pessoa com deficiência, e a mantém presa para evitar o contato com o mundo considerado normal. A manipulação do estigma é uma característica geral da sociedade, algo processual que diz respeito às normas identitárias. Essa situação de impregnância no meio social dificulta o rompimento com os padrões sociais estabelecidos (GOFFMAN, 1982).

A inclusão desses sujeitos pode ser considerada em construção, uma vez que está relacionada diretamente ao paradigma inclusivista e à fomentação de conceitos como integração e inclusão (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009).

Os interesses governamentais referentes às Pessoas com Deficiência surgem apenas no século XX, um período marcado por reformas sociais especialmente no campo da educação, da medicina e da psicologia, centrado no paradigma predominante – o da “normalidade” – que estabeleceu como parâmetro um modelo ideal de ser humano “saudável”, aliado à “recuperação” ou à “compensação” daqueles cuja deficiência levava à atenção dos especialistas (FRANÇA, 2013).

No caso das deficiências graves, o diagnóstico é apresentado sempre sob os aspectos da negatividade. Raramente a família que convive com a PcD é orientada no sentido das possibilidades de aprendizagem e tratamento, de forma que a falta de conhecimento da sociedade e o estigma sobrecarregam a deficiência, e a tornam um peso ou um problema, e por consequência transforma as PcD em seres incapazes, indefesos, sem direitos, sempre deixados em segundo plano. Exige-se muito

esforço para superar esse estigma que se intensifica junto aos mais carentes, pois as chances de atendimento de qualidade diminuem (RODRIGUES; AOKI; OLIVER, 2015).

Concorda-se que a incorporação e o desenvolvimento das potencialidades da PcD significam olhar para o diverso, no sentido de reconhecer que as relações sociais podem ser estabelecidas na hospitalidade à diversidade com a qual discorda-se, em contraposição à tolerância (ALVES; ROCHA; CAMPOS, 2010), o que abriria novos espaços para a sua socialização e sua inclusão em todos os setores da sociedade, sem discriminação. E essas barreiras somente serão rompidas por meio de movimentos e lutas sociais.

Políticas públicas para a pessoa com deficiência e necessidades de saúde – metacontexto

Os avanços referentes às conquistas constitucionais, criação de políticas e programas colocaram em um patamar mais elevado as discussões sobre a garantia de direitos das PcD, as quais ressurgem de um contexto de invisibilidade para o da visibilidade, como cidadãs possuidoras de direitos e que apresentam inúmeras necessidades de saúde, sociais, de educação, de trabalho e renda (OTHERO; AYRES, 2012; SOUZA; PIMENTEL, 2012).

Mundialmente, as políticas indutoras e de inclusão das PcD, particularmente nos países desenvolvidos, apresentaram o marco inicial e seus desdobramentos com a proclamação do movimento pioneiro denominado “Declaração Universal dos Direitos do Homem”, em 1948, e a “Proclamação dos Direitos da Pessoa com Deficiência”, em 1975, ambos por intermédio da Organização das Nações Unidas (OTHERO; AYRES, 2012; SOUZA; PIMENTEL, 2012).

Nas décadas subsequentes, de 1980 até o início da década de 1990, ocorreu a implementação do documento “Programa

Mundial de Ação Relativo às Pessoas com Deficiência”, e, no ano de 1993, a Assembleia Geral da ONU adotou o documento “Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência”. Os avanços em busca dos direitos da Pessoa com Deficiência continuaram no ano de 1994, quando a UNESCO registrou, na Declaração de Salamanca, o termo “Sociedade Inclusiva” (OTHERO; AYRES, 2012; SOUZA; PIMENTEL, 2012).

Os reflexos dessas conquistas não passaram despercebidos no Brasil: registrada a nova Carta Magna, em 1988, que ampliou as garantias de cidadania ao proclamar o direito à saúde para todos, extensivo às Pessoas com Deficiência e os deveres do Estado para com elas.

Em 1991, cria-se o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, que estabelece diretrizes para a implementação de medidas de prevenção primária e secundária de deficiências, e a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), desenvolvida por familiares e agentes comunitários devidamente capacitados e supervisionados (ALVES; ROCHA; CAMPOS, 2010).

As políticas públicas voltadas para o atendimento às PcD, em particular, com deficiências severas e múltiplas, e a sistemática de intervenção com equipes multiprofissionais de Educação e Saúde é reafirmada nos mais importantes documentos nacionais. Dentre outros, destacam-se a Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, o Plano Nacional de Educação, a Política de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde – Planejamento e Organização de Serviços e, atualmente, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite (ROSÁRIO et al., 2013).

Em especial, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência destaca cinco sessões que tratam da saúde, da educação, da habilitação e da reabilitação profissional, do acesso ao trabalho, à cultura, ao desporto, ao turismo e ao lazer. Ressalta-se, da mesma forma, o incremento desta política com o

Decreto nº 5.296/04 da acessibilidade, e o Decreto nº 5.626/05 que regulamenta a Lei nº 10.436, dispondo sobre a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) (ALVES; ROCHA; CAMPOS, 2010).

Essas políticas e leis, bem como esses decretos e programas de governo, versam sobre a ação governamental e sobre as responsabilidades de cada setor, como também sobre normas gerais de acessibilidade nos espaços físicos, nos transportes, na comunicação/informação e no que tange às ajudas técnicas (ROSÁRIO et al., 2013).

Salienta-se, portanto, o impacto e a importância que as políticas públicas possuem na promoção de mudanças na vida das PcD, pois promovem condições de igualdade, o exercício dos direitos e as liberdades fundamentais, que garantem a sua inclusão social e a sua cidadania (MARTINS et al., 2016).

Entretanto, o desenvolvimento dessas políticas sofre a influência de fatores intervenientes, pois a PcD é um sujeito constituído no discurso médico, econômico, psicológico e pedagógico, produzindo e emergindo um sujeito da educação especial que se torna passível das práticas institucionais (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009).

No campo da assistência à saúde para a PcD, no Brasil, é reconhecida a condição de total abandono para uma nova, desafiadora e ainda fragilizada assistência humanitária em todos os níveis de atenção, sem assumir uma abordagem integradora desse processo e que preserva, na maioria dos casos, uma postura assistencialista (FRANÇA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008).

É válido ressaltar que ocorreram diversos avanços. Entretanto, apesar de positivas, as medidas anunciadas estão mais direcionadas à execução e ao aceleração de itens já previstos pelo dispositivo legal e em programas de governo. Destarte, é vislumbrada a necessidade de maior articulação para que leis e medidas sejam instrumentos efetivos de mudança social (BERNARDES et al., 2009).

Salientam-se os avanços obtidos com a criação do Sistema Único de Saúde. Todavia, as pessoas com algum tipo de deficiência ainda sofrem para receber atendimento de qualidade, uma vez que os serviços de saúde não estão preparados para assumir a responsabilidade que lhes cabe, pois as propostas foram idealizadas sem o conhecimento das necessidades de saúde apresentadas por esses sujeitos, o que compromete a qualidade da assistência ofertada (PAGLIUCA et al., 2015).

Decerto que as políticas inclusivas se encontram estabelecidas, exigindo a execução, desde a reestruturação arquitetônica, para além da mudança de comportamento da sociedade, bem como a capacitação dos profissionais da educação e da saúde para executá-las em conformidade à sua essência (PAGLIUCA et al., 2015).

As discussões recentes tentam avançar por meio do esforço em garantir e ampliar a participação da sociedade brasileira nas decisões governamentais acerca da PcD. O objetivo é incluir o novo conceito de deficiência e inserir, em todos os momentos decisórios, os protagonistas a quem serão direcionadas as ações. Essa perspectiva utiliza o lema do movimento internacional de Pessoas com Deficiência – “Nada sobre nós sem nós” – o que resume essa mudança (OTHERO; AYRES, 2012).

Desse modo, a atualização das políticas públicas, assim como a elaboração de novas políticas, deve passar, portanto, pelo prisma da inclusão social, a fim de que se possa ter a garantia de estar no rumo certo diante das novas tendências mundiais, no enfrentamento dos desafios da diversidade humana e das diferenças individuais em todos os campos de atividade.

Considerações finais

A identificação das necessidades de saúde configura-se como uma estratégia significativa para o planejamento e a

intervenção em saúde, levando em consideração os anseios individuais e coletivos de uma população.

Analisar os níveis contextuais das necessidades de saúde para as Pessoas com Deficiência torna-se pertinente pela compreensão dos aspectos específicos e gerais relacionados ao fenômeno, que geram uma síntese simultaneamente circunscrita e panorâmica da problemática em questão.

Assim, esperamos contribuir com reflexões necessárias para o rompimento da lógica que segrega as Pessoas com Deficiência dos direitos constituintes conquistados no Brasil e no mundo. Ainda, esperamos desconstruir a visão histórica estigmatizada e ventilar a possibilidade de transformações no âmbito dos saberes e práticas das ações em saúde para a Pessoa com Deficiência.

Referências

ALVES, J. G.; ROCHA, S. R. M.; CAMPOS, K. P. B. Deficiência intelectual e estigma social: enfrentamentos possíveis. In: FIGUEIREDO, R. V.; BONETI, L. W.; POULIN J. R. (Org.). *Novas luzes sobre a inclusão escolar*. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 31-8, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a08v14n1.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. *Cartilha do Censo 2010: Pessoas com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Série E. Legislação de Saúde. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. *Estatuto da pessoa com deficiência*. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2015.
- FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F.; BAPTISTA, R. S. Política de Inclusão do Portador de Deficiência: possibilidades e limites. *Acta Paul Enferm*, v. 21, n. 1, p. 112-6, 2008. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0208/pdfs/IS28\(2\)051.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0208/pdfs/IS28(2)051.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2017.
- FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 43, n. 1, p. 178-85, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 maio 2017.
- FRANÇA, I. S. X. et al. Produção científica sobre pessoas com deficiência em revistas de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE online*, v. 7, p. 960-68, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2855>. Acesso em: 24 maio 2017.
- FRANÇA, T. H. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. *Lutas Sociais*, v. 17 n. 31, p. 59-73, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/25723>>. Acesso em: 24 maio 2017
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- HINDS, P. S.; CHAVES, D. E.; CYPRESS, S. M. Contextas a source of meaning and understanding. *Qual Health Res*, v. 2, n. 1, p. 61-74, 1992.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010: Sinopse do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- MAIA, C. A. et al. Aspectos contextuais da participação da família nos centros de atenção psicossocial. *Revista de enfermagem UFPE online*, v. 10, n. 4, p. 3676-81, 2016. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7902>>. Acesso em: 24 maio 2017.

- MARTINS, K. P. et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 10, p. 3153-60, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003153&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 maio 2017.
- MATSUMOTO, N. F. *A operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do Município de São Paulo analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde*. 1999. 201 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 1992.
- OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de Saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva do sujeito por meio de história de vida. *Interface*, v. 16, n. 40, p. 219-34, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1212.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2017.
- PAGLIUCA, L. M. F. et al. Repercussão de políticas públicas inclusivas segundo análise das pessoas com deficiência. *Esc Anna Nery*, v. 3, n. 19, p. 498-504, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0498.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2017.
- ROSÁRIO, S. S. D. et al. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 738-44, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/19272>>. Acesso em: 24 maio 2017.
- SILVA, J. V.; MOURA, M. V. *Necessidades de Saúde em territórios urbanos: subsídios à crítica do pensar/fazer saúde*. 2012. 220 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2012.
- SOUZA, F. R.; PIMENTEL, A. M. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 20, n. 2, p. 229-37, 2012. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapia-ocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/626/381>>. Acesso em: 25 maio 2017.
- STOTZ, E. N. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito*. 1991. 765 f. Tese (Doutorado em Saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

RODRIGUES, S. M.; AOKI, M.; OLIVER, F. C. Diagnóstico situacional de pessoas com deficiência acompanhadas em terapia ocupacional em uma unidade básica de saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 23, n. 4, p. 781-94, 2015. Disponível em: <www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/.../666>. Acesso em: 24 maio 2017.



Este livro foi projetado pela equipe
editorial da Editora da Universidade
Federal do Rio Grande do Norte.