Universidade de Brasília
Departamento de Saúde Coletiva
Ariadine Kelly Pereira Rodrigues Francisco

GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO, INTEGRALIDADE E FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: REFLEXÕES A PARTIR DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Brasília
2016

Ariadine Kelly Pereira Rodrigues Francisco

GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO, INTEGRALIDADE E FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: REFLEXÕES A PARTIR DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Trabalho de conclusão de curso em formato de artigo científico, apresentado como exigência para o curso de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília, sob orientação do Professora. Dra. Cláudia Mara Pedrosa

Brasília

2016

Gestão Dos Processos De Trabalho, Integralidade E Formação Em Saúde Coletiva: Reflexões A Partir Dos Itinerários Terapêuticos

Ariadine Kelly Pereira Rodrigues Francisco[1], Cláudia Mara Pedrosa[2]

[1]Bacharel de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

[2] Professora orientadora do curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Resumo

O presente estudo se situa no campo da construção do conhecimento sobre a formação do sanitarista e os desafios postos para tornar o ensino em saúde mais próximo das necessidades e diversidades socioculturais. Orientada pelo olhar das ciências sociais em saúde, buscou-se, através da compreensão de estudos que abordaram a construção de Itinerários Terapêutico, estes dois objetivos: 1) discutir como na organização dos serviços de saúde a prática sanitária pode ser ampliada quando se incorpora a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença; 2) refletir, através da experiência vivida pela autora na sua formação como sanitarista, as lacunas que se apresentam na graduação para incluir as diversidades socioculturais na prática. Dessa forma, a partir da análise de 3 estudos sobre Itinerário Terapêutico- IT[1], foi escolhido o eixo integralidade, na sua dimensão de organizador do processo de trabalho, para refletir sobre a construção de novos saberes e práticas de saúde e como estes têm sido incorporados na formação do sanitarista.

Palavras chaves**:** Graduação; Saúde Coletiva; Gestão em Saúde, condições de saúde.

[1] Daqui em diante a ser denominado IT, com a finalidade de evitar repetições ao longo do presente trabalho.

Abstract

The present study is situated in the field of knowlegde construction about the graduation of the sanitarist and the challenges posed to make health education closer to sociocultural needs and diversities. Guided by the Social Sciences in health, were sougth, through the understanding of studies that approached the construction of therapeutic itineraries, these two objectives: 1) discuss how in the organization of health services the sanitary practice can be amplified when one incorporates the understanding of the context in which unfold, in the lived world, the health-disease processes; 2) to reflect, through the experience lived by the author in her formation as sanitarist, the gaps that are presented in the graduation to include sociocultural diversities in practice. This way, from the analysis of 3 studies on the therapeutic itineraries, was chosen the integrality axis, in its dimension of organizer of the work process, to reflect about the construction of new knowledge and health practices and how these have been incorporated into the sanitarian training.
Keywords: Graduation, collective health, Health management, health conditions.

Introdução

Na graduação em Saúde Coletiva, o estudo sobre os serviços de saúde e sua organização social propõe a reflexão, no âmbito da formação discente, sobre a importância da mudança do modelo gerencial para ampliar a capacidade resolutiva dos serviços e impactar na redução das desigualdades sociais. Para compreender a saúde coletiva como núcleo de saberes e práticas sociais (CAMPOS, 2000), o graduando do curso da UnB inicia a vivência do estágio curricular preferencialmente nos serviços de Atenção Primária à Saúde APS[2].

O início do estágio na APS possibilita ao discente reconhecer porque este nível tem sido proposto como estratégia de organização da atenção à saúde por integrar ações preventivas e curativas e funcionar de forma regionalizada. Reconhecida como um componente chave dos sistemas de saúde, a APS requer um melhor desempenho no atendimento às crescentes expectativas (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014). Para reorganizar este nível o Ministério da Saúde propõe a Estratégia Saúde da Família (ESF) que pode ser considerada como uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade, além de priorizar ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013)

Para que a APS assuma a organização das redes de atenção à saúde, dispõe de quatro atributos fundamentais: Longitudinalidade, Coordenação, Integralidade e Atenção no Primeiro Contato, que também pode ser chamada de porta de entrada, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado na medida que há uma necessidade ou problema de saúde. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Para Starfield, fica a cargo da APS coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde buscando responder às necessidades de saúde da população. (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014)

Conseguir esse primeiro contato traz à tona os conceitos de acesso e acessibilidade, que podem ser vistos como sinônimos, porém com significados diferentes: o acesso a determinado local ou serviço é a forma de perceber a acessibilidade, referindo-se às características da oferta que possibilitam a chegada das pessoas aos serviços. (OLIVEIRA, PEREIRA; 2013). Assim sendo, a acessibilidade pode estar relacionada à capacidade de obter

[2] Doravante a ser denominado APS, com a finalidade de evitar repetições ao longo do presente trabalho.

cuidados de saúde, e o acesso seria a maneira que o indivíduo busca até possuir esses cuidados.

Porém, o vivenciado no cotidiano dos serviços, nem sempre legitimam conceito, como acessibilidade, na prática. Durante o estágio curricular em saúde coletiva em um Centro de Saúde de uma região periférica do Brasília, deparei-me com a problemática do acesso ao atendimento na ortopedia e fiquei instigada, num primeiro momento, a conhecer e aprofundar, através de IT, como os usuários construíam seus percursos de cuidados enquanto aguardavam para serem chamados pela regulação do sistema.

A regulação nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde 01/2001 e 01/2002 foi objeto de destaque dada sua função no fortalecimento do processo de descentralização e regionalização para organizar os sistemas de saúde funcionais que envolvam todos os níveis de atenção. Autores como Baduy aprofundaram discussão conceitual sobre a regulação e analisaram como suas práticas têm gerado a fragmentação do cuidado e a dificuldade de acesso a serviços e procedimentos (BADUY et al., 2011). De outro modo, o Ministério da Saúde define regulação como a capacidade sistemática do poder público em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, enquanto um instrumento da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo. Nas diretrizes do pacto de gestão, do Pacto pela Saúde, a regulação do acesso é abordada como o estabelecimento de ações e formas para a garantia do direito constitucional de acesso integral, universal, e equânime, independente da disponibilidade de recursos financeiros. Assim, a Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde objetiva aos usuários do SUS a otimização da utilização dos serviços, em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário. Destarte, a ação regulatória é compreendida como o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, no papel da responsabilidade pelo mecanismo de relação entre a gestão e os serviços de saúde. (VILARINS, 2010)

Norteada por estes repertórios teóricos e por normativas e portarias do Ministério da Saúde que apresentavam a regulação como uma potente ferramenta para organizar os processos de gestão, passei a problematizar no estágio curricular no espaço da APS, como tem se dado essa organização, no contexto da ortopedia.

A organização da regulação ambulatorial e hospitalar proposta para especialidades, como a ortopedia, nas Regiões de Saúde, tem como finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Essas regiões são caracterizadas como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes,

que são definidos por questões culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. (BRASIL, 2011) Segundo autores como Santos e Campos tais redes são essenciais para integrar as ações e os serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade. (SANTOS; CAMPOS, 2015)

No Distrito Federal, segundo a Secretaria de Saúde, as regiões em saúde estão divididas em Centro-Norte, Centro-Sul; Oeste; Sul; Sudoeste; Norte; e Leste. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2016). Na região de saúde leste do DF, onde desenvolvi o estágio em saúde coletiva, existe um objetivo de padronizar os fluxos de marcação de consultas e exames. Segundo o profissional responsável pelo setor Gerência de Matrícula, Marcação de Consultas e Prontuário de Pacientes, para marcação de consultas ambulatoriais e exames regulados os usuários devem se dirigir, munidos de identidade, cartão de atendimento e do SUS (se possuir) e encaminhamento médico, ao setor de marcação mais próximo de sua residência, quais sejam: Centro de Saúde 01 do Paranoá; Centro de Saúde 02 do Paranoá (Itapoã); Centro de Saúde 01 de São Sebastião. O encaminhamento médico deve conter a identificação do paciente, resumo clínico, CID[3] e outras informações pertinentes a fim de que o processo de regulação se dê da forma mais equânime possível. No caso de consultas ambulatoriais de 1ª vez oferecidas pelo Hospital Regional da Região Leste, Hospital Universitário de Brasília e exames e consultas regulados via Sistema Nacional de Regulação (SISREGIII) - Sistema online, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos, os usuários são orientados a não procurar a marcação direta nas unidades executantes.

Cada Região do DF possui um fluxo a ser seguido de acordo com o local que o indivíduo mora, facilitando na proximidade residência-serviço. Contudo, existe uma exceção para a especialidade de Ortopedia, que foi a problemática que me deparei. As marcações de consultas de todo DF acontecem presencialmente apenas no Centro de Saúde do Paranoá, dificultando para quem mora em regiões mais distantes, como por exemplo, quem reside em Brazlândia, a mais de 60 quilômetros, e acumulando um longo tempo de espera que compromete a qualidade do atendimento e certamente agrava as condições de saúde do usuário. Os dados que encontrei são alarmantes, no ano de 2015, a demanda reprimida da ortopedia no geral chegou ao número de 7631 casos, causando espera de pelo menos 2 anos

[3] Classificação Internacional de Doenças

para finalmente conseguir atendimento. Até o mês de setembro de 2016, os casos já chegavam em 7164 usuários à espera de atendimento na especialidade. Ainda que faltem 3 meses para que o período de tempo seja igual ao de 2015, é possível ver que os números possuem uma proximidade. Isso evidencia, claramente, um *défict* de resolubilidade do problema ao longo de um ano.

Durante minha vivência no Estágio curricular, anotei em meu portfólio informações que o profissional responsável pelo setor Gerência de Matrícula, Marcação de Consultas e Prontuário de Pacientes compartilhou nos momentos de orientação nos serviços, dentre elas a que existem 14 médicos ortopedistas que atendem no ambulatório da Região Leste, porém metade desses profissionais já estão com a agenda cheia até janeiro de 2017, o que inviabiliza outras marcações com eles. Um outro problema é o grande intervalo de tempo entre a marcação e a consulta, resultando no esquecimento dos pacientes ou na busca de outros meios para o seu tratamento. Isso gera absenteísmo e falta de atendimento a outros pacientes.

Frente a esse cenário, elaborei como primeira questão investigativa do TCC, a compreensão dos IT de usuários que aguardavam na fila de espera da ortopedia. A proposta integrou a pesquisa "Análise de dispositivos de gestão em redes de atenção à saúde: múltiplos olhares para o papel da Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal", coordenada pela docente Claudia Pedrosa, e orientadora deste trabalho, que submeteu ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília e ao Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

O objetivo era, portanto, analisar a organização do fluxo de atendimento secundário para atendimento na ortopedia do GDF e discutir, através do acompanhamento de itinerários terapêuticos de usuários deste serviço no Sistema Único de Saúde, se a atual organização do processo de trabalho na regulação favorece a (des)integração da rede assistencial e dificulta a consolidação da integralidade do cuidado.

Frente a dificuldade de conciliar o tempo de realização do TCC com o tempo da aprovação do Comitê de Ética para entrada no campo, ficou inviabilizada a proposta inicial do projeto. Dessa forma, para finalizar no prazo estipulado, o objetivo da pesquisa foi reelaborado, considerando o olhar sobre os ITs como componentes estruturador do sistema de atenção à saúde - temática que integrou a maior parte da revisão de literatura realizada desde o início do projeto, pois buscavam-se embasamento e suporte para a pesquisa de campo.

Baseada nas questões que surgiram nessa fase de revisão da literatura, foram redesenhados dois objetivos para a continuidade da pesquisa: 1) discutir como na organização

dos serviços de saúde a prática sanitária pode ser ampliada quando se incorpora a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença; 2) refletir, através da experiência vivida pela autora na sua formação como sanitarista, as lacunas que se apresentam na graduação para incluir as diversidades socioculturais na prática discente. Buscou-se a partir da análise de 3 estudos sobre IT focar o eixo integralidade, na sua dimensão de organizador do processo de trabalho, para refletir sobre a construção de novos saberes e práticas de saúde e como estes têm sido incorporados na formação do sanitarista.

2. Metodologia

No estudo qualitativo, recorri as anotações de meu portfólio que ao longo da graduação registrei reflexões sobre minhas experiências em cenários de práticas e atividades didáticas. Resgatei para análise no presente estudo, as reflexões que subsidiaram o olhar sobre a oferta curricular na minha formação que dialogavam com a minhas inquietações.

Foi realizada também uma pesquisa exploratória a partir da revisão bibliográfica nos últimos dois anos acerca do itinerário terapêutico que os usuários utilizam em cenários socioculturais diversos para chegarem ao serviço de saúde. Para a classificação dos estudos que foram revisados, consideraram-se aspectos de diversidade cultural/religiosa, tratando de quilombolas, indígenas e adeptos do candomblé.

A coleta de dados foi realizada através dos portais da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br) e Scielo (Scientific Eletronic Libary Online). O descritor utilizado foi itinerário terapêutico e a seleção foi baseada em artigos mais atuais e com um público alvo diferenciado do comum, visto que normalmente já é difícil conseguir acesso, traçar esse percurso tendo uma particularidade, certamente, possui bem mais obstáculos do que os previstos.

Os artigos selecionados foram sistematizados em uma matriz com as seguintes classificações: autor/ano, objetivos, metodologia, público e resultados e depois foi realizada uma análise de conteúdo com o atributo da integralidade, que fora encontrado nos três estudos.

Os itinerários terapêuticos no cuidado à saúde

O projeto de construção da atenção básica sempre buscou uma proposta de organização das ações de saúde e que fossem relacionadas à determinada população de um território. A constituição de redes de atenção de nível básico é um arranjo assistencial recente que necessita dar respostas às demandas, aliado a recursos escassos e outras falhas do sistema. Os vários serviços, com suas missões e graus de complexidade, deveriam ser conectados por fluxos normalizados da maneira que o trânsito das pessoas obedeça à lógica de "circuitos racionais de utilização dos serviços estabelecidos pelos gestores. (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014)

Os caminhos percorridos pelos usuários que utilizam os serviços de saúde nem sempre obedecem a fluxos pré-determinados. Essas escolhas podem ser forjadas por influências e contextos, que alguns autores chamam de itinerários terapêuticos. Sendo o tratamento da enfermidade o objeto em questão, os itinerários terapêuticos podem ser classificados de uma forma ampla como uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões com a finalidade de construir uma determinada trajetória na busca de preservação ou recuperação da saúde, ou seja, são os caminhos percorridos pelos indivíduos em busca de cuidados terapêuticos. (CABRAL et al., 2011)

Sendo constituídos por diversos movimentos, os ITs possuem a finalidade de preservação ou recuperação da saúde, podendo ser seguido por indivíduos ou grupos, que mobilizam diversos recursos que incluem desde cuidados caseiros, práticas religiosas até o cuidado biomédico predominante. É importante considerar os fatores culturais, cognitivos e sociais de cada indivíduo em sua análise comportamental sobre a procura de serviços, pois algumas questões irão influenciar os ITs seguidos. (CABRAL et al., 2011)

A publicação "Os Mapas do Cuidado - o agir leigo na saúde" foi um estudo realizado sobre os itinerários terapêuticos de indivíduos de dois diferentes municípios da região do ABCD paulista. Foi possível identificar nas falas de indivíduos a dificuldade em compreender os fluxos "oficiais" do cuidado, pois faltam informações e nem sempre a comunicação dos profissionais é semelhante no conteúdo, o que leva a confusão quanto a que mapa o usuário deve, ou pode percorrer (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014). Esse mesmo contexto acontece no cotidiano de diversos serviços de saúde, como pude vivenciar na experiência na APS. Nem sempre o mesmo caminho percorrido para chegar-se ao atendimento é o mesmo para todos, evidenciando a falta de equidade e acesso.

Dessa forma, ao me deparar, nos estudos com ITs de usuários que vivenciaram comportamentos e pensamentos singulares com noções particulares sobre saúde e terapêutica em suas enfermidades, e mobilizada pela quase total ausência, no cotidiano de minha formação como sanitarista, como também pela discussão sobre a importância dos contextos socioculturais transversalizando a gestão do sistema, busquei aprofundar a compreensão de como diferentes ITs no contexto intercultural podem auxiliar na qualificação da organização dos sistemas de saúde. Essa temática se apresentou como um caminho profícuo para este trabalho de conclusão de curso uma vez que objetiva a construção do conhecimento no campo da formação em saúde coletiva.

IT em contextos interculturais

Serão apresentadas a seguir a sistematização analítica sobre os artigos que abordaram os ITs nos contextos interculturais.

Quadro 1. Artigos sobre estudos de itinerários terapêuticos:

Autor e ano	**Objetivo**	**Metodologia**	**Público**	**Resultados**
PORTUGAL, Clarice Moreira. 2016	Discorrer acerca dos aspectos infocomunicacionais concernentes à relação que adeptos de religião de matrizes africanas- em especial candomblé- estabelecem com serviços de saúde, tanto os públicos quanto os privados.	Qualitativo; Entrevistas semiestruturadas; Análise de conteúdo.	Adeptos do candomblé	A chegada ao candomblé costuma ser um ponto final em uma longa trajetória de busca por cuidado em consultórios médicos e serviços de saúde; A autoridade médica reconhece um diagnóstico espiritual ou não reconhece nenhum diagnóstico e recomenda a recorrência a um espaço religioso.
RIBAS, Dulce Lopes Barboza. 2016	Descrever as visões sobre saúde e doença, enfatizando a identificação, as interpretações diagnósticas e as práticas terapêuticas relacionadas à doença crônica entre os Teréna residentes nas terras indígenas Buriti de	Qualitativo; Entrevistas semiestruturadas; Análise interpretativa.	Indígenas	O xamanismo continua presente e sendo importante no cotidiano Teréna. IT-Medicina tradicional e posteriormente busca por cuidado biomédico. Ou, primeiramente busca pelo cuidado biomédico e posteriormente medicina tradicional. Assim como, os dois realizados

	Mato Grosso do Sul, Brasil.			simultaneamente.
SANTOS, Renata Carvalho dos; SILVA, Maria Sebastiana. 2014	Investigar as condições de vida e os itinerários terapêuticos de duas populações quilombolas do Estado de Goiás (Almeidas - comunidade rural e Jardim Cascata - comunidade urbana).	Quanti-qualitativo; Entrevista semiestruturada; Análise temática.	Quilombolas	Em Almeidas, são utilizadas, de forma seguida ou simultânea, a automedicação caseira e alopática. No Jardim Cascata, os moradores utilizam principalmente a automedicação com remédios alopáticos, e os postos de saúde do bairro frequentemente estão sem profissionais para realizar o atendimento. As duas comunidades apresentam determinações históricas que denunciam a falta de atenção pública e marginalização da população pobre.

Resultados

Os estudos relatados nos artigos que foram analisados elucidaram como a construção dos Itinerários Terapêuticos podem trazer para o campo do Planejamento e Gestão em saúde coletiva a compreensão interdisciplinar e intercultural da organização dos serviços de saúde, uma vez que as ciências sociais ampliam o olhar do sistema social e os Itinerários Terapêuticos trazem fundamentos particulares, que enunciam processos de cuidado e negociação que estruturam um outro modo de se pensar a saúde, fora o eixo biomédico.

Como um princípio do Sistema Único de Saúde, a integralidade orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços, além de ser importante para a gestão, a organização do processo de trabalho, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde. (FRACOLLI et al., 2011)

A integralidade da atenção encontra dificuldades na organização do acesso e fluxo dos usuários pelos serviços de saúde, afetando diretamente a qualidade da assistência prestada e

caracterizada por uma atenção descontínua e pouco resolutiva, pois há ausência de integração em vários pontos do sistema. Alguns problemas que atingem essa assistência estão relacionados ao modelo assistencial, modelo esse que apoiados em conhecimentos e saberes biomédicos, definem o que é problema de saúde, como devem ser realizadas e organizadas as práticas, para que servem, qual o contingente necessário, entre outros. Esse modelo, centrado na medicina especializada e em hospitais, em tecnologias leve-duras e duras, não atende na sua totalidade as necessidades da população. Merhy classifica as tecnologias como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. (MERHY, 2002)

As experiências discutidas nos artigos revelam esse distanciamento entre a demanda dos usuários e as ofertas dos serviços, pois nota-se a permanência do modelo científico tradicional onde a medicina se projeta com detentora do saber e invisibiliza as práticas populares de agentes como benzedeiras, parteiras, curandeiros, feiticeiras, dentre outros.

Portanto, existe o desejo de aproximação de ações e serviços às necessidades de saúde da população que tem resultado na construção de modelos alternativos, que traduzam a organização de serviços e sistemas eticamente responsáveis, com capacidade de encontrar a melhor solução para os problemas de saúde e diretamente orientados pelas necessidades dos usuários, o que exige esforço para traduzir os variados sentidos da integralidade. (PERONI, 2013)

Garantir a integralidade não é uma tarefa fácil, ainda mais quando se trata de Povos e Comunidades Tradicionais, pois existem particularidades de cada comunidade que requerem uma visão ampliada do serviço para produzir saúde. Ainda se manifestam grande intolerância por parte de muitos profissionais da saúde ao planejamento que compreende as questões inerentes à saúde e à doença a partir dos contextos socioculturais específicos.

O Decreto Nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Estão incluídos nessa política grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição. Um dos objetivos específicos dessa política é garantir aos povos e comunidades tradicionais o acesso aos serviços de saúde de qualidade e adequados às suas características socioculturais, suas necessidades e demandas, com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional.

Porém, durante as formações acadêmicas de profissionais da saúde dificilmente são encontradas disciplinas ou práticas/cursos voltados para compreender os costumes e crenças desses povos e comunidades tradicionais. (BRASIL, 2007)

Quando pensamos a integralidade como organizadora do processo de trabalho, remete-nos ao desafio de promover o tratamento integral dos usuários, respeitando qualquer condição social, associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Foram estes desafios que ao analisar os artigos em questão emergiram como importantes analisadores na trajetória e relatos dos participantes das pesquisas.

O primeiro artigo de Portugal (2016) traz como resultados de Its que a maioria dos casos são iniciados pelo cuidado biomédico, e quando esse não é eficaz ou não possui diagnóstico, a busca pelo tratamento espiritual, no caso candomblé, é realizada. Pois, é relatado que as pessoas que buscam o Candomblé, fazem-no por possuírem problemas não resolvidos pela medicina científica. O fato de o profissional "diagnosticar' que o indivíduo que se queixa de um sofrimento, ou de um familiar não apresenta "nada" como é colocado pelos médicos no estudo, delimita a finalização do cuidado biomédico e a busca por outros tratamentos. Em alguns casos o tratamento espiritual foi aconselhado pelos próprios médicos, e foram notados resultados melhores do que os realizados via medicação.

A falta de acolhimento é um dos grandes pilares encontrados no cuidado biomédico que limitam o acesso e a efetividade da assistência. O acolhimento inserido nos processos de trabalho na assistência irá garantir a integralidade nas práticas, principalmente quando consegue abrir a escuta para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa.

O que foi possível identificar nos artigos que médicos que ironizam o paciente - "dando risadas e mandado procurar macumba, tomar cerveja que passa, procurar cartomantes"- não estão dialogando no espaço da ética e do afeto, estão ironizando as escolhas ou estilo de vida dos usuários. Chamou também a atenção um trecho que a entrevistada conta que a filha foi desenganada: - *"E aí quando a J. fez uns quatro meses, começou com uma diarreia e vômito que eu corria tudo quanto que era pediatra. [...] Eu peguei todos os exames de J. e levei pro PAM [Posto de Atendimento Médico] de Del Castilho. A mulher olhou, pediu outros exames que nem no PAM fazia. Fiz por fora. Aí ela falou: Olha só, eu não sei te dizer o que sua filha tem, mas posso te dizer que você deve se despedir dela. Falei: Como assim? É, da forma como sua filha tá evoluindo, ela não vai fazer um ano de idade. Ela não responde a nenhum tratamento. [...] Como é que você ouve isso de um médico, né?"*

A invisibilidade do sofrimento vinculado a crenças religiosas impossibilita a compreensão do profissional para o momento de adoecer em contexto cultural e social. Mais que isso, intercepta a possibilidade de ofertar um cuidado ampliado. Nesse caso citado, ao se referirem a quantidade de tempo que possui de vida, e sugerir que a mãe se despeça da filha que possui alguma enfermidade, pois não viverá até o primeiro ano de vida, o profissional demonstra não reconhecer a particularidades que não advêm das diferenças biológicas, mas, sim, das diferenças socioculturais na vida de quem está em sofrimento.

Esses casos ilustram falta de integralidade do cuidado. Profissionais que não se abrem para uma escuta qualificada sobre o que o paciente vem trazendo e utiliza de seu saber medico para destratar e, por vezes humilhar o usuário. São acontecimentos que foram encontrados no estudo e não são casos isolados, pois não estão nada distantes da realidade, como pode-se ver nas mídias ou até mesmo por experiências próprias e vivencias durante minha formação como sanitarista.

O segundo artigo de Ribas, Concone e Picolli (2016) também corrobora um distanciamento do cuidado no sistema formal ao contexto sociocultural dos usuários. Descreve os ITS realizados por indígenas Terenas do Mato Grosso do Sul, onde há dois caminhos realizados pelos entrevistados. O primeiro é a adesão ao cuidado biomédico em conjunto com a medicina tradicional, ou seja, é fazer o uso de medicamentos, mas também realizar orações, garrafadas, a ingestão de chás, entre outros. E o outro caminho é primeiro buscar o tratamento religioso e práticas populares, seja por meio de orações, unções, utilização de ervas naturais e se caso não for visto melhora do quadro a busca pelo cuidado biomédico.

Um dos pontos apresentados no artigo de Ribas, Concone e Picolli (2016) ressalta o quanto o desconhecimento do cotidiano da vida das pessoas resulta por parte dos profissionais em abordagens pouco efetivas e acolhedoras no tratamento, como por exemplo quando descreve uma situação onde o médico, por desconhecer o cotidiano da usuária, que era indígena, não levou em conta particularidades para recomendar a atividade física como terapêutica no controle da pressão arterial. Nesse caso, o médico do estudo sugeriu que a paciente realizasse caminhadas para seu tratamento de hipertensão, mas em nenhum momento a deixou se explicar ou ofertou a construção conjunta do projeto terapêutico singular, pois a usuária relatava realizar várias atividades que movimentavam o corpo no seu dia-a-dia. E diante da insistência do profissional, surge a inquietação e incompreensão frente ao descontrole da hipertensão, pois se a recomendação para o tratamento era atividade física, porque não notava melhora, visto que as realiza todos os dias?

A falta de diálogo entre profissional e paciente é outro obstáculo da integralidade. Não saber as condições sociais e de vida dos usuários dificulta a abordagem e os resultados do tratamento proposto. A integralidade se constrói na prática do conjunto dos profissionais dos serviços de saúde e nas diferentes formas de encontro desses profissionais com e no serviço. A abertura para reconhecer a importância de inserir na APS, o acolhimento e a construção dos projetos terapêuticos singulares que respeitem e dê visibilidade a realidade social e cultural, como dos povos indígenas, demanda na organização do processo de trabalho, espaços para colocar em evidência qual modelo de atenção que está em disputa.

A defesa da integralidade, como discute Mattos (2004), não significa ignorar a gama de conhecimentos sobre as doenças, mas produzir um uso prudente desse conhecimento, um uso orientado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos. (MATTOS, 2004)

E por fim, o último artigo de Santos e Silva (2014) traz resultados semelhantes aos já discutidos no estudo que abordou os povos indígenas, porém neste a investigação focou a população quilombola. Também foram descritos Its que revelam dois caminhos: um em que inicialmente é realizado com a busca pela religião, pela ingestão de remédios caseiros e chás/xaropes e posteriormente, caso o primeiro não dê resultados, a busca pelo cuidado biomédico. E Its onde os quilombolas buscam de imediato o cuidado biomédico com tratamento medicamentoso alopáticos mas agregam também a medicação caseira ou tratamentos aliados à religião. Essa complementaridade nestes casos, se dá ora de imediato, ou depois de um tempo que o tratamento medicamentoso alopático não mostrou eficácia.

Os serviços de saúde são muito precários nas comunidades quilombolas do estudo, há a reclamação de falta de médicos constante e por um longo período, já tendo ficado 4 meses sem a presença de um médico no Posto de Saúde local. Além disso é relatada também o atendimento inadequado do profissional, por não levar em consideração as relações culturais, além da falta de assistência, que resultou em óbito em uma mulher da comunidade, segundo o estudo. O distanciamento do profissional a comunidade é ressaltado quando uma entrevistada descreve que “ o médico as vezes nem olha para a pessoa para saber que cor você é (...), e as vezes você está precisando de olhar no olho”.

Mais uma vez a falta de acolhimento angustia o usuário que sente não ter credibilidade no que está falando ou ouvindo, isso se torna um obstáculo para um tratamento efetivo. Essa organização do cuidado não demanda do sistema verba extra, não requer nada complexo, trata-se apenas de enxergar e significar os usuários como pessoas que não estão naquela condição (enfermos) por mera vontade própria, mas que estão inseridos numa

complexa rede, muitas vezes de inequidades sociais, que amplia a limitação do acesso a cuidados a saúde.

O Significados socioculturais da doença e os desafios para a prática do sanitarista

Nos artigos analisados e no meu percurso como sanitarista, que aqui foi revisitado nas anotações de portfólio e diários de campo, foi possível evidenciar o quanto os Itinerários Terapêuticos no contexto de cuidado intercultural podem ser utilizados como estratégias complementares para o planejamento e a gestão dos serviços de saúde, uma vez que possibilitam na organização do processo de trabalho uma compreensão ampliada da pluralidade cultural e vivências singulares.

Durante graduação de saúde coletiva pude vivenciar no segundo semestre a imersão em um projeto no Hospital Universitário de Brasília intitulado de PET-Saúde Indígena, no qual permaneci por dois anos. A proposta do projeto era realizar um acolhimento aos indígenas que chegavam ao Ambulatório de Saúde Indígena (ASI). Havia estudantes indígenas e não indígenas, porém em todos os horários e turnos havia a presença de pelo menos um estudante indígena, visto que os pacientes que chegavam sentiam-se muito mais à vontade com um "parente" do que com um não índio. Realizávamos uma primeira conversa no ASI, que nem sempre era relacionada à consulta ou ao tratamento, mas tinha como objetivo criar vínculo e aproximação para compreender os processos de vida da pessoa que buscava atendimento. Depois deste primeiro momento, seguíamos juntos para a consulta. Mesmo dentro desse contexto de uma ação programática, notava-se que era frequente o despreparo de profissionais da saúde e estudantes para lidar de forma respeitosa com a diversidade cultural e as crenças dos pacientes, situação que foi corroborada nos artigos analisados. Presenciei muitas cenas em que era visível a falta de compreensão ou até mesmo insultos, posturas antiéticas que destoam de um projeto de cuidado integral, o que se torna um agravante numa relação de poder institucional que envolve o cuidado a grupos socialmente reconhecidos como vulneráveis, como os povos indígenas.

O fato do profissional não levar em consideração as singularidades do paciente também está atrelado às tecnologias, pois o médico reduz-se a uma unidade de produção de procedimentos, que passa a ser o ato de saúde pretendido deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leve-duras. (MERHY; CAMARGO; FEUERWERKER, 2009)

Apesar da proposta do Ambulatório de Saúde Indígena (ASI), nota-se que o atendimento especializado ali ofertado ainda encontra dificuldade de muitos profissionais abordarem na hora da consulta os aspectos das condições socioculturais, a investigação com respeito sobre a adesão ou desejo a tratamento alternativo. Ao longo destes dois anos no projeto e na vivência de estágio nos serviços de saúde, pude constatar, depois de muitas trocas de experiências e saberes, que a postura daqueles estudantes e profissionais pode estar relacionada com a lacuna na formação acadêmica e na educação permanente ofertada nos serviços. A importância de inserir ao longo de toda a formação uma abordagem mais interdisciplinar que amplie a discussão no campo das ciências humanas e sociais na saúde se faz necessária para discutir as práticas interculturais e desconstruir a centralidade da biomedicina como saber hegemônico (LANGDON; WIIK, 2010).

Em minha vivência como sanitarista nos territórios de saúde, notei que o reconhecimento da saúde e doença, enquanto processos socioculturais e a construção de projetos terapêuticos singulares que dialoguem com as singularidades de diferentes classes sociais, religiões, regiões e grupos étnicos, ainda é limitado, ou quase inexistente. Essa realidade sugere que são poucos os cursos da saúde que se aprofundam nessa questão e conseguiram impactar e transformar a prática profissional, apesar da importância de tal mudança para a sociedade. Para que se concretize o atendimento integral de qualidade deve-se olhar as particularidades de cada povo, a singularidade dos sujeitos compreender o fenômeno saúde-doença para além de instrumentos anatomofisiológicos da medicina e considerar a visão de mundo dos diferentes segmentos da sociedade, bem como suas crenças e cultura (MINAYO, 1991).

Esta visão ampliada nos sistemas de saúde da produção de sentidos sobre as formas de atenção construídas e instituídas nas instituições de cuidados ganha relevância ainda maior quando voltamos o olhar para o campo da saúde coletiva que, segundo Campos (2000), é um campo que vem contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e enriquecendo a compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença, e por isso exige diálogo ativo entre as distintas racionalidades.

Esse ponto de confluência direciona minha reflexão para a experiência vivida como sanitarista em formação que reconhece as inúmeras contribuições em torno do processo saúde/doença, cultura e sociedade, e busca repensar como a formulação de políticas públicas e planejamento dos serviços de saúde podem ser qualificados quando incorporam estes saberes das ciências humanas e sociais.

O Projeto Político Pedagógico (PPP)[4] do curso de Saúde Coletiva de 2010 propõe um curso voltado para a reorganização dos processos de trabalho; reorientação da assistência à doentes e melhoria da qualidade de vida, privilegiando mudanças no modo de vida e relações entre os sujeitos sociais envolvidos no cuidado à saúde da população. O curso possui diversas áreas de atuação e entra com grande responsabilidade na pauta de discussão da reorientação curricular dos cursos da área da saúde ofertados pela Universidade de Brasília.

O PPP da Saúde Coletiva traz o conceito do processo saúde e doença não apenas como fenômeno biológico, mas também das relações dos seres humanos com o meio, compreendendo os fatores de vida, adoecimento e morte, envolvidos com dimensões espirituais, relacionais e éticas, em um contexto socioeconômico e cultural. E ainda, são apresentadas as competências e habilidades de um egresso em saúde coletiva. Dentre elas há ações em que o profissional deverá conhecer, fazer e ser.

O documento norteador do curso abre possibilidades para oportunizar aos estudantes uma formação que compreenda e influencie a consolidação de um sistema de atenção à saúde conectado com outros aspectos gerais da cultura. O estudo sobre a importância dos ITs na construção da integralidade em saúde, na sua dimensão organizadora do cuidado e do processo de trabalho, evidencia que as ciências sociais em saúde podem possibilitar ao longo da formação a qualificação da prática de gestão e planejamento quando transversaliza o saber, que busca consolidar a superação da hegemonia do biológico, na compreensão do processo saúde-doença.

Busquei, portanto, olhar o PPP relacionando com minhas vivências ao longo do curso, como no campo de estágio e no projeto de extensão no ASI para, a partir da ótica da integralidade, discutir como a falta do cuidado, como para povos e comunidades tradicionais, nem sempre se justifica como unicamente “culpa” do profissional que não reconhece os saberes e não cmpartilha um projeto de cuidado, por não saber como tratar culturas diferentes. No PPP fica evidenciado que nas competência e habilidades é cobrado do profissional sanitarista que conheça o estado de saúde da população, bem como de grupos populacionais específicos; e também os aspectos culturais, concepções e práticas de saúde da população; e ainda seja transformador da realidade de saúde das pessoas, famílias e comunidade. Entretanto, o que se vivencia na graduação é que a disciplina obrigatória “ Ciência Sociais em Saúde” não tem conseguido promover o alcance esperado para essas competências necessárias para atuar no cenário em questão, pois estes conhecimentos e

[4] A ser denominado PPP doravante.

habilidades não são consolidados na sua integralidade. Considero que falta maior articulação das áreas de Planejamento e Gestão com as Ciências Sociais no momento de vivência nos cenários de práticas, pois estes componentes citados anteriormente - a dimensão sociocultural e econômica – nem sempre são incorporadas nas reflexões dos estudantes quando problematizam o sistema de saúde, como fica demonstrado nas apresentações nos encontros coletivos de estágio.

Reconheço que algumas estratégias têm sido lançadas para transformar essa lacuna; pois, no Departamento de Saúde Coletiva há a oferta de uma outra disciplina denominada Saúde Indígena, que aborda parcialmente questões como cultura, experiências sobre o adoecer em minorias étnicas e suas relações com a saúde; porém, esta disciplina não é obrigatória ao curso de saúde coletiva. Destaco o exemplo dessa disciplina, pois acredito que para reforma curricular em todos os cursos da saúde é necessário ampliar e fortalecer o olhar sobre como se dá a interação dos indivíduos com o meio, sua condição social, seu modo de vida, suas crenças e costumes. E para que isso seja de fato aconteça é necessário ter o conhecimento cultural básico dos diversos povos que habitam o país, para que quando for necessário um atendimento, seja realizado da maneira que mais o respeite e o integre em sua busca por cuidado. Logo, não há como cobrar a prática com olhar intercultural de um profissional se não lhe é ofertado ensinamentos acerca desses povos ao longo de seu curso de formação.

Considerações Finais

O desafio de propor mudanças, que promovam novas formas de produção de saúde, tem sido lançado cotidianamente para os sanitaristas em formação. O que se pode observar, ainda em vigência, são políticas, programas e ações no SUS desconectados de exigências técnicas, interesses e necessidades das populações. Questões que se apresentam como a dificuldade de efetivar um sistema de regulação que otimize a utilização dos serviços, ofertando a resposta adequada aos problemas clínicos considerando a territorialização do cuidado ou, da invisibilidade das singularidades num momento do encontro profissional-

usuário, revelam a urgência de se incorporar na formação em saúde coletiva o caráter interdisciplinar e intersetorial da formação, como previsto nas novas diretrizes curriculares.

A proposta deste estudo foi ampliar o debate sobre a necessidade de abranger e transversalizar nas subáreas de Epidemiologia, de Política, Planejamento e Gestão o saber das Ciências Sociais e Humanas na saúde.

Considero que a organização dos serviços de saúde na APS, com destaque para a centralidade da gestão dos processos de trabalho nessa arena, tende a ser potencializada quando se concretizar, a partir das noções sobre a diversidade cultural, que se apresenta nos territórios de saúde.

Os ITs oferecem novas interpretações sobre a organização do sistema de saúde, onde os usuários podem reconhecer, recusar ou criar novos caminhos e significações para se produzir saúde, seja no sistema formal ou informal. Cabe, portanto, no âmbito da formação em saúde coletiva ampliar os espaços reflexivos que possibilitem transversalizar o saber das ciências sociais em saúde para as demais áreas de conhecimento para garantir que o olhar sobre as diversidades socioculturais, étnicas, de gênero, geracionais, econômicas e políticas sejam capturadas para se construir espaços de encontros e produção de saúde com os atores envolvidos enunciando seus conflitos, alegrias, crenças e desejos.

Referências:

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 2, p. 295–304, 2011.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial, Brasília, DF, 7 fev. 2007

BRASIL. Decreto nº 7.508, De 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras

providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 28 jun. 2011.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433–4442, 2011.

CAMPOS, G. W. D. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CECILIO, L. C. DE O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. O**s mapas do cuidado: o agir leigo na saúde.** Hucitec ed. São Paulo: [s.n.].

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 45, n. 5, p. 1135–1141, 2011.

LANGDON, E.J.; WIIK F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. São Paulo, v. 18, n.09, p. 189 – 215, 2010.

MATTOS, R. A. DE. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411–1416, 2004.

MERHY, E. E. a Cartografia Do Trabalho Vivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1953–1957, 2002.

MERHY, E. E.; CAMARGO, L.; FEUERWERKER, M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. **Leituras de novas tecnologias e saúde**, p. 29–56, 2009.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70–77, abr./jun., 1991.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164,

2013.

PADOVEZE, M. C. LARA; FIGUEIREDO, R. M. ORALEZ DE. O papel da atenção primária na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 48, n. 6, p. 1137–1144, 2014.

PORTUGAL, Clarice Moreira. Entre o consultório e o terreiro: mediações, ruídos e silenciamentos nos itinerários terapêuticos de adeptos do candomblé. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, [S.l.], v. 10, n. 1, mar. 2016

RIBAS, Dulce Lopes Barboza; CONCONE, Maria Helena Vilas Boas; PICOLI, Renata Palópoli. Doenças e práticas terapêuticas entre os Teréna de Mato Grosso do Sul. Saude soc., São Paulo , v. 25, n. 1, p. 160-170, Mar. 2016

SANTOS, Renata Carvalho dos; SILVA, Maria Sebastiana. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. Saude soc., São Paulo , v. 23, n. 3, p. 1049-1063, Sept. 2014 .

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. DE S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 2, p. 438–446, 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. A secretaria. Disponívem em: < http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/a-secretaria.html>. Acesso em 19 nov de 2016.

VILARINS , G.C.M. Regulação do Acesso à Assistência : conceitos e desafios. Com. Ciências Saúde. V. 21, n.1, p.81-84, 2010.