

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Ana Cristina Magalhães Mesquita

**RECONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE VÍTIMAS DE TRAUMA
COM EXIGÊNCIAS DE CUIDADOS APÓS ALTA HOSPITALAR, A PARTIR DA
PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE E DA FORMAÇÃO DE
REDES VIVAS**

Belo Horizonte

2016

Ana Cristina Magalhães Mesquita

**RECONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE VÍTIMAS DE TRAUMA
COM EXIGÊNCIAS DE CUIDADOS APÓS ALTA HOSPITALAR, A PARTIR DA
PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE E DA FORMAÇÃO DE
REDES VIVAS**

Versão final

Projeto de Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Universidade Federal de Minas Gerais, para fins de submissão à banca de defesa.

Orientadora: Prof^ª Dra. Alzira de Oliveira Jorge

Coorientadora: Prof^ª Dra. Elza Machado Melo

Belo Horizonte

2016

Mesquita, Ana Cristina Magalhães.
M582r Reconstrução da Trajetória Assistencial de vítimas de trauma com exigências de cuidados após Alta Hospitalar a partir da Perspectiva dos Trabalhadores da Saúde e da Formação de Redes Vivas [manuscrito]. / Ana Cristina Magalhães Mesquita. -- Belo Horizonte: 2016.
131f.: il.
Orientador (a): Alzira de Oliveira Jorge.
Coorientador (a): Elza Machado de Melo.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Integralidade em Saúde. 2. Atenção à Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Continuidade da Assistência ao Paciente. 5. Sistema Único de Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Jorge, Alzira de Oliveira. II. Melo, Elza Machado de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WX 162

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

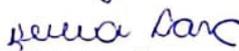
Reconstrução da Trajetória Assistencial de Vítimas de Trauma com Exigências de Cuidados Após Alta Hospitalar a partir da Perspectiva dos Trabalhadores da Saúde e da Formação de Redes Vivas.

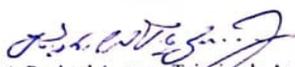
ANA CRISTINA MAGALHÃES MESQUITA

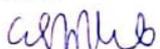
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 27 de julho de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge - Orientador
UFMG


Prof(ã). Kênia Lara Silva
UFMG


Prof(a). Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
UFMG


Prof(a). Elza Machado de Melo - Coorientador
UFMG

Belo Horizonte, 27 de julho de 2016.

Ao Davi, que estava na minha barriga e
compartilhou dos meus sentimentos.

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de mestrado vivenciei muito estudo, dedicação e transformações internas. Sinto-me grata a muitas pessoas que me acompanharam e foram importantes para a realização deste trabalho que também é um sonho pessoal e um desejo profissional. Gostaria que soubessem como foram fundamentais e como jamais as esquecerei. Primeiramente, agradeço ao meu marido, Cristiano, pela compreensão nos períodos em que estive dedicada aos estudos, pelo profundo apoio e estímulo nos momentos difíceis. Minha gratidão à Prof. Dra. Alzira de Oliveira Jorge, minha orientadora, uma mulher conhecedora e defensora do SUS. Obrigada por sua dedicação, que a fez, muitas vezes abrir mão de momentos de descanso para me ajudar e orientar. Sem a sua orientação e apoio no caminho percorrido nada disso seria possível. Um obrigado especial à Prof. Dra. Elza Machado de Melo, minha coorientadora, por quem nutro um profundo carinho e admiração pelo trabalho construído no mestrado profissional com tamanha generosidade, dedicação, conhecimento, leveza e empatia. A sua presença modificou para melhor a minha vida. Quero também agradecer à minha colega de pesquisa, Ana Carolina Henriques O. A. de Castro, por tantos momentos compartilhados com empenho e dedicação. Quero agradecer ao meu gerente, Antônio Paulo Gomes Chiari, pelo incentivo, parceria e apoio carinhoso ao longo desses anos. Agradeço também aos professores, Dra. Kênia Lara Silva e Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, membros da banca de defesa de Mestrado, pelos conselhos, sugestões e interesse em contribuir para o desenvolvimento deste projeto. À Secretaria de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte agradeço por fazer parte desta instituição e poder colaborar para o fortalecimento na nossa rede de atenção. Agradeço ao encontro com cada trabalhador da saúde, aos pacientes e seus familiares que permitiram que esta pesquisa existisse. Por fim, sinto-me abençoada e agradecida a Deus por me sentir guiada, protegida e amparada em cada passo da concretização deste trabalho e sonho pessoal. Essa força divina me iluminou e me resgatou em vários momentos.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana” (Carl Jung).

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à saúde como dever do Estado e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade é um dos princípios do SUS e representa o reconhecimento da complexidade e das necessidades de cada indivíduo. Para sua efetivação foram instituídas Redes de Atenção e Linhas de Cuidado, dentre elas, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Linha de Cuidado ao Trauma que fazem parte deste estudo. As várias lógicas de funcionamento do Sistema de Saúde também possibilita a construção de “redes vivas” de cuidados, considerada como um modo de produção de conexões que cria oportunidades para os trabalhadores e os usuários produzirem movimentos e saberes capazes de construir e partilhar cuidados. Este trabalho pretende acrescentar elementos à discussão sobre integralidade e também ser uma estratégia para o trabalho em saúde na busca pela superação dos obstáculos que interferem na efetivação do cuidado integral. Para tanto, trabalhamos com a metodologia do usuário guia para reconstruir a trajetória assistencial de dois usuários de vítimas de trauma com exigências de cuidados após alta hospitalar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória que tem como objetivo principal analisar o percurso dos usuários em busca da construção de redes vivas sob a visão e perspectiva do trabalhador da atenção primária em saúde (APS), por meio da estratégia do usuário guia. Percebemos que os trabalhadores da APS produziram redes vivas nos seus encontros com o usuário em busca do cuidado para suprir deficiências assistenciais e de suporte logístico do sistema municipal. Encontramos fragilidades da APS em garantir a continuidade do cuidado, estabelecer vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado para pacientes vítimas de trauma com alta complexidade de cuidado. Essas fragilidades foram relacionadas às deficiências na organização dos serviços, na infra-estrutura de recursos humanos e em logística, bem como, às deficiências relacionadas ao trabalho em equipe e multiprofissional. Ambas geram uma redução da capacidade do sistema em prover integralidade da atenção à saúde. Faz-se necessário o aprimoramento da rede de atenção ao paciente vítima de trauma que recebe alta hospitalar com demandas complexas de cuidado para que se possa garantir a continuidade do mesmo e com um menor tempo entre a saída do hospital e o início do acompanhamento no domicílio.

Palavras-chave: Integralidade. Redes de atenção. Redes vivas. Usuário-guia. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 recognized the right to health as a State's Duty and created the Unified Health System (SUS). Integrality is one of the principles of the SUS and represents the recognition of the complexity and needs of each individual. It is based on the logic of access and articulation of all actions and levels of health care. For its effectiveness, Attention Networks and Care Lines were instituted, among them, the Urgencies and Emergencies Care Network and the Trauma Care Line that are part of this study. The various operating logics of the SUS also enable the construction of "living networks" of care, considered as a way of producing connections that creates opportunities for the patients. Workers and users of the SUS produce movements and knowledge capable of building and sharing care. This work intends to add elements to the discussion on this system's integrality and also be a strategy for health work in the search for overcoming the obstacles that interfere in the effectiveness of comprehensive care. To this end, we worked with the user-guide methodology to reconstruct the care trajectory of two users which were victims of trauma with care requirements after hospital discharge. This is a qualitative, descriptive and exploratory research whose main objective is to analyze the path of users in search of the construction of living networks under the vision and perspective of the primary health care worker (PHC), through the user strategy guide. For data collection, we carried out in-depth open interviews with users and workers, in addition to documentary research. We noticed that PHC workers produced living networks while meeting with the patients to overcome care deficiencies and logistical support of the municipal system. We found PHC weaknesses in ensuring continuity of care, establishing bonds, accountability and coordination of care for trauma victims with high care complexity. These weaknesses were related to deficiencies in the organization of services, in the infrastructure of human resources and in logistics, as well as deficiencies related to teamwork and multidisciplinary work, both generating a reduction in the system's capacity to provide comprehensive health care. This study demonstrates the necessity to improve the network for trauma victims who are discharged from the hospital with complex care demands, in order to ensure its continuity after hospital discharge.

Keywords: Integrality. Attention Networks. Living networks. Strategy guide. Primary health care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	12
2. MARCO TEÓRICO -----	16
2.1. O princípio da integralidade -----	16
2.2. O trabalho em saúde -----	21
2.3. Redes de atenção à saúde e redes vivas -----	28
2.4. Linha de cuidados e a linha de cuidado ao trauma em Belo Horizonte -----	33
3. OBJETIVOS -----	41
3.1. Objetivo geral -----	41
3.2. Objetivos específicos -----	41
4. METODOLOGIA -----	42
4.1. Aspectos metodológicos -----	42
4.2. Sujeitos da pesquisa -----	45
4.3. Campo de pesquisa -----	48
4.4. Passos metodológicos -----	54
5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA -----	59
5.1. Paciente 1 – Identificada pelo codinome Maria -----	61
5.1.1. Descrição do paciente -----	61
5.1.2. História pregressa -----	61
5.1.3. Reconstrução da trajetória assistencial -----	64
5.2. Paciente 2 – Identificado pelo codinome José -----	89
5.2.1. Descrição do paciente -----	89
5.2.2. História pregressa -----	90
5.2.3. Reconstrução da trajetória assistencial -----	92
5.3. Análise de conteúdo das entrevistas -----	103
5.3.1. Movimentos ou momentos de rede viva com o usuário-guia -----	104
5.3.2. Coordenação, responsabilização e vínculo do cuidado pela APS -----	106
5.3.3. Continuidade do cuidado -----	111
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	119
7. REFERÊNCIAS -----	122
8. ANEXOS -----	127

8.1. Anexo 1 – Roteiro semiestruturado para entrevista com trabalhadores da saúde ---	127
8.2. Anexo 2 – Roteiro semiestruturado para entrevista com o usuário-guia e seus Familiars -----	128
8.3. Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE -----	129
8.4. Anexo 4 – Declaração de aceite em participar da pesquisa -----	130
8.5. Anexo 5 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG -----	131

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é produto da discussão e de uma longa e contundente mobilização política de intelectuais, militantes, gestores, profissionais de saúde e da sociedade. Possui como marco fundamental sua incorporação na Constituição de 1988, em texto que define a saúde como direito de todos e dever do Estado (VASCONCELOS e PASCHE, 2009). Contempla alguns princípios como a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. Esta última, pensada na lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1988).

O princípio da integralidade representa o reconhecimento da complexidade e das necessidades de cada indivíduo, demonstrando que o direito à saúde no Brasil deve contemplar o essencial para um cuidado à saúde com dignidade. Ao se consultar a literatura científica sobre este princípio, observa-se que a sua concepção é polissêmica e, portanto, de difícil consenso entre os estudiosos. Encontram-se desde definições relacionadas à viabilização do acesso aos diferentes níveis de atenção, até a articulação dos diferentes serviços de saúde pautada no acolhimento e vínculo entre usuários e equipes. Para qualquer dos sentidos atribuídos à integralidade, muitos são os fatores que interferem na sua efetivação, sendo considerado um dos princípios mais negligenciados no SUS. Apesar das dificuldades enfrentadas, diferentes estratégias têm sido utilizadas na perspectiva de se alcançar o direito à saúde em sua plenitude, superando os obstáculos que interferem nesta efetivação (BRITO-SILVA; BEZERRA E TANAKA, 2012).

Segundo Franco e Merhy (2008), o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas e conhecimentos, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho. Podem-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros, como máquinas e equipamentos.

Com o intuito de organizar o Sistema de Saúde a Portaria Ministerial de nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo das RAS é promover a integração

sistêmica, de ações e serviços de saúde com suprimento de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Para Merhy e Cecílio (2003), a denominação de Redes de Atenção à Saúde refere-se a um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento e esse contexto possibilita a construção de “redes vivas” de cuidados. Considerada como um modo de produção de conexões que cria oportunidades para os trabalhadores se encontrarem, negociarem e aprenderem no cotidiano de sua produção (EPS EM MOVIMENTO, 2014a) e considera os usuários como produtores de movimentos e de saberes capazes de construir e partilhar cuidados (MERHY et al, 2014a).

A estruturação do Sistema de Saúde também prevê construção de Linhas de Cuidados, tendo em vista uma efetiva organização da gestão setorial e das práticas assistenciais que responda por uma concepção de saúde não centrada no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da vida (CECCIM, 2005).

A Linha de Cuidado ao Trauma será abordada neste estudo. É compreendida como um processo integrado de atenção ao paciente vítima de trauma e sendo responsável por articular os pontos de atenção da rede de urgência e emergência (RUE), visando prevenção dos agravos, garantia de padrões adequados de acessibilidade aos recursos tecnológicos necessários à gravidade dos casos e continuidade do cuidado. Atribui responsabilidades de assistência, de mecanismos de regulação, de coordenação, de comunicação e de transporte sanitário entre os diversos serviços e os respectivos gestores (BRASIL, 2013a).

Os objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma são o de proporcionar um cuidado integral e continuado e de promover a transferência responsável do cuidado entre os pontos de atenção à saúde, pressupondo que todos têm fundamental relevância tanto na efetivação dos fluxos desta Linha de Cuidado quanto no controle adequado dos fatores de risco na tentativa de redução da incidência do trauma. A atenção ao paciente vítima de trauma contempla a educação popular em saúde, as ações da Atenção Básica, os Serviços de Urgência e Emergência (hospitalares, componentes fixos e móveis), os Centros de Trauma, a Reabilitação, os Cuidados Ambulatoriais e a Reintegração Social (BRASIL, 2013b).

Foi buscando conhecer a realidade e efetivação desta linha de cuidado na rede de atenção ao paciente de Belo Horizonte que este estudo visa reconstruir a trajetória assistencial de dois pacientes após alta hospitalar e com necessidades importantes de continuidade do cuidado na rede ambulatorial desta mesma cidade para responder se, na prática, esta continuidade do cuidado acontece e se efetiva de forma comprometida e responsável a partir do olhar e da perspectiva dos trabalhadores das equipes que se incumbem do cuidado pós-alta.

Esse estudo busca trabalhar com a metodologia do usuário guia e perceber sua potência na discussão da continuidade do cuidado para os pacientes pós-internação por trauma. Está inserido na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória que tem como objetivo principal analisar o percurso dos usuários em busca da construção de redes vivas sob a visão e perspectiva do trabalhador por meio da estratégia do usuário guia. Pretendemos entender como se dá a regulação e a chegada dos usuários após sua hospitalização e, da mesma forma, perceber como se dá na prática a efetivação da implantação da Linha de Cuidado do Trauma a partir de seu atendimento inicial na Rede de Atenção às Urgências no SUS.

Para tanto, realizamos entrevistas individuais, abertas e em profundidade com cada sujeito da pesquisa, os trabalhadores da saúde e, ao mesmo tempo, elaboramos uma pesquisa documental, tendo como fonte os prontuários eletrônicos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sumários de alta hospitalar, relatórios, encaminhamentos, guias de referências e contra-referências dos dois usuários participantes da pesquisa. Após a realização das entrevistas em profundidade e da pesquisa documental escolhemos o seguinte caminho: reconstrução da trajetória de vida e assistencial dos usuários a partir dos dados documentais e enriquecidos com os dados fornecidos pelas entrevistas. Por último, realizamos a análise de conteúdo das entrevistas mediante sua divisão em categorias.

É neste contexto que fomos instigadas a trabalhar o tema das redes vivas e a investigação de como elas se dão na ponta dos serviços, ou seja, a partir de um evento desencadeador, o trauma, e sua internação inicial, como se dá a continuidade do cuidado após a alta hospitalar? Quais as dificuldades enfrentadas do ponto de vista das equipes de saúde? É possível apesar das dificuldades garantir integralidade e construir redes mais vivas? Estas foram as perguntas que nortearam nosso estudo.

O presente estudo está organizado da seguinte forma: capítulo 2 apresentando o marco teórico utilizado; os objetivos são descritos no capítulo 3; no capítulo 4 demonstrados os

caminhos metodológicos seguidos; a seguir o capítulo 5 onde são apresentados os resultados e a discussão e por fim, o capítulo 6 com as considerações finais.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. O princípio da integralidade

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, reconheceu o direito à saúde e atribuiu-a como dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

O SUS conseguiu superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Os serviços públicos de saúde foram ampliados, o número de trabalhadores do setor foi aumentado, a saúde chegou a, praticamente, todos os municípios do país e assegurou-se um mínimo de recursos destinados ao setor. Hoje, temos um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social. No entanto, o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo Movimento da Reforma Sanitária. Mais grave, as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e às maneiras de construí-la. (FEUERWERKER, 2005)

O termo “integralidade” tem sido correntemente utilizado para designar um dos princípios do SUS, mesmo antes de ser consagrado como tal pelo texto da nossa Constituição, que a apresenta na lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1988). A integralidade era uma das “bandeiras de luta” do chamado Movimento Sanitário. Ao mesmo tempo em que vivenciamos os avanços do SUS desde a sua criação, a integralidade ainda é um princípio que não se concretizou plenamente no cotidiano de muitos brasileiros (PINHEIRO e MATTOS, 2001).

Para Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012), o princípio da integralidade demonstra a compreensão de que cada indivíduo tem suas necessidades de saúde em diferentes situações e complexidades, sendo importante entender que o direito à saúde no Brasil não está restrito a

um pacote de serviços, mas, deve contemplar o essencial para um cuidado à saúde com dignidade.

Mattos (2004) apresenta como característica da integralidade a capacidade de apreensão ampliada das necessidades de saúde, mas, principalmente, a habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. Nesta lógica, o princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro.

Os autores Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012) também esclarecem que, apesar de ser um termo utilizado no campo da saúde desde a primeira metade do século passado, não existe um consenso quanto à sua definição. Trazem, entre outros autores, a ideia de Mattos (2001) que define a integralidade a partir de três conjuntos de sentidos relacionados às práticas dos profissionais de saúde; à organização dos serviços e das práticas de saúde; e à abrangência das políticas de saúde.

O primeiro sentido refere-se à postura desejável dos profissionais de saúde com um olhar atento sobre as necessidades do sujeito-usuário que ultrapassam o sofrimento por ora apresentado. E o exercício dessa medicina integral envolve e necessita de reformas curriculares nos cursos médicos.

O segundo sentido discute a forma de organização dos serviços para atender, de forma abrangente, às necessidades da população que se encontra sob sua responsabilidade. Coloca a integralidade para além da atitude, como um modo de organizar o processo de trabalho.

O terceiro sentido insere a integralidade como um princípio para a configuração de políticas públicas para os problemas de saúde, englobando ações preventivas e assistenciais.

Concluem que, para qualquer dos sentidos apresentados, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo.

No texto original de Mattos (2001) encontramos relevantes considerações que fortalecem os sentidos apresentados:

“Na perspectiva da integralidade os desafios postos por uma doença envolvem tanto questões relativas à oferta dos serviços assistenciais que são necessários para responder às necessidades de assistência dos portadores da doença em questão existentes hoje, como questões referentes às possibilidades futuras de redução do número de portadores dessa doença. Ora, as necessidades assistenciais não se reduzem às necessidades de se

reduzir a letalidade ou a incidência de complicações. Elas também dizem respeito, sobretudo às necessidades de se oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado pelo paciente ou, para usar os termos de Canguilhem, respostas aos estreitamentos no modo de andar a vida decorrente da doença.

Em síntese, pode-se dizer que as políticas de enfrentamento de certas doenças que são elaboradas tendo com referência a noção de integralidade incluem tanto ações preventivas como assistenciais. Ademais, elas partem de uma apreensão ampliada das necessidades das pessoas portadoras ou não da doença. Uma dimensão específica dessa ampliação é a que diz respeito aos direitos das pessoas. A aqui não se refere apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde. Refere-se ao conjunto de direitos da pessoa”. (p. 39)

Enriquecemos a discussão apresentando a perspectiva de Cecílio (2001), cuja definição de integralidade da atenção perpassa duas dimensões: focalizada e ampliada. A primeira corresponde ao compromisso e à preocupação da equipe de saúde de um determinado serviço em realizar a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aqueles que buscam atendimento, na tentativa de possibilitar boas condições de vida; capacidade de acesso e consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida e vínculos (a)efetivos entre usuário e equipe/profissional que estabeleçam relação de confiança. Essa dimensão não tem abrangência para a plenitude da integralidade no espaço singular dos serviços, por mais competente e comprometida que seja a equipe. Necessita da dimensão ampliada que coloca a integralidade pensada em rede, em articulação entre os serviços de saúde e outras instituições, visto que as várias tecnologias estão distribuídas em diferentes serviços e a melhoria das condições de vida depende de uma atuação intersetorial.

Relacionar a integralidade com a integração de serviços por meio de redes assistenciais também foi descrita por Hartz e Contandriopoulos (2004) e citado por Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012), reconhecendo que nenhum ator ou organização dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde.

Esse pensamento corrobora a interlocução de integralidade com a intersetorialidade, uma vez que esta corresponde à articulação de saberes e experiências no enfrentamento de situações complexas (BRITO-SILVA, BEZERRA E TANAKA, 2012). Superar a fragmentação de saberes consequente da especialização excessiva e desenvolver ações intersetoriais pode ser um caminho na busca de soluções para a integralidade das ações em saúde (PAULI, 2007).

Na busca por esse caminho, Feuerwerker (2005) aponta questionamentos cujas respostas ainda estão em construção. Qual a melhor direção para se construir a integralidade:

rede hierarquizada com a atenção básica definida como porta de entrada a priori ou rede como arranjo variável em que se pode entrar por qualquer ponto, ser acolhido e incluído nas ações de acompanhamento, a depender das necessidades de saúde? Qual a melhor maneira de assegurar a integralidade: os mecanismos de referência e contrarreferência (eternamente propostos e raramente concretizados) ou a constituição (mais flexível) de equipes de apoio matricial e de mecanismos de educação permanente em saúde de acordo com as necessidades dos trabalhadores da atenção básica?

Dentre os diversos fatores que interferem na efetivação da integralidade, podem-se citar: as heranças recebidas pelo SUS, fruto do modelo hegemônico de atenção à saúde de enfoque curativista; a formação dos profissionais centrados na doença e com atuação, principalmente, hospitalar; a conseqüente prática fragmentada dos profissionais e os interesses de mercado contraditórios ao SUS (BRITO-SILVA, BEZERRA E TANAKA, 2012).

A partir do momento em que o acesso universal se tornou constitucional, muitas barreiras formais foram vencidas. Entretanto, barreiras informais ainda permanecem. As práticas dos serviços continuam com uma percepção segregada do usuário e negam as complexidades, particularidades e necessidades de cada indivíduo (MATTOS, 2004).

Dessa forma, a conquista do direito ao acesso universal, mas, não integral, é um risco. Apesar do avanço no processo de descentralização, as condições de regionalização e hierarquização continuam insuficientes para contemplar os princípios da integralidade e da equidade na assistência à saúde (BRITO-SILVA, BEZERRA E TANAKA, 2012).

Nesse pensamento, Jairnilson Paim aponta a integralidade como o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS, estando mais recentemente entre as principais preocupações no meio acadêmico e nas instâncias dos SUS (BRITO-SILVA, BEZERRA E TANAKA, 2012).

A fragmentação do cuidado e a falta de comunicação com a rede assistencial são fatores que vem se tornando dificultadores para a realização da prática integral de saúde, que preconiza o cuidado holístico do indivíduo enquanto ser social (MALTA e MERHY, 2010).

Franco e Magalhães Jr. (2003) ressaltam que a baixa efetividade dos serviços de saúde está relacionada à hegemonia de uma clínica médico-centrada, focada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em detrimento da prática que valoriza a clínica como exercício ampliado de múltiplos profissionais, traduzido em atos de fala e escuta, em que o diagnóstico ganha dimensão de cuidado.

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda caracterizam-se por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, demonstrados por diversos fatores que são experimentados na prática diária dos profissionais, gestores e usuários do sistema.

Essa fragmentação pode ser percebida pela existência de lacunas assistenciais importantes; financiamento público insuficiente, fragmentado e com baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; a pulverização dos serviços nos municípios; e pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2010).

A abrangência e amplitude de concepções e de discussões atribuídas à integralidade caracterizam a sua relevância na operacionalização do SUS. Observa-se, no entanto, que a sua efetivação constitui um grande desafio para o Sistema (BRITO-SILVA, BEZERRA E TANAKA, 2012). Defender a integralidade é defender, antes de tudo, que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com os usuários como sujeitos do seu processo de saúde-doença e não como objetos, além de defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro (MATTOS, 2004).

Nesse contexto, para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, da rede secundária, da atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar (FRANCO e MAGALHÃES, 2003), pois muitos são os fatores que interferem na sua efetivação. Apesar das dificuldades enfrentadas, diferentes estratégias têm sido utilizadas na perspectiva de se alcançar o direito à saúde em sua plenitude, que podem superar os obstáculos que interferem nesta efetivação (BRITO-SILVA, BEZERRA E TANAKA, 2012).

Garantir a integralidade das ações de saúde é algo possível, necessário e bastante complexo. Porque, para atingirmos a sua plenitude, precisamos ter uma efetiva articulação em rede, uma vez que não esgotamos a integralidade em apenas um nível ou apenas um serviço

de atenção. Isso implica que o usuário, ao percorrer e consumir os diversos serviços, tenha assegurado a continuidade do seu cuidado.

Da complexidade conceitual da integralidade compreendemos a dificuldade em colocá-la em prática, pois, envolve diferentes sentidos e dimensões, conforme apresentado. Envolve o ato de cuidar no encontro entre trabalhador e usuário, mas, também, tudo o que se segue ou que é disparado a partir desse encontro, ou seja, a continuidade desse cuidado e a sua articulação em rede até conseguir o atendimento integral da necessidade de saúde apresentada pelo paciente.

A análise que este trabalho pretende é acrescentar elementos à discussão sobre integralidade e também ser uma estratégia para o trabalho em saúde na busca pela superação dos obstáculos que interferem na efetivação do cuidado integral.

2.2. O trabalho em saúde

Estruturamos esta discussão baseada em três livros publicados por diferentes autores que se dedicam ao tema trabalho em saúde. Mesmo sendo obras independentes, percebemos um diálogo e complementaridade entre eles.

O primeiro foi elaborado por Franco e Merhy (2013) e reúne vários estudos que serão apresentados nos parágrafos subsequentes.

Iniciamos com a ideia de que, para a construção de um sistema de saúde para todos – universal, igualitário e implicado na construção da cidadania – um dos temas mais tratados e problemáticos na sua organização é o modo como se estruturam e gerenciam-se os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva (FRANCO e MERHY, 2013).

A necessidade de construir uma nova maneira de se produzir saúde em uma ampla rede de serviços públicos que procurasse enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde, tentando construir um agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva, estimula um conjunto de reflexões teóricas que nos permitem constituir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo centrado para um usuário centrado. Este desafio implica em vivenciar o trabalho em saúde para aprofundar o entendimento conceitual sobre o tema e as possibilidades de suas mudanças, sem nos deixar levar por projetos que, em nome de uma cidadania negada e de uma cesta básica de

saúde, tem ofertado, quase que como uma panaceia, um médico de família que a tudo vem resolver, como um milagreiro. Desprezando a complexidade do atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade deste agir (FRANCO e MERHY, 2013).

Para esses autores, presenciamos a existência de uma crise no atual modo de organização do sistema de saúde. Porém, quando catalogadas as causas ou soluções, vemos como esta constatação e mesmo a discussão em torno dela não é tão simples. Em meio a tantos avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde, percebemos que esta crise não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou sequer na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado.

Nessa perspectiva, se olharmos do ponto de vista do usuário do sistema, podemos dizer que os conjuntos dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual quanto no coletivo. Os usuários não costumam reclamar da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas, sim, da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno do seu problema de saúde. Com essa percepção, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados (FRANCO e MERHY, 2013).

Para Gastão Wagner Santos Campos (1994) o usuário de um serviço busca o consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental, o de permitir que a sua saúde seja mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permita o acesso a algo que produz um “bem” – para ele com um valor de uso inestimável - cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.

Imaginemos que o conjunto dos trabalhos em saúde produzam um produto, os atos de saúde, e que estes sejam considerados capazes de intervir no mundo do que é denominado de “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final. Suponhamos que este processo permita a produção da saúde, o que não é, necessariamente, verdadeiro, pois, nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na vida, que é o que entendemos como saúde em última instância, pois, aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser “procedimento centrado” e não “usuário centrado”, e a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota na produção de um paciente operado ou em um paciente diagnosticado organicamente e ponto final. Nós, enquanto

usuários, podemos ser operados e examinados sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos (FRANCO e MERHY, 2013).

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais, veremos a utilização de três tipos de tecnologias. A tecnologia dura, representada por ferramentas e máquinas que usamos, como raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratório ou fichários para anotar dados. Também mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber do enfermeiro, do psicólogo, etc. O que nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denominamos de leve-dura. Considerada leve por ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles. Ao mesmo tempo é dura, na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. A terceira é denominada leve e refere-se a qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produzido através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas” que atuam uma sobre a outra e há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado.

Diante desta complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, somente uma adequada relação entre os três tipos pode imprimir qualidade ao sistema, expressa, em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer e produção de maior autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo (FRANCO e MERHY, 2013).

Partindo desta visão sobre tecnologias em saúde, podemos afirmar que, de diferentes maneiras, todos os trabalhadores de saúde fazem ou produzem clínica, sendo esta o campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras das outras configurações tecnológicas. A busca do usuário por acolhimento, responsabilização e vínculo, aliados à possibilidade de se produzir relações e intervenções com diferentes profissionais do estabelecimento de saúde, em graus de complexidade variáveis, tornam todos os trabalhadores produtores de clínica, cada um com sua competência para responder aos problemas colocados (FRANCO e MERHY, 2013).

Ao mesmo tempo em que somos trabalhadores da saúde, em vários momentos também assumimos a posição de usuários/consumidores de serviços de saúde. O desejado sempre será

uma relação de confiança, a certeza que o seu problema será entendido e o receberá o devido envolvimento dos profissionais e do serviço de saúde. Ou seja, desejamos que o serviço de saúde seja usuário-centrado. Deste modo, podemos afirmar que os principais parâmetros para a análise do sentido de um modelo assistencial são aqueles que expressam a maneira como as tecnologias leves operam no interior do sistema de saúde e se articulam com as leve-duras e as duras pela busca da resolução do problema de saúde e da conquista de autonomias (FRANCO e MERHY, 2013).

Os autores direcionam suas afirmações mais para o trabalho médico. No entanto, considerando a multidisciplinaridade atual do trabalho em saúde e a ideia de que todos produzem clínica, aplicaremos a todos os trabalhadores de serviços de saúde a seguinte análise: quando o trabalho em saúde é organizado em torno das tecnologias duras, os processos de trabalho estão mais comprometidos com o uso desta forma de tecnologia do que com os problemas de saúde que devem enfrentar. Isso causa um distanciamento dos interesses dos usuários; o isolamento na relação com os outros trabalhadores; um desconhecimento da importância das práticas de saúde dos outros profissionais e o predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos e alimentada por uma organização corporativa poderosa e voltada, eticamente, para si mesma. Além do que, passa-se a desprezar o uso de tecnologias leves inscritas nos seus processos clínicos, levando ao reducionismo da prática clínica. Por consequência, restringimos nossos horizontes e deixamos de atuar sobre seres humanos vivos, subjetivamente produtores de necessidades e, além disso, tornamos mais caras as ações de saúde, tanto por incorporar serviços caros sem necessidades quanto por ser um sistema pouco resolutivo. Em contrapartida, o modelo assistencial centrado no usuário será sempre marcado pelo ritmo da produção das tecnologias leves (dependente de uma clínica mais profunda e rica), permitindo a incorporação de tecnologias duras pela gestão compartilhada (e mais pública) dos processos de trabalho, bem como pelo compromisso efetivo com a defesa da vida do usuário (FRANCO e MERHY, 2013).

Ayres (2009) também discute o trabalho em saúde e direciona seu olhar para o Cuidado em saúde. Em seu livro, *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*, apresenta outras considerações, muitas das quais serão expostas a seguir.

Atribui-se ao termo “cuidado de saúde”, ou “cuidado em saúde”, um sentido já consagrado no senso comum, para descrever um conjunto de procedimentos tecnicamente

orientados para o bom êxito de certo tratamento. Ayres (2009) propõe tratarmos do cuidado como *“uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”* (p.42).

Ayres (2009) já relatava uma ideia de crise da Medicina e crise de legitimidade das formas de organização do cuidado em saúde que Merhy, em 2013, amplia para uma crise no modo de organização do sistema de saúde. Menciona ser uma *“crise de confiança”* e aponta que a progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos. De um lado, identifica como importantes os avanços, a aceleração e a ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites do uso excessivo de cientificidade e sofisticação tecnológica.

“É como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam. Narcísica, a Medicina tecnocientífica encantou-se consigo mesma” (AYRES, 2009, p.59).

Quando pensamos na assistência à saúde, vem-nos de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas. A ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde. Em contrapartida, o modo como aplicamos e construímos as tecnologias e os conhecimentos científicos determinam limites para o que podemos enxergar como necessidade de intervenção em saúde. Precisamos estar atentos para o fato de que, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro não se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos.

Somos, sempre, alguém que, percebamos ou não, está respondendo a perguntas do tipo: “O que é bom pra mim?”, “Como devo ser?”, “Como pode ser a vida?” (AYRES, 2009). Fundamentalmente, aqui está a importância do “*Cuidar*” nas práticas de saúde, no desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas, sem resumir a ela a ação em saúde. É nesse momento que a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado (AYRES, 2009).

Acrescenta-se que a capacidade de ausculta e diálogo, inerentes ao cuidado em saúde, tem sido relacionados a um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde: o acolhimento. Este não pode ser confundido com *recepção* ou mesmo com *pronto-atendimento*. Pois, é na contínua interação entre usuários e serviços de saúde que se dá o acolhimento, ou seja, ele é aplicável em todas as oportunidades de escuta do outro.

Além do acolhimento, o autor destaca outros dois importantes dispositivos do cuidado em saúde: responsabilidade e identidade. É preciso que cada profissional ou equipe de saúde, gestor ou formulador de políticas se interroguem acerca do porque, como e quanto se responsabilizam com os projetos de felicidade daqueles que assistem; preocupando-se, ao mesmo tempo, com o quanto esses sujeitos são conhecedores e partícipes desses compromissos. O tomar para si determinadas responsabilidades na relação com o outro implica, por sua vez, em questões de identidade. Esta conclusão é, relativamente, intuitiva, pois, perguntar-nos acerca do porque, como e quanto somos responsáveis por algo é como perguntar-nos “quem somos”, “que lugar ocupamos diante do outro”. Essa reconstrução contínua de identidades no e pelo Cuidado, tanto do ponto de vista existencial como do ponto de vista das práticas de saúde, é outro aspecto a qual se deve estar atento quando se trata de humanizar a atenção à saúde (AYRES, 2009).

Os dois livros utilizados como base para esta construção referenciam os autores Pinheiro e Mattos (2003), mais especificamente o seu livro *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Utilizaremos esta fonte para finalizarmos a questão.

Podemos dizer que o cuidado em saúde, na forma idealizada, é o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que se complementam, de maneira minimamente consciente e negociada, numa complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes. É um processo dialético de complementação, mas, inevitavelmente, também

ocorrem conflitos de interesses entre os agentes. Por isso, uma das hercúleas atribuições do processo gerencial é coordenar, adequadamente, esse conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atos e cuidados individuais, para que resulte numa coordenação do cuidado que demanda, necessariamente, o aperfeiçoamento das técnicas de gestão destas equipes de saúde (MERHY e CECÍLIO, 2003).

Gestores e profissionais comprometidos com a melhor adequação das práticas sanitárias e com as necessidades dos usuários precisam lançar mão de tecnologias que possam, constantemente, reavaliar suas práticas. A observação atenta e a discussão do cotidiano das relações entre a equipe de saúde e seus usuários constituem ferramenta fundamental para as necessárias mudanças do “fazer a saúde” (SILVA JR., MERHY E CARVALHO, 2003).

Além do conhecimento e do comprometimento dos trabalhadores e gestores com a qualificação constante dos serviços ofertados pelo SUS, também é imprescindível que os trabalhadores encontrem possibilidades de concretizarem essas propostas no seu dia a dia profissional.

Pensando nisso e, mais especificamente, pensando no trabalho cotidiano dos profissionais da atenção primária à saúde, faremos algumas considerações baseadas na vivência da pesquisadora neste campo de atuação.

Diariamente, chegam aos centros de saúde diversas demandas consideradas “*prioritárias*”, contendo as mais variadas temáticas. Trata-se de solicitações judiciais advindas dos mais variados órgãos (juízes, juizados, promotorias, conselhos tutelares, etc); demandas escolares; altas de hospitais pediátricos; urgência e emergência; psiquiatria; maternidades; casos novos complexos; casos crônicos já acompanhados, mas, em fase de agudização; novos projetos institucionais para acompanhamento diferenciado de famílias ou usuários com maior vulnerabilidade social, dentre outros. Para todos esses casos é necessário acolhimento, vínculo, responsabilização, abordagem multidisciplinar e articulação inter ou intrasetorial, a fim de garantir um cuidado integral.

Cada uma dessas situações demandará um investimento de tempo, conhecimento e energia profissional para a reflexão sobre o caso, para a articulação com outros profissionais e serviços, para a construção de um projeto terapêutico e para o monitoramento do caso.

Ao mesmo tempo em que novas demandas surgem, permanecem aquelas que ainda não foram finalizadas e necessitam da continuidade do cuidado inicialmente ofertado.

O tempo é exíguo, mesmo porque, além das demandas consideradas prioritárias, existem outras atividades atribuídas aos profissionais da APS, tais como: elaboração e condução de atividades em grupo, atividades de vigilância e promoção de saúde, atendimentos de consultas programadas, atendimento domiciliar, reuniões de matriciamento, dentre outras tantas.

Precisamos relatar o quanto esta realidade é danosa para os usuários que, muitas vezes, não conseguem atingir a plenitude do seu cuidado. Também o quanto é danosa para os trabalhadores, que se sentem frustrados e impotentes diante desse modelo. Infelizmente, a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho podem encurtar o “olhar nos olhos”, o “dialogar”, bem como inibir a proposição de soluções.

Além das agendas superlotadas, das consultas com tempo determinado, das atribuições formais da APS, existem pessoas com algum grau de sofrimento que merecem respeito, atenção, escuta qualificada e atendimento integral. Todos os protocolos, fluxos, linhas de cuidados, metas e indicadores de saúde possuem identidade, feições, sentimentos e demandas por um cuidado afetivo e efetivo de saúde.

Imagino que este relato também seja pertinente a outros setores como educação, segurança pública ou até mesmo ao judiciário. Dessa forma, para além de uma discussão sobre trabalho em saúde, é necessária uma discussão sobre a garantia dos direitos humanos, sobre a sociedade que almejamos, sobre a boa gestão dos serviços e recursos públicos. Porém, é inafastável que, no trabalho em saúde, lidamos com um bem vital, representado pela saúde e pela qualidade da vida, que demandam uma atenção especial e diferenciada.

2.3. Redes de atenção à saúde e redes vivas

A Portaria Ministerial nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se o fortalecimento das RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, bem como para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços dos quais necessita, com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com suprimento de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem

como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficiência econômica, eficácia clínica e sanitária. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais dos pontos de atenção, tendo como articulador a Atenção Primária à Saúde, além de também caracterizar-se pela priorização das necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Para Santos e Andrade (2013), é o conceito de integralidade da assistência à saúde que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações. Na integralidade somos totalidade, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes as possui isoladamente. Nenhum ente é capaz de fazer da vacina ao transplante, precisando uns dos outros num sistema de referência entre entes e serviços. Para o sistema manter essa configuração, é necessário uma série de atos político-administrativos emanados dos entes federativos, para dar consistência ao mandamento constitucional e efetivar uma verdadeira rede de serviços, operada por entes autônomos entre si, mas, interdependentes na prestação de serviços de saúde.

Redes de Serviços de Saúde (ou de Atenção à Saúde) consubstanciam-se numa forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, delimitadas em um determinado território (que, no SUS, será sempre a *região de saúde*, uma vez que a Constituição se refere à rede regionalizada), de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, culturas, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los - de acordo com suas necessidades de saúde - de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e submetida à lógica técnico-sanitária (SANTOS e ANDRADE, 2013).

Na organização de uma rede, todos os pontos de atenção devem reconhecer suas dependências e interdependências, não havendo espaço para poderes centralizados, imposições ou desníveis de mando. Todos devem construir condições para operar serviços, sistemas e organizações de maneira conjunta e articulada. Na medida em que seus componentes abrem mão de determinados poderes isolados, que são insuficientes para garantir a efetividade dos direitos sociais se tomados isoladamente, emerge uma nova capacidade de gestão e administração pública: aquela que se fundamenta no consenso e na negociação (SANTOS e ANDRADE, 2013).

Silva e Magalhães Jr. (2013) relatam que a literatura nacional e especialmente a internacional possuem farta produção sobre redes de atenção à saúde (RAS) e sua importância para a qualificação dos sistemas de saúde. Definem as Redes de Atenção à Saúde como uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral ao usuário e para a promoção de saúde.

Destacam, sinteticamente, três argumentos que justificam a importância da construção de redes: 1) Aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas (depressão, hipertensão, diabetes, doenças degenerativas, entre outras), além das chamadas doenças emergentes e reemergentes como HIV/AIDS, tuberculose e hanseníase. A efetividade na atenção às doenças crônicas é muito reduzida em sistemas fragmentados e direcionados principalmente para as condições agudas. Os usuários precisam ter assegurada a continuidade do atendimento e ampliar a adesão ao tratamento, sendo indispensável à garantia da longitudinalidade da atenção, não só para a recuperação da saúde, mas também para que medidas preventivas e de promoção da saúde sejam mais efetivas; 2) Maior perspectiva de avanços na integralidade e a construção de vínculos. O usuário portador de necessidades e desejos de cuidados os obtém a partir de um primeiro contato com o sistema de saúde que atende e faz seu encaminhamento, responsável e monitorado, a quantos outros pontos da rede forem necessários para concretizar o atendimento integral às suas necessidades, declaradas ou não. Redes só ficam plenas de sentido se objetivar o cuidado integral. O estabelecimento de vínculos nos sistemas de saúde pressupõe relações de longa duração entre os usuários e os profissionais de saúde, condição indispensável para criar relações de confiança que permitam humanizar esses contatos, transformando os usuários em sujeitos com singularidades e subjetividades, não apenas consumidores eventuais de serviços; 3) Custos crescentes no tratamento das doenças. O impacto crescente nos gastos em saúde, em decorrência do envelhecimento da população, da incorporação tecnológica e do aumento das doenças crônicas já se tornou conhecido. A construção de Redes de Atenção à Saúde não vai deter esse crescimento, mas, certamente, poderá amenizá-lo, ao ampliar a eficiência econômica do sistema.

Também definem como componentes indispensáveis em uma RAS o seguinte: 1) Um espaço territorial e uma população; 2) Serviços e ações de saúde de diferentes densidades

tecnológicas e com distintas características nesse território, incluindo os de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, transporte etc., adequadamente articulados e integrados harmonicamente numa condição ótima de custo e benefício, além de oferta e necessidade; 3) Logística que contribua para identificar e orientar os usuários em seu caminhar nas malhas das redes, com destaque para mecanismos de identificação do usuário e prontuário acessível em todos os pontos da rede; 4) Sistemas de regulação, com normas e protocolos a serem adotados para orientar o acesso, definir competências e responsabilidades etc., e de coordenação dos processos de decisão e planejamento.

O autor Silva (2013) acrescenta outros dois componentes ou requisitos: 1) Realização do diagnóstico situacional: essa etapa diz respeito a conhecer “o que se passa” no território/região, em suas múltiplas dimensões (demográfica, socioeconômica, epidemiológica, nosológica e de organização dos serviços existentes) tendo os princípios do SUS como norteadores, em especial, o acesso universal, a integralidade e a equidade; 2) Construção de uma situação desejada para os serviços de atenção primária, os outros níveis de atenção e os serviços de apoio: uma Rede de Atenção à Saúde “ideal”, no que se refere à atenção básica, pressupõe a existência de serviços dispersos no território em quantidade suficiente, acesso fácil e de qualidade para o atendimento das necessidades assistenciais e para a prevenção de agravos e a promoção da saúde. Os demais pontos da Rede, correspondentes aos serviços de maior densidade tecnológica (oferta especializada e hospitalar) e de apoio (diagnose, transporte, assistência farmacêutica etc.), devem estar igualmente disponíveis em condição ótima de oferta/necessidade/acesso, fazendo ligações verticais ou horizontais na malha da Rede.

Silva (2013) finaliza sua análise ressaltando que, às estratégias estruturantes para conformar e organizar as redes de atenção à saúde, devem ser agregadas outras mais apropriadas à dimensão micro. Devemos considerar a multiplicidade de redes que se entrecruzam na constituição de linhas e produção do cuidado, na construção de vínculos entre usuários e profissionais de saúde e nas decisões clínicas adotadas. Para isso, estratégias de educação permanente em saúde e de democratização do processo decisório local são essenciais para aperfeiçoar, em ato, as redes de cuidado.

Segundo Merhy e Cecílio (2003), ao denominarmos “Redes de Atenção à Saúde” nos referimos a um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento:

(...) múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre “racionalis”, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser submissos a uma única racionalidade institucional ordenadora. Mais do que um “sistema”, deveríamos pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que dele necessitam (...) (MERHY E CECÍLIO, p.4, 2003).

Esse contexto possibilita a construção de “redes vivas” de cuidados. Entretanto, as redes vivas são fragmentárias e em acontecimento, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes elas se tornam mais estáveis, mas, comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, uma rede institucionalizada como analógica pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos (MERHY et al, 2014a).

A esse modo de produção de conexões, que cria oportunidades para os trabalhadores se encontrarem, negociarem e aprenderem no cotidiano de sua produção (EPS EM MOVIMENTO, 2014a) e que considera usuários produtores de movimentos e de saberes capazes de construir e partilhar cuidados, denomina-se Redes Vivas (MERHY et al, 2014a).

Além disso, essa rede pode ser a disparadora, mas, o usuário pode estar sendo acompanhado por outros serviços ou ofertas de ações que não sejam do campo da saúde, devido às características do problema, que vai pedindo outras conexões. Neste sentido, é um processo vivo, inclusive porque a própria conexão entre as redes, analógicas e digitais, existenciais e institucionais, que ocorre sem que tenhamos controle absoluto sobre ela, não deixa de ser uma questão para as apostas em um território de cuidado específico (MERHY et al, 2014a).

Outra discussão que se soma a esta é a ideia de que os usuários são redes vivas de si próprios, uma vez que sempre estão produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados. Quem demanda as redes, na maioria das vezes, são os usuários. Porém, esta rede não está pronta para recebê-los de imediato, feito um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar, pois a rede vai sendo tecida de acordo com os acontecimentos. (MERHY et al, 2014b).

A possibilidade de promover a ampliação das redes existenciais tem como principal objetivo ampliar os recursos que cada um tem disponível para ir produzindo, isto é, produzir a possibilidade de lançarem mão de vários recursos para ampliar a capacidade de cada um, em suas redes existenciais, irem reinventando as suas existências para enfrentar os vários momentos da vida. A falta de rede de encontros empobrece as possibilidades de mudanças. Quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos por ser um a mais nestas redes e não ser a única rede que possibilita a potência do outro (MERHY et al, 2014a).

Trabalhar em busca das diversas redes de atenção e de redes vivas de forma ampliada é o que buscaremos fazer por meio de um recorte, analisando uma linha de cuidado específica, a linha de cuidado ao trauma.

2.4. Linha de cuidados e a linha de cuidado ao trauma em Belo Horizonte

Para Santos e Andrade (2013) uma Linha de cuidados visa a racionalidade e a qualificação de serviços na rede em relação ao paciente, que deve, conforme sua necessidade, percorrer um caminho sanitário qualificado e facilitado (dotado de inteligência sanitária) para ter acesso aos serviços da rede, em razão do diagnóstico e da terapêutica que lhe for prescrita. A linha de cuidados permite o acompanhamento adequado, racional e humano, em virtude da maior gravidade da doença, do tempo necessário ao tratamento (casos crônicos) ou do ciclo de vida humana. Ela nos remete à racionalidade da organização dos serviços, ao caminhar qualificado da pessoa dentro da rede e a seus serviços organizados de forma sistêmica. Nessa lógica, o paciente tem acesso aos serviços de saúde de maneira sistêmica, conectando pontos (serviços especializados) dentro das redes, capazes de garantir, de modo racional e humano, a saúde do usuário. Essa racionalidade organizativa deve se dar em razão da complexidade ou gravidade do diagnóstico, de características especiais do paciente (tratamentos mais difíceis ou mais duradouros) e da importância de um acompanhamento mais criterioso. Trata-se da inteligência epidemiológica, sanitária produzindo racionalidade qualitativa do percurso de determinados pacientes na rede, um caminhar com lógica técnico-sanitária, para melhor resolubilidade. E todos os recursos de uma linha de cuidados devem ser ofertados em tempo compatível com o risco à saúde, de maneira articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia-guia para a organização e a qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção.

A estruturação do sistema de saúde em Linhas de Cuidados tem como referência o conceito de cuidado, tendo em vista uma efetiva organização da gestão setorial e das práticas assistenciais que responda por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da vida (CECCIM, 2005).

Tal processo potencializa o desenvolvimento de ações e serviços de saúde implicados com a construção das respostas aos reais problemas de saúde da população que chegam aos serviços de saúde, de forma que não apenas se produza consultas, atendimentos e procedimentos, mas que o processo de consultar, atender e prestar procedimentos seja capaz de produzir, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuário (CECCIM, 2005).

De acordo com Franco e Magalhães Jr. (2003), a Linha de Cuidado é uma proposta pensada para vencer os desafios de se ter uma assistência integral. Trabalha com base no fortalecimento da atenção básica, que é a gestora do cuidado e do Plano Terapêutico Singular do usuário. Para que esta Linha de Cuidado se efetive é necessária a existência de pactos e acordos entre as várias estruturas de serviços da rede, bem como a articulação entre as estações de cuidado, as tecnologias de cuidar em saúde e os profissionais de saúde que nela atuam. O usuário é o eixo central de todo o processo de produção da saúde, rompendo com a forma compartimentada e fragmentada vigente de intervenção nos processos saúde e doença.

Os autores Malta e Merhy (2010) relatam os processos da Micro e da Macropolítica da Linha do Cuidado. A primeira corresponde às relações construídas nos encontros entre usuário e trabalhador de saúde, nos diferentes pontos de atenção. Precisamos caminhar no sentido de potencializar o trabalho cuidador que acontece quando o profissional, ao se relacionar com o usuário, no momento da assistência ou “no espaço intercessor”, transforme “trabalho vivo” em ato em trabalho “cuidador”.

Este encontro abre possibilidades de mudanças de paradigmas, tornando-se um momento portador de forças instituintes. A potencialidade desse encontro pode ser mitigada em função do modelo de assistência praticado e dos seus pressupostos. Pode-se afirmar que nos espaços intercessores, momentos de encontro entre usuário e profissional de saúde, as atitudes de um e de outro são definitivas para desenrolá-lo da trama. Essa relação em saúde não deveria ser centrada no profissional que comanda o usuário passivo, mas sim do tipo “interseção-partilhada”, na qual acontecem trocas, compartilhamentos, pela disponibilidade

do profissional em liberar saberes e atos cuidadores, e pelo desejo do usuário em restabelecer sua autonomia e também atuar como sujeito e protagonista do seu processo saúde/doença (MALTA e MERHY, 2010).

Já a Macropolítica da Linha de Cuidado está relacionado à necessidade de perceber e de atuar nos determinantes sociais de saúde, na busca por articulações intersetoriais, adequações da legislação, aprimoramento da regulação, financiamento adequado das ações, estruturação de uma rede de serviços, organização da vigilância e da informação em saúde. Outro fator é a construção de uma forte lógica da gestão, na qual o cuidado produzido se torne um processo que possibilite colocar os seus construtores (trabalhadores e gestores) em reflexão e aprendizagem (MALTA e MERHY, 2010).

Acrescentam que a efetivação da Linha de Cuidado depende da determinação e apoio dos gestores, sejam públicos ou privados, na garantia desse caminhar pela linha, equacionando os fluxos micro com os macroprocessos. O apoio e o investimento dos gestores em processos de gestão coletivos e participativos implicam a corresponsabilidade entre os atores envolvidos no ato de cuidar.

Por último, a Linha de Cuidado se completa na medida em que macroprocessos se articulam com os microprocessos. Mesmo assim, convivem com o risco da sua ruptura ou fragmentação, pois são muitas variáveis a serem garantidas e nem sempre elas se entrelaçam (MALTA e MERHY, 2010).

Segundo Ceccim (2005), o ordenamento da atenção de uma rede de serviços em Linha do Cuidado necessita do planejamento de fluxos que impliquem em ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora e inclusiva. É importante que o usuário conheça a estrutura da rede e se sinta parte dela, desta forma ele poderá ser capaz de influir em seu andamento.

Malta e Merhy (2010) entendem que o desenho da Linha de Cuidado engloba a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, nos quais está associada à imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao usuário, centrada em seu campo de necessidades. Esta tem início na entrada do usuário em qualquer ponto da rede, seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família/atenção básica, em serviços de urgência, nos consultórios ou em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as

necessidades do usuário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros.

Ceccim (2005) também faz uma crítica às organizações rígidas do sistema, que tem como marca a tradicional pirâmide, de porta de entrada única e mobilidade padronizada, atada em um trânsito somente formal e técnico-racionalista. Reforça a necessidade de fortalecimento do sistema de referência e contra-referência como uma trama do cuidado e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais e ressalta a necessidade de organização das linhas de Cuidado da seguinte forma:

“Como uma filosofia horizontalizada uma malha de cuidados ininterruptos, organizados de forma progressiva. Em uma malha não há maior e menor, anterior e posterior, partida e chegada, topo e base, tudo o que há é o tramado, as ligas, as conexões: o rizoma. Por entre as ligas e conexões correm as Linhas de Cuidado que asseguram a satisfação das demandas dos usuários (diagramas singulares)” (CECCIM, p.2, 2005).

A entrada na Linha de Cuidado se relaciona com o acesso e acolhimento e a saída com responsabilização pela cura, autodeterminação e empoderamento dos usuários. A porta de entrada são as ações e serviços de saúde, a saída são as redes sociais. Cabe à gestão do sistema de saúde prever relações formais de promoção da saúde na cidade, concebendo-as na sua proposição de Linha do Cuidado com participação popular. Para essa construção é necessário contar com o apoio e o fortalecimento da atenção básica (CECCIM, 2005).

Uma Linha de Cuidado, pensada em sintonia com o universo dos usuários, terá como diretriz à sua extensão a intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, deve possibilitar o surgimento de laços de confiança entre os equipamentos sociais dos territórios de saúde, indispensáveis para melhorar a qualidade e resolutividade das ações de saúde. Em consequência, os profissionais das equipes devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja através da proposição de redes de matriciamento e apoio interserviços, seja através de alianças com as demais áreas de políticas públicas ou junto às redes sociais (FRANCO e MAGALHÃES JR, 2003).

Ceccim (2005) destaca que a gestão por Linhas de Cuidado deve gerar a credibilidade nos usuários, que devem ver o sistema de saúde como um sistema de atenção cuidadora, por isso o conjunto dos trabalhadores deve se sentir parte da Linha e confiar na sua composição, tranquilizando o usuário sobre sua qualidade e confiabilidade. Sobre tudo no que diz respeito ao acesso dos usuários, seu acolhimento deve ser tarefa de qualquer estação de cuidado,

especialmente ao detectar vulnerabilidades. As Linhas de Cuidado são responsáveis pelo desenvolvimento da autodeterminação dos usuários, ampliação e qualificação da assistência.

Para potencializar a oferta de serviços que atendam a todas as necessidades dos usuários vítimas de acidentes e violência, o Ministério da Saúde aprovou e instituiu a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), mediante publicação da Portaria Nº 1.365 de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a).

A Linha de Cuidado ao Trauma será abordada neste estudo, sendo compreendida como um processo integrado de atenção ao paciente vítima de trauma e responsável por articular os pontos de atenção da RUE, visando a prevenção dos agravos, a garantia de padrões adequados de acessibilidade aos recursos tecnológicos, à gravidade dos casos e à continuidade do cuidado. Atribui responsabilidade prévia de assistência e mecanismos de regulação, de coordenação, de comunicação e de transporte sanitário entre os diversos serviços e os respectivos gestores (BRASIL, 2013a).

Os objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma são o de proporcionar um cuidado integral e continuado e promover a transferência responsável do cuidado entre os pontos de atenção à saúde, pressupondo que todos têm fundamental relevância tanto na efetivação dos fluxos desta Linha de Cuidado quanto no controle adequado dos fatores de risco na tentativa de redução da incidência do trauma. A atenção ao paciente vítima de trauma contempla a educação popular em saúde, as ações da Atenção Básica, os Serviços de Urgência e Emergência (hospitalares, componentes fixos e móveis), os Centros de Trauma, a Reabilitação, os Cuidados Ambulatoriais e a Reintegração Social (BRASIL, 2013a).

Um marco regulatório importante foi a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Trata-se de mais um instrumento orientador do setor saúde para a criação de estratégias para o combate aos acidentes e à violência no país, por meio de ações articuladas e sistematizadas. Apresenta como seu principal objetivo a criação de redes intersetoriais e multiprofissionais que apoiem o indivíduo vítima de violência e seus familiares, desde o primeiro atendimento até a sua reabilitação e reinserção social. (BRASIL, 2001).

A implantação dessa política foi avaliada por Minayo e Deslandes (2009) em um estudo que analisou as conexões das redes intersetoriais e multidisciplinares que articulam a atenção à vítima de acidentes e violências no SUS em cinco capitais brasileiras. Perceberam como sendo mais críticas as ações destinadas aos pacientes em reabilitação.

As autoras destacam as áreas da reabilitação, mas também encontram fragilidades no atendimento de emergência aos pacientes vítimas de trauma, na internação, na transferência de cuidado e no acompanhamento. Concluem que todos esses equipamentos da rede necessitam de avanços para cumprir as diretrizes da política, tendo como principais desafios a criação de mecanismos de informação, sensibilização e educação, que devem incluir todos os atores envolvidos. Os aspectos mais problemáticos encontrados são o fraco acompanhamento pós-hospitalar; o deficiente transporte de pacientes sequelados; a descontinuidade na distribuição de medicamentos; o insuficiente acesso ao atendimento domiciliar e ao acompanhamento sistemático pelas equipes de saúde da família; a baixa qualidade e o deficiente treinamento para uso das órteses e próteses, o que as tornam inadequadas. Por último, as redes de reabilitação avaliadas foram consideradas incipientes para a garantia das necessidades dos usuários com ausência de recursos humanos e materiais em quantidade suficiente (MINAYO e DESLANDES, 2009).

Outros pontos observados foram que a desospitalização, a reabilitação e a reinserção social de pacientes vítimas de trauma são desafios a serem enfrentados na conexão das Redes de Atenção à Saúde e na Linha de Cuidado ao Trauma. O cuidado integral a esse usuário engloba desde a sua entrada nas emergências até a sua reabilitação e reinserção social e fortalece a necessidade de se pensar para além do momento da urgência/emergência.

Quando um usuário estiver inserido na Linha de Cuidado do Trauma, bem como na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, deve ter acesso, de acordo com sua sequela, à reabilitação física, auditiva, intelectual ou visual, seja ela temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua. Serviços especializados de reabilitação e as equipes de reabilitação hospitalar devem ser acionados com o intuito de promover os cuidados necessários para a melhoria da funcionalidade, por meio de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função, da compensação da função perdida e da manutenção da função atual. Devem ser executadas por equipes multi e interdisciplinares e desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade (BRASIL, 2013a).

Uma das estações de cuidado da Linha de Cuidado ao Trauma é a Atenção Domiciliar. Trata-se de uma ferramenta muito valiosa para a desospitalização e caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação

prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013a).

Devido à necessidade de se ter alternativa para a desospitalização de leitos de UTI ou de Clínica Médica de grandes hospitais instituiu-se as enfermarias de longa permanência. Designadas como unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de caráter agudo ou crônico reagudizado e a atenção básica. Visa a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral do paciente que não necessite de cuidados hospitalares intensivos e em estágio agudo (BRASIL, 2012).

Outra forma de fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi a organização dos Cuidados Prolongados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante publicação da portaria número 2.809, de 7 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

A finalidade de se instituir os Cuidados Prolongados é garantir a reabilitação do usuário, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado, através do Plano Terapêutico, com intervenções terapêuticas que permitam o reestabelecimento de suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional, bem como a recuperação de suas sequelas. Bem como, promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar; apoiar a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessário, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia; orientar e apoiar os familiares e cuidadores, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização do cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social (BRASIL, 2012, artigo 7).

A portaria também descreve duas modalidades de organização para os Cuidados Prolongados que podem ser Unidades de Internação em Cuidados Prolongados localizada dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP) ou Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). (BRASIL, 2012).

Considerando a rede de atenção ao paciente vítima de acidentes e violências no estado de Minas Gerais, o Hospital João XXIII, situado à capital do estado, é o principal hospital do complexo de urgência e emergência da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Tem a missão de atuar como centro de referência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismo, grandes queimados, intoxicações e situações clínicas e ou cirúrgicas com risco de morte (MINAS GERAIS, 2013).

O Hospital João XXIII atende em média 300 pacientes diariamente, sendo que destes, 85% das internações estão relacionadas a causas externas (dados internos do hospital). Muitos destes pacientes após o período da internação são acompanhados nos ambulatórios de retorno pelas equipes multidisciplinares. No que diz respeito à reabilitação, o acesso a profissionais de saúde como, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros, se dá através do Centro de Saúde de referência do usuário, porta de entrada preferencial do SUS.

Historicamente os hospitais são instituições desvinculadas de todos os outros serviços de saúde. Por esta razão, o Ministério da Saúde preconiza o posicionamento do hospital como parte de uma rede de atenção à saúde que funciona em articulação estreita com outras organizações, integrado a uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, tendo inclusive que pactuar seu papel e sua responsabilidade sanitária com os gestores públicos, mediante a definição de mecanismos de acesso e de relação com outros serviços (CAMPOS e AMARAL, 2007).

Com o objetivo de promover melhorias no acesso e qualidade de assistência nas portas de entrada hospitalares, além de efetivar sua comunicação com a rede, foi implantado o Programa SOS Emergências, oficializado pela Portaria GM 1.663 de 2012 no Hospital João XXIII e no que diz respeito à comunicação com a rede assistencial, em relação ao paciente vítima de acidentes e violências, tem como premissa a alta responsável, contra-referenciando o usuário às equipes de saúde da família, além de oferecer treinamento à família e ao paciente quanto ao auto-cuidado (BRASIL, 2012).

Com o intuito de perceber como está estruturado esse complexo processo de cuidado ao paciente vítima de trauma, em especial após a sua saída, no pós-alta identificando como se dá a sua continuidade, pretendemos, com este estudo, vivenciá-lo no contexto do município de Belo Horizonte.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar o percurso dos usuários em busca da construção de redes vivas sob a visão e perspectiva do trabalhador por meio da estratégia do usuário guia.

3.2. Objetivos específicos

Analisar os encontros entre trabalhadores e usuários em busca da continuidade do cuidado após alta hospitalar dentro da linha de cuidado ao trauma e da construção de redes vivas a partir da perspectiva do trabalhador.

Identificar o protagonismo e criatividade dos trabalhadores na garantia da continuidade do cuidado aos usuários e suas implicações na construção de redes vivas.

4. METODOLOGIA

Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (1993) entende-se por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade).

4.1. Aspectos metodológicos

Inserimo-nos no universo da pesquisa social descrita por Minayo, Deslandes e Gomes (1993), que trabalha considerando os sujeitos e suas realizações, compreendendo-os como atores sociais em relação, grupos específicos ou perspectivas, produtos e exposições de ações.

Como parte de uma pesquisa social, o trabalho de campo deve ser realizado a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais. Isto é, não se pode pensar num trabalho de campo neutro. A forma de realizá-lo revela as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem observados, coletados e compreendidos como o modo como vai analisá-los. Esse cuidado é necessário porque o campo da pesquisa social não é transparente e tanto o pesquisador como os seus interlocutores e observados interferem no conhecimento da realidade. Essa interferência faz parte da própria natureza da pesquisa social que nunca é neutra (MINAYO, DESLANDES E GOMES, 1993).

Nesse projeto, apresentamos a construção de um modo de produzir conhecimento no campo da saúde que opera sobre a perspectiva do pesquisador in-mundo:

(...) Assume-se, assim, que não há neutralidade na produção do conhecimento e que o pesquisador implicado transita pelo território das suas implicações como sujeito in-mundo, ele produz e se produz na construção do conhecimento.

(...) Tomar a produção do conhecimento nessa perspectiva exige a construção da investigação em ato, ela se dá in-mundo, na invasão e na vazão do sujeito/objeto implicado ao sujeito epistêmico (...) (MERHY et al, 2014b, p. 135 - 136).

Merhy (2004) nos convida a refletir que todo pesquisador, como já está consagrado pelas discussões sobre o “fazer ciência”, é, além de sujeito epistêmico, ou seja, portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetivos da ciência, é também um sujeito ideológico, um sujeito “cultural”, ou seja, um sujeito interessado que dá

valor a certas coisas e não a outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras.

Acrescenta que no universo da pesquisa em saúde podemos nos deparar com situações nas quais o sujeito que propõe o que será conhecido está tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todos estes processos. Enquanto sujeito da ação, enquanto sujeito interessado e que aposta em certas direções para ela e não outras, enquanto sujeito que ambiciona ser epistêmico, mas que quer produzir conhecimentos e sistematizá-los para si e para outros, implicado com o seu lugar na ação sob foco.

Dessa forma, percebi que participando de atividades comprometidas com a produção do conhecimento no campo da saúde me tornei além de sujeito interessado, sujeito implicado, uma vez que, o próprio processo investigativo me colocou sob análise enquanto servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte desde 2008, trabalhadora da APS e sujeito social e afetivo envolvido na consolidação do SUS.

Essa experimentação nos possibilita a valorização do saber produzido a partir do encontro com o outro, pois todo e qualquer trabalho em saúde se faz no encontro. Precisamos reconhecer a intensa produção de conhecimento que está cravado no mundo do trabalho em saúde, nos encontros entre trabalhadores e usuários e entre trabalhadores com outros trabalhadores (MERHY et al, 2014b).

Ao pensarmos nesses encontros com os outros percebemos que os sujeitos são efetivas redes vivas em produção. E que todos, usuários e trabalhadores, estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados. Ou seja, somos afetados pela presença do outro e, através desse efeito da presença do outro, podemos operar nesse encontro a construção de qualquer coisa que podemos chamar de prática de um cuidado (MERHY et al, 2014b).

A esse modo de produção de conexões, que cria oportunidades para os trabalhadores se encontrarem, negociarem, aprender no cotidiano de sua produção (EPS EM MOVIMENTO, 2014a) e que considera usuários produtores de movimentos e de saberes que constroem e partilham cuidados, denomina-se Redes Vivas (MERHY et al, 2014b).

Dessa forma, buscamos inspiração no contexto da pesquisa “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes

temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz, quem usa”. Tem como Coordenador Nacional o Professor Dr. Emerson Merhy, Professor titular de saúde coletiva da UFRJ-Macaé e como Coordenadora em Minas Gerais a Professora Dra. Alzira de Oliveira Jorge, professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Geral, e orientadora deste estudo.

O projeto original apresenta como tema a construção de uma Rede Nacional de Pesquisa Compartilhada Universidade-SUS (RAC), para realizar pesquisa qualitativa sobre a produção do cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Busca reconhecer a diversidade dos cenários e os diferentes modos de se construir redes de serviços do SUS e singularidades das práticas de cuidado que refletem um modo de fazer no âmbito da micropolítica do trabalho.

Esse estudo, à luz de vários conceitos utilizados pela pesquisa RAC, busca trabalhar com a metodologia do usuário guia e perceber sua potência na discussão da continuidade do cuidado para os pacientes pós-internação por trauma. E os caminhos pelos quais estes usuários trafegam para buscar o atendimento de suas necessidades e construir as redes vivas a partir dessas.

O presente trabalho, inserido na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória que tem como ponto de partida o usuário que recebeu alta após um período de internação hospitalar, cuja porta de entrada foi o serviço de urgência e emergência. Para a reconstrução das trajetórias assistenciais destes pacientes nos basearemos no referencial metodológico do Usuário Guia. Pretendemos entender como se dá a regulação, a chegada dos usuários nos serviços após sua hospitalização e a continuidade do seu processo de cuidado em saúde. E, da mesma forma, perceber como se dá na prática a efetivação da implantação da Linha de Cuidado do trauma a partir de seu atendimento inicial na Rede de Atenção as Urgências no SUS.

Para Minayo, Deslandes e Gomes (1993) a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

(...) Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, DESLANDES E GOMES, 1993, p. 21).

É importante ressaltar que a análise e interpretação dentro de uma perspectiva de pesquisa qualitativa não têm como finalidade contar opiniões ou pessoas. Seu foco é, principalmente, a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar. Também não precisa abranger a totalidade das falas e expressões dos interlocutores porque, em geral, a dimensão sociocultural das opiniões e representações de um grupo que tem as mesmas características costuma ter muitos pontos em comum ao mesmo tempo em que apresentam singularidades próprias da biografia de cada interlocutor. Da mesma forma, devemos considerar que sempre haverá diversidade de opiniões e crenças dentro de um mesmo segmento e a análise qualitativa deve dar conta dessa diferenciação interna dos grupos. Gomes (1993) sugere essas três observações importantes e finaliza enfatizando que devemos caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social.

Trabalharemos com uma modalidade de análise de conteúdo denominada Análise Temática. Essa técnica descrita por Bardin (1979) e reforçada por Minayo, Deslandes e Gomes (1993) consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Neste contexto, o universo da produção humana pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade do fazer e do agir. A metodologia deste trabalho busca a percepção desses elementos bem com o que os potencializam tendo como pontos de análise as necessidades dos usuários e a percepção dos trabalhadores na garantia dos cuidados necessários.

4.2. Sujeitos da pesquisa

A metodologia do usuário guia trabalha com a ideia de que a produção do cuidado não se limita à realização de procedimentos técnicos e se dá na relação entre o usuário e o trabalhador. O usuário guia será, portanto, uma cartografia de todos os encontros realizados em torno da produção de cuidado destes pacientes, sendo necessário compreender esta metodologia como a “narrativa de um encontro”. Um encontro entre o trabalhador de saúde e

o usuário, incluindo todos os outros encontros que atravessam esta relação: com outros profissionais, com a família, com outros serviços de saúde, com o bairro, com as ferramentas sociais, com a rede informal, dentre outros. É considerado um encontro de encontros. A narrativa produzida tem como referencial o usuário e é, portanto, uma descrição usuário centrada (EPS EM MOVIMENTO, 2014a).

O usuário guia ao percorrer a rede encontra diversos sujeitos envolvidos na sua produção do cuidado. Ao chamar todos esses sujeitos para a cena, enriquecemos o debate e também ampliamos o entendimento sobre o cuidado em saúde, pois passamos a compreender que o usuário não se limita ao que é ofertado pelos serviços de saúde. Incluir esses diferentes saberes e esses vários mapas que compõem o cuidado em saúde é muito importante para compormos a nossa cartografia. Perceber as formas que o usuário utiliza para lidar com a sua vida, com seus problemas de saúde, é fundamental para ampliarmos nosso modo de trabalhar. Sendo assim, na descrição do caso, é importante considerarmos os modos de existência do usuário, ou seja, como ele vive, por onde circula, o que ele considera importante. Os modos de existência do usuário são tão ou mais importantes para o cuidado do que seu diagnóstico. Da mesma forma, devemos atentar sobre como as equipes de saúde decidiram cuidar. (EPS EM MOVIMENTO, 2014a).

A metodologia do usuário guia entende a memória como fonte potente para se pensar os processos de trabalho. Ao recordar, a memória atualiza-se no presente, já que não é estática, sempre muda. Ela transforma-se conforme o momento em que recordamos, conforme a relação que estabelecemos. A recordação do passado é uma produção dos sujeitos em contato com o outro, contato que se dá nas relações do próprio trabalhador, de outros profissionais da equipe, dos usuários e de outros sujeitos, como familiares e vizinhos, que foram envolvidos na produção do cuidado (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

A proposta metodológica da pesquisa é explorar as linhas e traçados por onde o sujeito pesquisador faz sua investigação. Trata-se de uma pesquisa, cujo próprio processo de investigação e implementação modifica e atua sobre, a todo instante, objeto e sujeito da pesquisa, desfazendo assim a separabilidade canônica de objeto pesquisado e sujeito pesquisador. Os resultados da pesquisa são os efeitos da investigação naquilo que se pretendeu estudar que produz interferências e ruídos no próprio objeto da pesquisa (GOMES E MERHY, 2014b).

Escolhemos dois usuários em situação de saída de um hospital de Belo Horizonte, por meio de conversa e indicação do serviço social que os acompanhou durante a internação, a partir do critério daqueles que tiveram maior indicação de procedimentos ou atendimentos a serem realizados após sua alta, seja do ponto de vista de atendimentos especializados, consultas ou procedimentos necessários à sua reabilitação. Ou seja, usuários que eram grande demandantes de cuidado, inclusive na intensidade desse cuidado, necessitando de muitas modalidades distintas de abordagens e envolvendo deferentes profissionais. A partir da alta recebida do Hospital João XXIII, realizamos uma visita domiciliar mediante agendamento por contato telefônico com um dos familiares.

Os usuários foram inicialmente abordados no primeiro mês da alta hospitalar. Esta janela de tempo aconteceu devido aos processos envolvidos para concretização da visita: comunicado da alta pelos informantes chave, tentativas de contato com o paciente ou familiares e disponibilidade do paciente e familiares para agendamento da visita domiciliar.

A reconstrução da trajetória assistencial foi disparada pelos relatos dos pacientes e dos familiares indicando o serviço de saúde e os profissionais que estavam envolvidos no cuidado. A entrevista sobre a usuária do sexo feminino foi realizada com uma das filhas que participava do cuidado, uma vez que o quadro clínico da paciente impossibilitava a narração dos fatos. Por outro lado, a entrevista sobre o usuário do sexo masculino foi realizada conjuntamente com o usuário e dois familiares, mãe e irmã, no entanto, a maior parte da narrativa foi fornecida pela irmã do paciente. Esse fato também é atribuído ao estado clínico do paciente.

Sobre a escolha do usuário guia, é importante que a decisão seja coletiva, discutida com sua equipe, podendo partir do questionamento de quais casos mais têm mobilizado a equipe ou quais usuários demandam mais da equipe, não só pelo alto grau de complexidade e necessidade de disponibilizar uma série de recursos e equipamentos tecnológicos para o tratamento, mas, também, e principalmente, casos que exijam a mobilização de vários tipos de saberes, tanto os saberes de distintos profissionais, como também, o saber dos usuários e a consideração às suas escolhas de vida (EPS EM MOVIMENTO, 2014b).

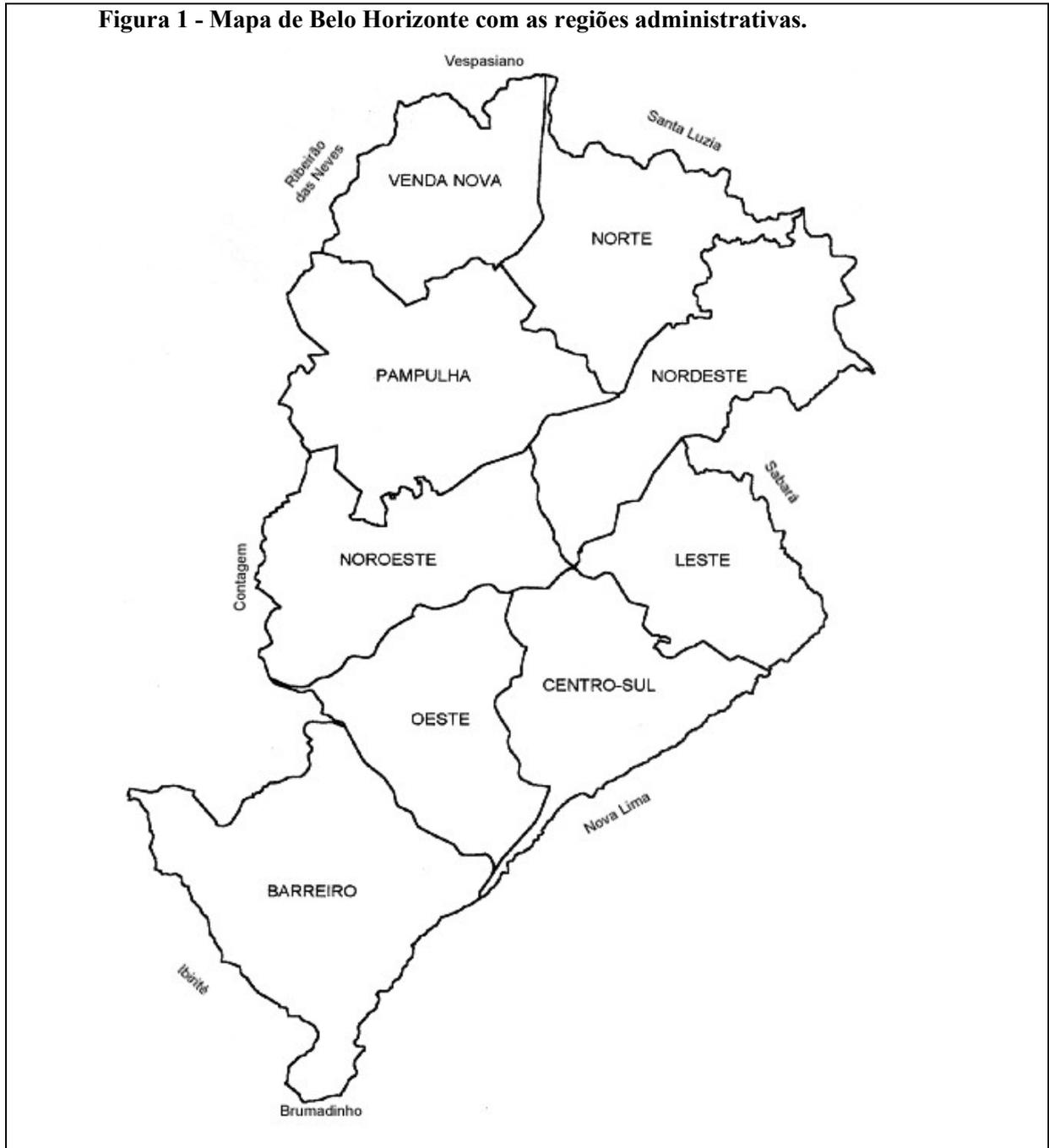
4.3. Campo de pesquisa

Em consonância com o cenário e área temática estabelecidos pela pesquisa nacional, que define Belo Horizonte como município mineiro para a pesquisa da Rede de Urgência e Emergência, nossos sujeitos serão residentes em Belo Horizonte.

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, Belo Horizonte abriga uma população de 2.375.151 habitantes (IBGE, 2010) em uma área de 331 Km², densidade de 7.177 habitantes por Km². A Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) é a terceira maior aglomeração urbana do Brasil, com uma população de 5.152.217 habitantes (Estimativa IBGE/ 2013) e uma área de 9.467,797 km². A cidade apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,810 (IBGE, 2010), situado na faixa considerada “*Muito Alto*” (IDHM entre 0,8 e 1).

Para gestão e planejamento da cidade, Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas regionais, quais são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova, conforme figura abaixo. Dessa estrutura originaram os nove distritos sanitários – elementos fundamentais na territorialização da saúde.

Figura 1 - Mapa de Belo Horizonte com as regiões administrativas.



A rede de Saúde de Belo Horizonte está dividida em Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde. São mais de 180 unidades distribuídas por toda a cidade (SMSA, 2014).

A rede Básica de Saúde ou Atenção Primária à Saúde conta com 147 centros de saúde, distribuídos nos nove Distritos Sanitários/Regionais. São 583 Equipes de Saúde da Família

(ESF), formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Dos 147 centros da capital, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. Possui 60 polos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e há também profissionais de apoio como assistentes sociais e médicos ginecologistas, pediatras e clínicos gerais. Já as equipes de zoonoses dos centros de saúde são responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais. Os centros de saúde são a porta de entrada do sistema. São os serviços mais próximos da casa do cidadão e devem ser os primeiros a serem procurados quando as pessoas apresentam algum problema de saúde. Nas unidades o usuário pode se consultar e, com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, fazer pré-natal, acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer consultas odontológicas, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços. O NASF é formado por profissionais de diversas categorias, dentre as quais fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos e fonoaudiólogos que se constituem em referência para as equipes de saúde da família e desenvolvem ações de reabilitação com o objetivo de manter a população sob sua responsabilidade com a maior capacidade funcional possível (BELO HORIZONTE, 2016).

A programação da APS está direcionada à oferta de serviços de qualidade com equidade, fácil acesso e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde. A política de Atenção Primária à Saúde contribui para o fortalecimento das redes de atenção nos diferentes ciclos de vida e em diferentes temáticas, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade (SMSA, 2014).

No âmbito desta pesquisa, três centros de saúde de Belo Horizonte estão presentes e são identificados apenas pelo distrito sanitário (DS) ao qual fazem parte, sendo eles: centro de saúde do distrito sanitário Nordeste, centro de saúde do distrito sanitário Norte e centro de saúde do distrito sanitário Oeste.

O centro de saúde do DS Nordeste está localizado em área de abrangência considerada de elevado e de muito elevado risco social, divisa com município da região metropolitana e é composto por 5 ESF. Atualmente, todas as equipes possuem médico de família e comunidade e enfermeiro. Uma das equipes conta com apenas 1 auxiliar de enfermagem e somente uma equipe possui o número preconizado de ACS. Também contam com 2 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e uma de apoio.

Outros profissionais de apoio que atuam neste centro de saúde são: 1 clínico geral com carga horária de 20 horas semanais, 1 pediatra com carga horária de 20 horas semanais, 1 ginecologista com carga horária de 20 horas semanais e 1 enfermeiro com carga horária de 20 horas semanais. Possui equipe NASF que também é referência para outros dois centros de saúde.

A população oficialmente cadastrada em fevereiro de 2016 era de 13.002 sendo previsto um aumento para 20.000 pessoas após a construção de um residencial do Programa Minha Casa, Minha Vida.

Uma das ESF do centro de saúde é participante desta pesquisa. Trata-se de uma equipe formada para atender a população de áreas ocupadas de forma irregular que não possuem condições básicas como saneamento básico, água encanada e luz. Além disso, recebeu um incremento populacional de parte dos moradores do residencial do Programa Minha Casa, Minha Vida e atende, atualmente, uma população em torno de 4.500 pessoas. Com relação aos profissionais da ESF, possui uma médica de família e comunidade que está há aproximadamente 6 meses nesta função, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e apenas um ACS, que está em readaptação funcional por problemas de saúde.

O centro de saúde do DS Norte é composto por 4 ESF completas, 2 ESB e está localizado em área classificada como de médio e de baixo risco social. É considerada uma região dormitório e possui uma população de, aproximadamente, 12.239 habitantes.

Os profissionais de apoio são: 1 clínico geral, 1 pediatra, 1 ginecologista, 1 homeopata, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 dentista e 1 enfermeiro. Possui equipe NASF que também é referência para outros dois centros de saúde.

São considerados os maiores problemas do território a violência urbana, a destinação do lixo, a gravidez na adolescência e o alcoolismo. E os trabalhadores elegem como dificultadores do processo de trabalho a rotatividade dos profissionais, dificultando a implementação das rotinas e o acesso à atenção secundária e apoio diagnóstico.

A ESF que participa desta pesquisa é composta por 1 médico de família e comunidade, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 4 ACS. A população cadastrada é de 3.887 pessoas. Esta equipe é referência para uma população considerada de baixo risco social cujo número de pessoas cadastradas não reflete o número de pessoas que demandam atendimento nesta unidade de saúde, segundo informações dos profissionais, parte dessa população não é vinculada ao centro de saúde.

O centro de saúde do DS Oeste está localizado em área considerada de elevado risco social, possui 5 ESF para uma população de, aproximadamente, 14.019 pessoas e recebe médico estrangeiro do Programa Mais Médico.

Os profissionais de apoio são compostos por: 1 ginecologista com carga horária de 20 horas semanais, 1 pediatra com carga horária de 16 horas semanais e 1 clínico geral com carga horária de 20 horas semanais. Possui equipe NASF que também é referência para outro centro de saúde e é composta por: 1 nutricionista com carga horária de 40 horas semanais, 2 fisioterapeutas com carga horária de 20 horas semanais cada, 1 fonoaudiólogo com carga horária de 20 horas semanais, 1 educador físico com carga horária de 20 horas semanais e uma terapeuta ocupacional com carga horária de 20 horas semanais.

A ESF que participa desta pesquisa é composta por: um médico do Programa Mais Médico, uma enfermeira, quatro ACS e duas auxiliares de enfermagem. E a população cadastrada nesta equipe é 2.612 pessoas.

Na atenção especializada ambulatorial, atualmente denominada de Rede Complementar, existem três unidades próprias de reabilitação com equipes multidisciplinares: o Centro Geral de Reabilitação no Distrito Sanitário Centro-Sul, o Centro de Reabilitação Sagrada Família no Distrito Sanitário Leste e o Serviço de Reabilitação Padre Eustáquio no Distrito Sanitário Noroeste. Estes serviços realizam diversas ações, dentre eles: assistência individual e em grupos, nas áreas gerais e específicas de reabilitação (ortopedia, neurologia, reumatologia, uroginecologia, vascular periférico e respiratório), além da concessão de órteses e próteses, e cadeiras de rodas. Também, fazem parte da rede de serviços especializados de reabilitação outros 32 serviços privados, públicos e filantrópicos contratados ou conveniados à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). No nível hospitalar, para a oferta de leitos de reabilitação, existe um convênio com o Hospital Paulo de Tarso. O trabalho integrado dos diversos pontos de atenção que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa favorecer a qualificação da atenção prestada e o fortalecimento da responsabilização compartilhada por este público específico e a consolidação de ações de promoção da saúde e prevenção de deficiências para população em geral atendida pelo SUS BH (SMSA, 2014).

O acesso às consultas e exames especializados é feito por meio de um pedido dos médicos dos centros de saúde. Após a marcação da consulta, a unidade comunica ao usuário o dia, horário e local marcado para o atendimento. São 9 Centros de Especialidades Médicas, um em cada distrito sanitário, 4 URS (Unidade de Referência Secundária), 1 policlínica, 1

Núcleo de Cirurgia Ambulatorial, 1 Centro Municipal Oftalmológico, 1 Centro Municipal de Imagem e 8 ambulatórios conveniados que prestam serviços ao SUSBH em mais de 20 especialidades, como ginecologia, pneumologia, reumatologia, ortopedia, entre outras.

Na área de urgência e emergência, Belo Horizonte conta com 14 Unidades públicas de Saúde para esse tipo de atendimento. São as UPA (Unidades de Pronto Atendimento) e os Prontos Socorros de Hospitais Públicos.

O SAMU (Serviço Móvel de Atendimento às Urgências) atende pelo telefone 192 casos que necessitam de atendimento imediato e transporte do paciente para uma Unidade de Emergência, como traumas, urgências clínica, obstétricas e psiquiátricas.

A rede hospitalar de Belo Horizonte é composta por hospitais públicos, filantrópicos e privados que prestam serviços aos SUS. São feitas em média 19 mil internações no SUS todo mês – 40 % de outros municípios.

No que se refere à vigilância à saúde, a capital conta com dois serviços de referência em saúde do trabalhador, um na região do Barreiro e outro na Centro Sul. Nestes locais, é prestada assistência aos trabalhadores portadores de doenças relacionadas ao trabalho ou com sequelas por acidentes do trabalho, encaminhadas pela rede SUS.

Já a Vigilância Sanitária (VISA) trabalha com a prevenção e a promoção da saúde de toda a população de Belo Horizonte com diversas atividades ofertadas nos serviços de saúde, principalmente, pela rede Básica de Saúde (BELO HORIZONTE, 2016).

O cenário de início da pesquisa foi o Hospital João XXIII, principal porta de entrada de urgência e emergência do estado, referência para politrauma, queimados e toxicologia. Possui capacidade de 273 leitos para internação e 75 macas para atendimentos de emergência. Presta atendimentos para a rede em traumato-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia de cabeça e pescoço, bucomaxilo e pediatria do trauma. O atendimento se inicia neste serviço e, a partir dele, o usuário se insere na rede de atenção à saúde, em busca de serviços de reabilitação para o trauma que o levou à internação. Essa busca foi repleta de encontros que irão brotar em diversos rizomas. Essa é a fertilidade da nossa rede, a rede das relações humanas e são essas que pretendemos explorar.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) se constitui como instrumento orientador do setor saúde, para que, através de ações articuladas e sistematizadas, sejam criadas estratégias para o combate a acidentes e violência no país. Tem como principal objetivo a criação de redes intersetoriais e

multiprofissionais que apoiem o indivíduo vítima da violência e seus familiares, desde o primeiro atendimento até a sua reabilitação e reinserção social. (BRASIL, 2001).

Minayo e Deslandes (2009) desenvolveram estudo avaliando a implantação da PNRMAV em cinco capitais brasileiras, avaliando as conexões das redes intersetoriais e multidisciplinares que articulam a atenção à vítima de acidentes e violências no SUS, percebendo como mais críticas as ações com pacientes em reabilitação.

No estudo acima citado, as autoras destacam as áreas da reabilitação, mas não deixando de ressaltar o atendimento de emergência aos pacientes vítimas de trauma, a internação, a transferência de cuidado e o acompanhamento. Todos esses equipamentos da rede necessitam de avanços para cumprir as diretrizes da política, tendo como principais desafios a criação de mecanismos de informação, sensibilização e educação, que devem incluir todos os atores envolvidos. Destacam-se os aspectos mais problemáticos como o fraco acompanhamento pós-hospitalar; o deficiente transporte de pacientes sequelados; a descontinuidade na distribuição de medicamentos; o ainda insuficiente acesso ao atendimento domiciliar e acompanhamento sistemático destes pacientes pelas equipes de saúde da família e a baixa qualidade e deficiente treinamento para uso das órteses e próteses, o que as tornam inadequadas. As redes de reabilitação avaliadas foram consideradas incipientes para a garantia das necessidades dos usuários, além da ausência de recursos humanos e materiais (MINAYO e DESLANDES, 2009).

4.4. Passos metodológicos

Definimos a primeira semana do mês de dezembro do ano de 2015 como período para a seleção dos casos que poderiam ser seguidos pela pesquisa. Os usuários que receberam alta hospitalar no período informado foram classificados de acordo com a complexidade do cuidado necessário, vulnerabilidade social e sexo.

Dos cinco casos recebidos, escolhemos três usuários cuja complexidade do caso demandaria uma continuidade do cuidado e um possível acionamento de diferentes serviços e profissionais de saúde. Contemplamos dois usuários do sexo masculino e um do sexo feminino, considerando as suas singularidades em relação ao processo saúde-doença. Durante a primeira visita a um dos usuários do sexo masculino constatamos um fator que inviabilizava sua participação nesta pesquisa: o endereço de residência não pertencia a Belo Horizonte e

sim a um município vizinho. Dessa forma, a participação deste usuário foi excluída da pesquisa.

Duas pesquisadoras participaram da fase inicial da pesquisa que incluía: recebimento e seleção dos casos, contato com o usuário e/ou familiares para agendamento da primeira visita domiciliar, realização da primeira visita domiciliar e entrevista aberta em profundidade dos usuários e cuidadores. A partir desse ponto, cada pesquisadora se dedicou ao seu objeto de pesquisa, sendo uma com o foco na perspectiva dos usuários (Pesquisadora 1) e a outra com o foco na perspectiva dos trabalhadores (Pesquisadora 2).

Esse trabalho foi conduzido pela pesquisadora 2.

Em ambos os casos os usuários e/ou familiares citaram os profissionais que trabalhavam em centros de saúde/unidades básicas de saúde como responsáveis pelo cuidado. De posse do nome dos profissionais e dos centros de saúde iniciamos uma busca pela localização do serviço, bem como dos profissionais citados. Essa investigação incluiu: endereço do serviço, telefone para contato, horário de funcionamento do serviço, identificação do gerente/gestor do centro de saúde, identificação da equipe de saúde da família à qual os profissionais citados faziam parte.

Após esse levantamento de dados, iniciamos tentativas de conversa com o gerente do centro de saúde via contato telefônico. O intuito dessa conversa era o de informar ao gerente o teor da pesquisa e viabilizar a participação dos seus profissionais. A partir desse contato iniciou-se uma sucessão de trocas de informações e justificativas entre o gerente, os profissionais indicados para participar da pesquisa e a pesquisadora. Essas trocas foram realizadas por contato telefônico e envio de emails com dados da pesquisa e do usuário acompanhado. Essa fase de articulação culminava no agendamento de uma primeira visita ao centro de saúde para entrevista com os profissionais de saúde em dia e horário pré-determinados.

Em um mesmo dia agendávamos entrevistas com vários profissionais sendo uma subsequente à outra. No dia agendado, deslocávamos ao centro de saúde, apresentávamos ao gerente do serviço, colhíamos informações sobre o serviço, esclarecíamos dúvidas sobre a pesquisa e, posteriormente, éramos encaminhados ao encontro dos trabalhadores.

A proposta inicial foi a realização de entrevistas individuais, abertas e em profundidade com cada sujeito da pesquisa: os trabalhadores da saúde. Para a surpresa da pesquisadora, em todos os centros de saúde os trabalhadores estavam reunidos numa mesma

sala com o intuito de todos participarem das entrevistas. Dessa forma, a maioria da entrevista foi realizada com a presença de membros da ESF e da equipe NASF.

Quando algum sujeito da pesquisa não estava presente neste grupo era agendada uma entrevista individual, aberta e em profundidade de acordo com a disponibilidade do profissional. O grupo era composto pelos profissionais da equipe de saúde da família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS) e por outros profissionais que atuavam no caso e trabalhavam neste centro de saúde. Esses profissionais faziam parte do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e que, nesta pesquisa, foram representados por: fisioterapeutas, nutricionista e fonoaudióloga. Em todos os grupos o enfermeiro da equipe de saúde da família assumiu um papel de articulador do caso durante as entrevistas. Um segundo contato para atualização sobre o cuidado ou esclarecimento de dúvidas era realizado com o enfermeiro após um intervalo de aproximadamente 40 dias do primeiro contato presencial.

As entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização. A entrevista aberta ou em profundidade é quando o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões. É por meio de entrevistas também que realizamos pesquisas baseadas em narrativas de vida, igualmente denominadas “histórias de vida”, “histórias biográficas”, “etnobiografias” ou “etno-histórias”. Acrescentamos a essas modalidades os grupos focais que podem ser definidos com uma modalidade de entrevista em grupo, onde as falas de um são confrontadas com as dos outros. Os grupos focais tem ainda a qualidade de permitir a formação de consensos sobre determinado assunto ou de cristalizar opiniões díspares, a partir de argumentações, ao contrário das entrevistas que costumam ocorrer de forma solitária (MINAYO, DESLANDES E GOMES, 1993).

Utilizei roteiros semi-estruturados para guiar a entrevista e contemplar temas importantes ao estudo. Foram denominados Roteiro para Entrevista com o Paciente/familiares (anexo 1) e Roteiro para Entrevista com Profissionais (anexo 2). Em todos os casos, iniciamos a entrevista com uma pergunta disparadora e estruturada da seguinte forma: Você acompanha ou acompanhou o paciente (incluir nome do paciente) que sofreu um acidente, ficou internado e recebeu alta com necessidades de tratamentos e cuidados. Conte-nos sobre como tem sido a experiência de acompanhar este paciente?

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente pela própria pesquisadora e encontram-se disponíveis na parte do Apêndice dessa dissertação. Dúvidas que

surgiram com relação ao conteúdo das entrevistas foram sanadas mediante contato telefônico, correio eletrônico e nova visita à unidade de saúde.

Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (1993), o registro fidedigno, e se possível “ao pé da letra”, de entrevistas e outras modalidades de coleta de dados cuja matéria-prima é a fala, torna-se crucial para uma boa compreensão da lógica interna do grupo ou da coletividade estudada. Dentre os instrumentos de garantia de fidedignidade o mais usual é a gravação da conversa.

As entrevistas podem disparar novos sujeitos na pesquisa, à medida que, ao transcorrer a rede, o sujeito realize encontros que o levem a novos caminhos. Para tanto, utilizamos a técnica de *snow-ball*, em que um primeiro informante chave indica o subsequente, e assim por sucessivamente (BISOL, 2012). Dessa forma, no decorrer da entrevista quando um trabalhador citava outro trabalhador envolvido no caso, este profissional era incluído e acionado para participar da pesquisa. Essa foi a sequência escolhida para a organização das falas quando a entrevista acontecia em grupo. Foram citados trabalhadores de diferentes serviços de saúde, como por exemplo, de serviços especializados, no entanto, devido ao tempo restrito para coleta de dados e ao fato de somente uma pesquisadora estar envolvida na coleta, transcrição e análise dos dados restringimos a abordagem aos trabalhadores do centro de saúde que prestava atendimento ao usuário participante da pesquisa. Esses profissionais poderiam compor a equipe de saúde da família (ESF) ou serem profissionais considerados como apoio à ESF, mas que atuassem no mesmo centro de saúde. Basicamente, os profissionais de apoio citados foram os que compõem o NASF. Profissionais de dois centros de saúde citaram intervenções pontuais do serviço social. Estas não demandaram entrevistas individuais, somente foram incluídas na pesquisa documental de registros em prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Belo Horizonte (SISREDE).

Ao mesmo tempo realizamos uma pesquisa documental, tendo como fonte os prontuários SISREDE, sumários de alta hospitalar, relatórios, guias de referências e contra-referências dos dois usuários participantes da pesquisa.

O prontuário é a fonte “oficial” sobre o caso e, muitas vezes, podem nos oferecer informações genéricas e padronizadas, sem considerar o que há de singular, de único, naquele caso. No entanto, os prontuários não devem ser descartados e podem ser utilizados para auxiliar a construção dos relatos, pois possuem informações básicas e nos apresentam um panorama da trajetória e dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado, muito embora

geralmente estejam marcadamente centrados nas referências às tecnologias duras e leve duras, como exames, condutas e procedimentos (EPS EM MOVIMENTO, 2014a).

À medida que os dados das entrevistas em profundidade e da pesquisa documental eram coletados seguíamos o seguinte caminho: reconstrução da trajetória de vida e assistencial do usuário a partir dos dados documentais e, depois, por meio das entrevistas, outros traçados foram agregados. Dessa forma, buscamos a reconstrução da trajetória assistencial a partir de vários olhares e fontes de informações, verificando, inclusive, se houve momentos ou movimentos de redes vivas por parte dos trabalhadores.

Os dois usuários escolhidos atuaram como sementes da pesquisa e, portanto, escolhidos pela sua fecundidade, seguiremos o seu brotamento para traçar as redes de cuidado estruturadas através das relações e dos encontros.

Os indivíduos sujeitos da pesquisa tiveram todas as possíveis dúvidas esclarecidas, inclusive de que poderão deixar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Foram submetidos à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como previsto pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

Considerando os preceitos éticos, conforme exigido pela Resolução 466/12, este projeto foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (BRASIL, 2002).

5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

A autora Minayo (1993) sugere uma trajetória para a Análise de Conteúdo Temática que será norteadora do nosso trabalho. Apresenta as seguintes etapas para construção desse caminho: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

Na etapa inicial, pré-análise, precisamos fazer uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva. Trata-se de uma leitura de primeiro plano para atingirmos níveis mais profundos. Nesse momento, deixamo-nos impregnar pelo conteúdo do material (MINAYO, DESLANDES E GOMES, 1993, p. 91).

Seguindo esta lógica, na etapa inicial ou pré-análise, nos dedicamos à leitura e organização de todo o material coletado. Deparamos-nos com diferentes fontes de dados e de informações necessárias a este estudo que são provenientes de sumários de alta do Hospital João XXIII; encaminhamentos, guias de referência e relatórios fornecidos no momento da alta; registros em prontuários eletrônicos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SISREDE) e demais encaminhamentos, guias de referência e de contra-referência fornecidos por profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes participantes da pesquisa. Outras fontes foram as entrevistas com profissionais da APS envolvidos no cuidado; entrevista inicial com os pacientes e familiares que disparou a busca pelos profissionais; dados sobre os Centros de Saúde fornecidos pelo gerente local e impressões da pesquisadora durante todo o processo de coleta de dados recolhidas por meio de um diário de campo. Este estudo não pretende aprofundar sobre o conteúdo das entrevistas com os pacientes e familiares, visto não ser este nosso objeto de estudo. As informações fornecidas por esse material fazem parte apenas do momento inicial da investigação por meio da identificação dos pacientes que possibilitou o levantamento dos trabalhadores envolvidos no atendimento destes usuários, estes sim, os profissionais de saúde, é que foram nossos principais sujeitos desta pesquisa.

A coleta de dados iniciou-se em dezembro de 2015 sendo finalizada no início do mês de junho de 2016.

A etapa inicial foi de grande importância para a percepção do volume e densidade do material coletado, bem como da necessidade de resposta a vários questionamentos, como por exemplo: Quais são os centros de saúde envolvidos no cuidado? Quem são os profissionais envolvidos no cuidado? Como está organizado o cuidado ofertado? Esses pacientes possuíam doenças de base e recebiam algum cuidado ou assistência anterior à sua internação? Para

buscar essas respostas iniciaremos a etapa de exploração do material seguida do tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

A fim de responder a este último questionamento incluímos um resgate da história pregressa no conteúdo das entrevistas com os trabalhadores, com os familiares e com os pacientes e uma busca por registros em prontuário eletrônico dos centros de saúde entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015, ou seja, de dois anos antes do evento que deflagrou internação hospitalar com alta em dezembro de 2015.

Com o intuito de facilitar o entendimento do interlocutor, dividimos a exploração do material e o tratamento dos resultados/inferência/interpretação em 3 momentos. No primeiro, buscamos descrever os dois usuários e recontar suas histórias assistenciais apenas com os dados provenientes dos registros em prontuários, sumários de alta, encaminhamentos, relatórios e guias de referência e de contra-referência. Ou seja, baseados somente nos registros de dados formais. No segundo, enriquecemos esses relatos com as informações das entrevistas com os profissionais responsáveis pelos atendimentos, pelas percepções da pesquisadora. E por último, o conteúdo das entrevistas com os trabalhadores será categorizado e analisado.

Os pacientes foram identificados por número, Paciente 1 e Paciente 2 e codinomes, Maria e José, respectivamente. No total, 11 profissionais foram entrevistados, sendo 9 envolvidos no cuidado à paciente Maria e 2 envolvidos no cuidado ao paciente José. O acompanhamento à paciente Maria foi realizado por dois centros de saúde em momentos distintos consequente à mudança de endereço desta paciente. Já o acompanhamento ao paciente José foi realizado por profissionais de apenas um centro de saúde durante todo o período de coleta de dados.

Didaticamente, organizamos a apresentação da seguinte forma:

- Descrição do Paciente 1, história pregressa e reconstrução da sua trajetória assistencial;
- Descrição do Paciente 2, história pregressa e reconstrução da sua trajetória assistencial;
- Categorização das entrevistas com os profissionais envolvidos na continuidade do cuidado aos pacientes 1 e 2.

5.1. Paciente 1 – identificada pelo codinome Maria

5.1.1. Descrição do paciente

Usuária do sexo feminino, idade de 61 anos, profissão dona de casa, raça negra, alfabetizada em programa de alfabetização para adultos, estado civil casada e com 3 filhas adultas. Morava com o marido e possuía casa própria localizada em área considerada de elevado risco social no DS Oeste da cidade de Belo Horizonte. Era atendida pelo Centro de Saúde da sua área de abrangência que era localizado a aproximadamente 700 metros da sua residência. Recebia atendimentos pelo médico e pela enfermeira da sua ESF para o controle da hipertensão arterial classificada como alto risco e de difícil controle, diabetes mellitus tipo 2, não insulino dependente, com lesão de órgão alvo, pois já havia desenvolvido retinopatia diabética. Também possuía diagnóstico de depressão e ansiedade. Era tabagista pesada e para o tratamento das patologias de base fazia uso de, no mínimo, 5 tipos de medicamentos diferentes e a partir de junho de 2015 passou a tomar nove tipos de medicamentos diferentes.

5.1.2. História pregressa

Atendimentos realizados no centro de saúde do DS Oeste entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015 e registrados em prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O primeiro atendimento foi realizado por profissional de enfermagem da ESF em 07/04/2014 com a seguinte descrição:

“Paciente relata que esteve com a pressão alta e foi para a UPA há 2 dias atrás. Diz que os medicamentos não estão abaixando a pressão. É diabética e está sem medicamento. Diz que a nortriptilina não está fazendo efeito: não está tranquila, não dorme direito. Não está tomando o lorazepam. Conduta: consulta médica.”

Nesta evolução não há registro de aferição dos dados vitais como pressão arterial nem de dados clínicos como a glicemia capilar. E apesar da conduta ser agendamento de consulta médica, não há registro de consultas neste dia.

O segundo atendimento da enfermagem ocorreu, aproximadamente, um mês após o primeiro, em 14/05/2014, quando uma sobrinha da paciente procurou a ESF buscando consulta para a paciente. Relatou que a tia *“perdeu o jogo das pernas e do braço esquerdo e que estava fazendo as necessidades nas roupas sem ver.”* Nesta ocasião foi orientada a

procurar o serviço de urgência UPA. Observa-se que caso a paciente tenha comparecido ao serviço de urgência será o segundo episódio no intervalo inferior a dois meses.

A primeira consulta com médico da ESF foi registrada em 16/05/2014 e não há relatos de desdobramentos das queixas do dia 14/05/2014. Também não há relatos de contra-referência da UPA para o Centro de Saúde. Chama a atenção a seguinte descrição: “*paciente ainda não realizou os exames indicados*” (sangue e eletrocardiograma). Por este registro podemos suspeitar que houvesse uma consulta anterior sem registro no prontuário eletrônico e que podem estar em prontuário físico ao qual não tivemos acesso. Também registrou o relato da filha sobre a mãe não enxergar bem e não ter controle urinário, bem como registro da pressão arterial e da frequência cardíaca. A paciente foi encaminhada para especialista em oftalmologia, solicitado ultrassom do aparelho urinário, novos exames de sangue e eletrocardiograma. Neste dia foram registrados dados da aferição da pressão arterial e da frequência cardíaca.

Uma das filhas da paciente retorna ao Centro de Saúde em 03/07/2014, recebe atendimento pelo profissional de enfermagem da ESF e pergunta sobre a dieta para a mãe que é diabética. O profissional registra “*oriento e marco nutricionista*”.

O segundo atendimento médico registrado ocorreu em 27/08/2014 no qual a paciente apresenta os resultados dos exames solicitados. O profissional registra o valor da glicemia capilar, pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória. Encaminha a paciente para dois especialistas, endocrinologista e nefrologista. E, ao descrever os diagnósticos do atendimento inclui o CID para doença cardíaca e renal hipertensiva.

A partir desta data não encontramos nenhum outro atendimento registrado em prontuário eletrônico no ano de 2014. Os atendimentos somente serão retomados em junho do ano seguinte por demanda da paciente.

Após esse período, em 11/06/2015, encontramos dois registros de atendimentos pelo mesmo médico, em horários próximos (10:38h e 10:40h), cujo motivo descrito no primeiro foi aferição da pressão arterial e no segundo, renovação de receita e relato de dor no ombro D. O valor da pressão arterial e demais dados vitais não constam em nenhum dos atendimentos. Neste dia, a conduta foi renovação de uma receita com oito medicamentos e inclusão de um nono medicamento para alívio da dor no ombro. Não há registros de abordagem da situação do último atendimento ao caso ter sido no ano anterior.

Uma das filhas da paciente retorna ao Centro de Saúde nos dias 14/08/2015 e 15/10/2015 e solicita renovação de receita para a mãe em ambos os casos. Nestes dois dias, a conduta registrada pelo médico da ESF é a prescrição dos nove medicamentos sem alteração de posologia ou quanto à forma e horário de administração.

Este estudo não possui como objetivo uma análise da história pregressa dos pacientes envolvidos, portanto, não aprofundaremos na discussão desse tema. Faremos apenas considerações relevantes sobre este caso com base nos registros documentais encontrados.

Percebemos que entre 2014 e final de 2015 recebeu vários atendimentos pelo Centro de Saúde a maioria por demanda da paciente ou de familiares, filha e sobrinha. No total foram 3 atendimentos de enfermagem e 6 atendimentos médicos registrados em prontuário eletrônico. Foram os mesmos profissionais que repetiram os atendimentos e ambos compõem a mesma ESF responsável pelo endereço de residência desta paciente. Também encontramos uma passagem pelo serviço de urgência, UPA, por iniciativa da paciente e uma segunda indicação de buscar atendimento na UPA por indicação da enfermagem. Trata-se de uma paciente idosa, acometida por várias patologias, em uso de diferentes tipos de medicamentos e que, no decorrer do tempo, teve seu quadro de saúde agravado.

Os atendimentos aconteciam pela mesma ESF, existia uma utilização ao longo do tempo, no entanto, não evidenciamos uma fonte regular de atenção, os atendimentos eram espaçados e atendendo basicamente às demandas pontuais. Temos relatos de encaminhamentos para nutricionista, oftalmologia, endocrinologia e nefrologia. No entanto, não temos registros dos desdobramentos desses encaminhamentos e dois deles não partiram de proposta de cuidado pela ESF detentora do conhecimento técnico e seguidora dos protocolos assistenciais, e sim, por solicitação da paciente ou de familiares. Aconteciam mais atendimentos às demandas latentes do que um levantamento das necessidades assistenciais ou a construção de um plano de cuidados. Os registros de atendimento não indicam uma atitude por parte da ESF no sentido de reconhecer os problemas de saúde, seu agravamento e manter-se responsável pelo cuidado. Por exemplo, não há indícios de busca ativa da paciente no período em que esteve sem atendimento, nem resgate à sua passagem pelo serviço de urgência.

5.1.3. Reconstrução da trajetória assistencial

Na manhã de 27/10/2015 a paciente Maria foi levada ao Hospital João XXIII, via SAMU, após sofrer uma queda de escada em sua residência, com relato de perda de consciência. Submeteu-se a avaliação clínica e a realização de exames como tomografia de crânio, de coluna cervical e eletrocardiograma. Constatou-se hemorragia intracraniana fronto-parietal à direita, de volume moderado, associado a pequenas contusões fronto-parietais, sem efeito de massa. Diante do quadro, a opção da neurocirurgia foi por tratamento conservador. Na tarde desse mesmo dia houve piora do quadro clínico com rebaixamento sensório e hipoxemia, sendo necessário intubação oro traqueal e sedação. Foram solicitadas interconsultas com outros profissionais e a paciente foi admitida no CTI no dia 29/10/2015 e, posteriormente, transferida para a UTI do mesmo hospital. Com o passar dos dias, necessitou de realização de traqueostomia e manteve alimentação por sonda. Apresentou episódios de pneumonias tratadas com antibióticos e há registros de hipertensão arterial importante e de difícil controle. Recebeu atendimento multidisciplinar.

A alta hospitalar aconteceu na manhã do dia 01/12/15 com o quadro clínico estável e estabilidade hemodinâmica, mantendo o controle dos níveis glicêmicos e dos níveis pressóricos. Alimentando por via oral e apresentando melhora progressiva no nível de consciência, porém ainda oscilante. Não fazia contato, apenas apresentava abertura ocular e respirava sem ajuda de aparelhos. Para o uso pós-alta, foram prescritos 7 tipos de medicamentos com diferentes posologias (1 vez ao dia, de 6 em 6 horas, de 8 em 8 horas e de 12 em 12 horas) e formas de administração (via oral e subcutânea). No sumário de alta não há registros de tratamentos complementares propostos e na parte de observações consta *“acompanhamento pelo PSF para controle pressórico e glicêmico. Orientações pela neurocirurgia”*. Encontramos apenas dois relatórios ou encaminhamentos. Um foi fornecido pelo serviço de dietética e nutrição dando orientações alimentares e o outro foi fornecido pelo serviço social. Este informa que a família havia decidido levar a mãe para a casa de uma das filhas que residia em bairro da regional Nordeste de Belo Horizonte e relata que *“segundo a filha, a mãe não vai se sentir sozinha por ter mais pessoas presentes na casa”*. A profissional orienta a filha para cadastrar a paciente o mais rápido possível no Centro de Saúde de referência e a levar cadeira de rodas para a nova residência, com a finalidade de facilitar o acesso da paciente após alta hospitalar.

O caminho para o conhecimento do caso e, assim, a reconstrução da trajetória assistencial teve como ponto de partida a entrevista com o paciente e/ou seus familiares. Este foi o momento de ter acesso aos dados documentais e de ouvir o relato do paciente e/ou familiares sobre todo esse processo. A primeira entrevista foi agendada com uma das filhas da paciente Maria por ser o contato indicado pelo serviço social do Hospital João XXIII e pela mesma informar que não seria possível entrevistar a mãe devido à sua condição de saúde. Esta entrevista foi realizada em 22/01/16, na residência da filha e trouxe muitos dados que enriquecem a análise do caso pela percepção de quem cuida.

Com relação à alta hospitalar e o início do cuidado domiciliar, a filha relata que *“está sendo muito difícil, desde o momento que saiu do hospital. A gente já tirou ela do hospital sem estrutura financeira, com muita dificuldade. (...) Ela (a paciente) depende de cuidados, acamada, fala pouco, baixinho. (...) A alimentação a gente fica super inseguro, porque a gente num sabe muito. (...) A comida é pastosa.”* Também informa que a mãe necessita de cuidados por diferentes profissionais e faz a seguinte descrição: *“clínico, fisioterapeuta e nutricionista para orientar essa alimentação e a parte da fisioterapia. E fono também. Que eu tava esquecendo da fono. E como ela não tá falando direito”*.

Neste momento, consideramos oportuno abrir um espaço para discutir o período de internação e o processo de alta antes de dar sequência à descrição dos registros documentais e aos relatos das entrevistas. Pelo relatado acima, constatamos um caso clínico grave que mobilizou atendimento por diferentes profissionais com saberes especializados e utilização de recursos tecnológicos para manutenção da vida e reestabelecimento da saúde da paciente. Tudo isso num contexto de 34 dias de internação. Percebemos a descrição de uma paciente bastante debilitada que demandaria muitos cuidados familiares e por profissionais de saúde no pós-alta, como por exemplo, por profissionais de reabilitação e especialidade médica para o quadro neurológico. No entanto, pelos registros documentais aos quais tivemos acesso não constatamos a representação desta situação. A descrição clínica do sumário de alta transparece a gravidade do caso, mesmo assim, não demonstram providências que disparem o cuidado necessário no pós-alta. Não havia tratamento complementar proposto apesar de ser um campo do formulário de sumário de alta. Também encontramos no campo encaminhamentos apenas a solicitação de *“acompanhamento pelo PSF para controle pressórico e glicêmico. Orientações pela neurocirurgia”*. Não evidenciamos abordagem para uma terapia fonoaudiológica, reabilitação física e funcional e necessidade de acompanhamento por especialista. Dessa

forma, constatamos um sumário de alta pouco explorado com campos importantes sem preenchimento pelos profissionais envolvidos no cuidado. Mesmo havendo relatório do serviço social, sendo uma paciente debilitada que passaria a residir em outro endereço, ou seja, com necessidade de cadastramento e vinculação a um novo centro de saúde, torna-se imprescindível o contato prévio com a ESF que se tornaria responsável por um novo caso tão demandante de cuidados. Na verdade, este é um fator que aumenta a necessidade de preparação para a alta e uma alta responsável. Também percebemos a necessidade de um rearranjo familiar para garantir o cuidado domiciliar e o desenvolvimento de habilidades técnicas para o cuidado. Esse treinamento dos cuidadores não ficou explicitado no momento da alta. Com exceção do relatório nutricional, não encontramos registros de treinamento de cuidadores e orientações de cuidados domiciliares.

Dando seguimento ao registro documental, o primeiro encontrado após a alta hospitalar foi realizado em prontuário eletrônico de um centro de saúde do DS Nordeste, no dia 28/12/15, pela médica da equipe de saúde da família (ESF). É referente ao primeiro atendimento mediante visita domiciliar na casa de uma das filhas onde a idosa estava residindo. A profissional colhe a história do período de internação, verifica medicamentos prescritos e avalia a paciente. Registra que *“no momento, apresenta dificuldade de deambulação, consegue se locomover com dificuldade e com apoio, necessita de acompanhamento de fisioterapeuta”*. Não há registros de dados vitais. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi diagnóstico a esclarecer com o CID Z039 – observação por suspeita de doença ou afecção não especificada.

Encontramos o segundo registro de consulta médica em 06/01/16 com a descrição de *“renovação de receita”*. Este procedimento foi realizado sem demais relatos ou anotações sobre o caso. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi diagnóstico a esclarecer com o CID Z039 – observação por suspeita de doença ou afecção não especificada.

Em 10/02/16 consta registro em prontuário eletrônico de visita domiciliar realizada pela fisioterapeuta da equipe NASF, juntamente com a agente comunitária de saúde (ACS). A profissional menciona que *“encontramos paciente deitada em um colchão no chão, no quarto dos netos, com forte cheiro de urina (...) a filha da paciente está trabalhando e o genro ajuda nos cuidados com comida e transferências. (...) Possui cadeira de rodas e de banho”*. Descreve uma paciente *“muito apática, não conversou durante o atendimento e não respondia com clareza as perguntas feitas”*. Relata que o genro não soube fornecer detalhes

da internação, mas disse que ela “*não quebrou nada*”. Informa que desde a alta hospitalar a paciente está bem debilitada e fica a maior parte do tempo deitada. Registra que o genro relata muita dificuldade em levar a paciente nas consultas e na fisioterapia, pois moram no quinto andar de um prédio com acesso somente por escadas e comunica que no mesmo mês a paciente retornaria para a sua residência em outro bairro. A fisioterapeuta registra o exame físico realizado e cita que a paciente está “*emagrecida, apática*”, descreve que não realizou movimentos ativos com os membros superiores, que apresentou pouca movimentação no membro inferior esquerdo e que foi colocada de pé com auxílio de 2 pessoas, mas não trocou nenhum passo. Informa conversa com o genro sobre a importância em realizar exercícios domiciliares, orienta quanto às mudanças de decúbito e sobre estímulos devido ao quadro de apatia da paciente. Indica acompanhamento em serviço especializado em reabilitação, fornece encaminhamento e deixa todas as orientações por escrito “*para que sua filha ficasse a par de tudo*”. Registra informações do genro sobre “*como não ficará mais aqui (a paciente), passará pros outros familiares estas orientações*”. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi idoso dependente com o CID F072 – síndrome pós-traumática.

O registro do terceiro atendimento pela médica da ESF possui data de 18/02/16. Não constam descrições de dados clínicos, queixas, exame físico, evolução, exames realizados ou conduta tomada. No prontuário apenas está preenchido a parte de diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi diagnóstico a esclarecer com o CID Z039 – observação por suspeita de doença ou afecção não especificada.

Este foi o último registro em prontuário eletrônico de atendimento prestado à paciente Maria por profissionais do centro de saúde do DS Nordeste. Após esta data a assistência passa a ser prestada por outra unidade de saúde, localizada em diferente distrito sanitário de Belo Horizonte.

Durante a entrevista com a filha da paciente Maria foi citados um centro de saúde do DS Nordeste, ao qual a usuária foi cadastrada após a alta hospitalar e a médica da ESF que realizou visita domiciliar. De posse dessas informações buscamos contato com o gerente do Centro de Saúde, conversamos sobre a participação na pesquisa e agendamos a primeira entrevista com a médica citada. No decorrer desta primeira entrevista, a médica citou a participação de outros membros da ESF nos atendimentos prestados à paciente, sendo o enfermeiro da ESF e a ACS. No mesmo dia e local conseguimos entrevistar esses outros dois profissionais. Os três profissionais da ESF citaram a participação da fisioterapeuta da equipe

NASF. Solicitamos o contato desta profissional e conseguimos entrevistá-la em 08/03/16 em outro centro de saúde do mesmo distrito sanitário.

Partes do conteúdo dessas quatro entrevistas serão apresentadas a seguir com o intuito de enriquecer nosso entendimento sobre o caso que estamos seguindo. Seguiremos a ordem em que profissionais foram entrevistados.

A primeira profissional entrevistada foi a médica da ESF. Após leitura da pergunta disparadora ela relatou que

“o acompanhamento da paciente Maria é um pouco difícil. Porque como ela é uma paciente acamada, ela demanda visitas domiciliares. E a gente tem uma série de pacientes que são acamados, então, a gente tem uma escalinha e a gente vai, segue aquela escala de prioridades. A dona Maria a gente visitou 3 vezes, sendo que teve visita também com fisioterapia. A fono ia, mas agora não deu pra ela ir por conta da mudança da dona Maria que retornou pro posto lá, acho que era...(nome do Centro de Saúde)”

Durante esta entrevista a profissional descreve que a paciente permanecia a maior parte do dia deitada em um colchão no chão, em um quarto pequeno e abafado que era dividido com os netos:

“A casa dessa filha era num predinho desses do... acho que é minha casa minha vida que tem aqui. Era no terceiro ou quarto andar. Então, era só escada. Não tinha como ela descer. Num tinha uma varanda nem nada. A gente até pediu pra gente botar ela no sol um pouquinho, mas num tinha nenhum espaço. E não era bem ventilada a casa. Era uma casa escurecida. Ela ficava mais tempo no quarto, deitada nessa cama. Que era um quartinho apertado que era a beliche de um lado e o espaço que tinha entre a beliche e o guarda-roupa ficava o colchão dela. Ficava deitada. E ali ela passava a maior parte dos dias. Ela era bem debilitada, tava bem debilitada mesmo(...) Totalmente dependente”

Também percebeu que

“ela tava tomando vários remédios que, na verdade, não estavam sendo dados. Que ficava um dia a filha dela e no outro eram só os netos. Era um menino de 16 anos e uma menina mais nova ainda e o marido dela (...) E, assim, o marido parece que não tinha, assim, muito cuidado”.(Entrevista com a médica da equipe ESF, DS Nordeste, no dia 18/02/16).

Com relação aos cuidados prestados, informa que realizou duas visitas domiciliares “foi uma em dezembro e uma em janeiro, final de janeiro”. Em ambos os casos não encontrou a filha da paciente que era a responsável pelo cuidado e solicitou que ela fosse ao Centro de Saúde assim que pudesse, sem necessidade de agendamento de horário e acrescentou que

“A filha dela veio aqui. Acho que a gente encontrou 4 a 5 vezes, porque quando ela tinha alguma demanda ela vinha aqui. Eu até dei meu telefone também. (...) Dava pra ela porta aberta. Toda vez que ela precisava ela vinha e conversava comigo aí a gente resolvia aqui”.(Entrevista com a médica da equipe ESF, DS Nordeste, no dia 18/02/16).

No primeiro encontro com a filha forneceu uma lista dos medicamentos que a paciente fazia uso, organizados por horário, nome e posologia e sugeriu que fosse afixado na porta do guarda-roupa para facilitar o entendimento dos netos. Quando questionada sobre os cuidados necessários após a alta hospitalar, a médica da ESF relata que a paciente possuía dois encaminhamentos, sendo um para o CREAB e outro para um ambulatório de fonoaudiologia que poderia ser do João XXIII. Não soube dar maiores detalhes sobre esses encaminhamentos e não encontramos esses documentos na entrevista com uma das filhas e em conversas posteriores com a mesma. Também relata que em reunião com a equipe NASF solicitou acompanhamento domiciliar por fisioterapeuta *“que era quem demandava mais”*, fonoaudióloga e nutricionista. E relata a dificuldade dos profissionais dessa equipe em realizarem visitas domiciliares *“Porque ela (a equipe NASF) fica aqui e em outras regiões”*.

Com relação à paciente ter recebido os cuidados que precisava, a médica relata que:

“Ah, eu acho que...não. Por que assim, como aqui é área de risco eu acho que, na verdade, o que ela precisava era de atenção, de uma atenção maior. Mais visitas. Mais aqui não tem como. É muita gente. A gente tem pacientes que utiliza O2. Tem muito, muitos pacientes mesmo com dificuldades que a gente precisa ir. Então, se a gente dá prioridade pra uns acaba que deixa outros. É, acho que por parte também da família tinha que ter um cuidador só pra ela coisa que não... ela também num teve”(Entrevista com a médica da equipe ESF, DS Nordeste, no dia 18/02/16).

A médica também menciona que não recebeu comunicado de alta pelo Hospital João XXIII e que a primeira visita domiciliar foi realizada uma semana após uma das filhas procurarem o Centro de Saúde para acompanhamento do caso.

O segundo entrevistado foi o enfermeiro da ESF que, após leitura da pergunta disparadora, mencionou:

“Se não me engano, a família veio e marcou no acolhimento de equipe uma visita. A gente foi duas vezes visitar ela. A primeira vez era próximo da alta, né! E deu pra acompanhar, assim, nessas duas vezes. Agora os encaminhamentos, gente, eu não lembro. Mas a gente foi duas vezes na casa da família. E a filha vinha muito na unidade, também. Ela vinha muito”.(Entrevista com enfermeiro da equipe ESF, DS Nordeste, no dia 18/02/16).

O profissional relata que não conhecia a família da paciente, pois eles moravam em uma “área nova”, recentemente incorporada à abrangência do Centro de Saúde. Pelo que pesquisamos, tratava-se de uma recente construção de um conjunto habitacional pelo Projeto Minha Casa, Minha Vida para 1.470 famílias, localizado na regional Nordeste de Belo Horizonte, divisa com o município de Sabará e distante do Centro de Saúde, aproximadamente 3,8 quilômetros, sendo necessário atravessar uma BR no traslado até a unidade de saúde mais próxima.

Reforça a descrição da realidade familiar quando menciona:

“a gente encontrou, a primeira vez, a paciente numa beliche no chão. Então, já dificulta pra levantar. Já dificulta o tratamento em si, porque ela não consegue sair fácil de casa. Pequena estrutura. Pequeno pras pessoas que moram. Então, realmente, é mais complicado pra ela. A gente encontrou ela bem debilitada. Quinto, quinto andar, era o último. Quinto andar. Escada, escada, escada. Então, dali a gente já percebia a dificuldade dela aderir aos tratamentos. Como é que a família ia descer e subir com ela?”(Entrevista com o enfermeiro da equipe ESF, DS Nordeste, no dia 18/02/16).

Sobre os cuidados que a paciente precisava confirmou a necessidade de acompanhamento clínico, fisioterápico, fonoaudiológico e nutricional. Já sobre a paciente ter recebido essas abordagens, o enfermeiro informa que:

“Ó, a gente conseguiu. (...) Na época que a gente foi visitá-la ela tinha encaminhamento pra um serviço específico, eu não me lembro se foi no João ou um outro ambulatório. Não sei se Santa Casa. A gente pode buscar essa informação.(...) O que a gente conseguiu aqui foi a fisio, que foi visitar na casa. A gente marcou uma visita para a fisio. Foi recente. Foi até por agora porque a agenda dela tá bem cheia. Só que, gente, fisio é muito complicado, porque ela não, ela não consegue um tratamento específico aqui. Ela encaminha para o CREAB. Então, é mais um deslocamento para a paciente. (...) O CREAB é o sagrada família. Então assim, se ela tiver que fazer fisio, sessões de fisio, a fisio do NASF não faz. Ela faz uma visita e orientação. Orienta a família. Ela não consegue acompanhar semanalmente, sessões. Então, ela vai encaminhar para o CREAB que eu achei que também é outra dificuldade para a paciente. (...) Se eu não me engano, a fono a gente tem também o mesmo esquema, ela via uma vez, visita, orienta, às vezes acompanha. Até que a nutrição num tem umas sessões semanais. Ela consegue ir uma vez, duas. Só que parece que ela tava inserida num serviço. A gente meio que, a gente vai eliminando algumas coisas que ela já tem a referência”.(Entrevista com o enfermeiro da equipe ESF, DS Nordeste, no dia 18/02/16).

Avaliamos a localização do CREAB de referência e constatamos que está distante, aproximadamente, 11 quilômetros da residência da paciente Maria.

O profissional termina explicando que no acompanhamento a esta paciente:

“não deu tempo da gente determinar um plano de cuidados. Assim, ela tinha vários encaminhamentos só que a gente viu muita dificuldade ainda na família. A gente começou a tratar a família, ver o cuidado, os medicamentos ainda. A médica trocou os medicamentos. Então, assim, a gente ainda tava naquela fase, assim. Duas visitas só por enquanto. Então, eu acho que tava recente a história dela”.(Entrevista com o enfermeiro da equipe ESF, DS Nordeste, no dia 18/02/16).

Neste contexto, a entrevista com a ACS oferece informações que enriquecem o conhecimento sobre o caso. Relata que na sua percepção:

“a família fazia o que podia.” E que *“O local, realmente, não tava compatível pra tá recebendo ela ali. As dificuldades, né. O ambiente. Os meninos, os adolescentes, perderam 10 dias de escola. Eles tavam revezando pra cuidar dela. E não podiam tá perdendo aula pra tá cuidando. E ela num tinha condição de colocar outro pra cuidar dela. Ela (a filha) trabalha de diarista, né”.*(Entrevista com a ACS da equipe ESF, DS Nordeste, no dia 18/02/16).

Quando menciona o trabalho da sua ESF descreve como ponto positivo o fato de possuir médico na equipe *“O que tá bom é que a gente, assim, tem uma médica na equipe. Coisa que a gente não tinha”*. A médica da ESF informa que exerce esta função há, aproximadamente, 5 meses.

A ACS acrescenta como dificultadores para o cuidado da ESF o seguinte:

“Porque, assim, é muita gente. Muito grande a área. Só tem eu de agente de saúde. (...) O ruim é que a pessoa chega aqui, busca atendimento, aí é atendida. Aí tem a demanda das agenda pelo fato de ser uma médica só. Aí, assim, a agenda fica lotada sempre. Aí o paciente fica naquela expectativa, aí até desiste. Fica muito longe. A marcação de exame demora muito. Então assim, tem muita coisa pra ser mudada, só que...”.(Entrevista com a ACS da equipe ESF, DS Nordeste, no dia 18/02/16).

Neste momento, a médica da ESF interrompe a entrevista para dizer que, dos profissionais de apoio clínico, contam somente com ginecologista, no momento, faltam o pediatra, o clínico geral e o psiquiatra de referência.

A última profissional a ser entrevistada foi a fisioterapeuta da equipe NASF. Dentre o relato colhido destaca-se o seguinte trecho:

“(...) ela tava bem dependente pra tudo, para todas as AVDs (Atividades de vida diária). Banho... até comida os netos que estavam dando na boca dela. E... quando depois que eu vi tudo, eu fiz avaliação motora, colhi todos esses dados a proposta a princípio seria, realmente, estar encaminhando ela para o CREAB que é a reabilitação a nível secundário, né. Mas aí vieram as questões que me impediram. A primeira questão é a que o genro falou que em uma semana ela estaria voltando para a casa da filha, que seria mais

fácil, porque lá era uma casa e não teria questão de escada para acesso. E a segunda questão é que ele não tinha como, realmente, levá-la. Caso eu encaminhasse para o CREAB, que é no PAM (URS) sagrada família, não teria como transporte e, principalmente, para tá subindo e descendo cinco lances de escadas. (...) Então, a minha parte, o que eu fiz foi orientar mobilização passiva, orientar questão de transferência, embora, com toda precariedade os netos transferiram do chão para a cadeira até com uma certa facilidade porque ela não tá obesa. Basicamente, a minha intervenção foi essa. E quando, logo que cheguei os centro de saúde, eu repassei para a equipe todas essas considerações, que ela, realmente, teria indicação de ir para o CREAB, fazer uma programação intensiva. Pra ela recuperar até essa questão de auto estima. Eu achei ela muito apática e a equipe concordou que a gente fica limitado por causa disso já que ela estava voltando pro centro de saúde de referência para eles darem continuidade lá”. (Entrevista com a fisioterapeuta NASF, do DS Nordeste, no dia 08/03/16)

Com relação aos cuidados necessários a fisioterapeuta informou que:

“(...) no meu caso eu ia pedir a intervenção tanto da nutricionista quanto da fono por causa dessa questão da fala, mas eu também não solicitei. Eu evolui no prontuário dela todas essas observações e deixei claro que pra próxima equipe pudesse fazer essas intervenções”. (Entrevista com a fisioterapeuta NASF, do DS Nordeste, no dia 08/03/16)

Sobre o tempo decorrido entre a alta hospitalar e a data da visita domiciliar a profissional relata que:

“Eu não me lembro ao certo. Eu só sei que quando foi passado esse caso na reunião de matriciamento que, geralmente, é numa sexta-feira eu marquei a visita pra ela em duas semanas. Como era uma visita mais distante que precisava de transporte, né, em duas semanas, a partir do momento que chegou o pedido pra mim eu já fiz a avaliação dela”.(Entrevista com a fisioterapeuta NASF, do DS Nordeste, no dia 08/03/16)

Neste momento, pedimos para a profissional explicar o que seria uma reunião de matriciamento e a mesma acrescentou:

“Então, basicamente essas reuniões acontece por equipe. (...) e a gente discute todos os casos. (...) Nesse matriciamento a gente resolve se vai ser avaliação individual, se vai ser visita domiciliar e quando que ele será atendido”.(Entrevista com a fisioterapeuta NASF, do DS Nordeste, no dia 08/03/16).

Neste ponto, finalizamos a descrição das entrevistas e daremos continuidade à análise da trajetória assistencial da paciente Maria estabelecendo um diálogo entre o conteúdo do registro documental e o das entrevistas até este ponto.

Pelos registros em prontuário percebemos uma descontinuidade do cuidado no percurso entre a alta hospitalar e o início da abordagem da ESF. Houve um intervalo de quase um mês entre a alta e o primeiro atendimento médico. A princípio, suspeitamos em uma demora por parte da ESF em iniciar o acompanhamento, no entanto, as entrevistas levantam uma possibilidade da família também não ter conseguido buscar o centro de saúde logo após a alta, dada a necessidade de cuidados diários que a paciente demandava e as dificuldades na organização do cuidado percebida pelos profissionais. Tais situações reforçam a necessidade de uma transferência do cuidado articulada entre os serviços de saúde responsáveis pela alta e continuidade do cuidado e entre a família. Ao que tudo indica, a programação dessa alta se deu unilateralmente pelo hospital sem a existência de um contato prévio com a ESF que assumiria o acompanhamento do caso.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), publicada em 30 de dezembro de 2013, estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O artigo 16 trata da alta hospitalar responsável e diz o seguinte:

“Art. 16. A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;

II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; e

III- implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS”.

Neste caso, os três itens para uma alta responsável não foram bem contemplados. A entrevista com a filha revelou ainda muita insegurança por parte da família para realização dos cuidados diários que a paciente necessitava. O que pode sugerir uma orientação quanto à continuidade do tratamento insuficiente. O contato prévio com a ESF também não ficou evidente e, para este paciente, consideramos que apenas um contato prévio com a ESF também não seria suficiente. Articular uma transferência de responsabilidade de cuidado torna esse processo muito mais abrangente e demorado. Seria como incluir no processo de alta o olhar da Atenção Básica/APS no cenário ao qual a paciente seria inserida, bem como, na avaliação da realidade social da família e nas possibilidades terapêuticas do cuidado institucional.

Essa articulação possibilita, entre outras coisas, a preparação do lar, a identificação de necessidades de treinamento dos cuidadores e a organização da equipe de saúde para o cuidado. Também pode revelar a impossibilidade da alta para o contexto existente e esse fato pode ser disparador da busca por outras possibilidades institucionais, tais como: acionamento de uma equipe de atenção domiciliar ou transferência para um hospital de reabilitação.

Uma alta responsável também precisa ser diferenciada de acordo com a complexidade do caso, a necessidade de cuidados após a alta e a realidade socioeconômica da família. Para casos mais simples apenas um contato prévio com o serviço que dará continuidade ao cuidado e a orientação dos cuidadores pode ser suficiente. Já para casos como o da paciente Maria é necessária uma profunda articulação entre serviços, um treinamento dos cuidadores familiares e uma avaliação da viabilidade desse cuidado acontecer no contexto social que será inserido. Os relatos das condições de moradia e da falta de uma estrutura de cuidado domiciliar feito por diferentes profissionais, a dificuldade financeira relatada pela filha da paciente e o momento de sobrecarga de trabalho vivenciado pelos profissionais são indicativos da necessidade de uma alternativa para a continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar com um suporte diferenciado. Essa continuidade pode ser realizada por uma equipe de atenção domiciliar específica ou pela transferência para um hospital de reabilitação que, no caso, o convênio do município é o Hospital Paulo de Tarso.

Vejamos que tudo isso está preconizado na PNHOSP e somente com a construção desse diálogo conseguiremos garantir uma integralidade na atenção aos pacientes hospitalizados que necessitam de continuidade do cuidado após desospitalização. Ao considerar a visão dos profissionais que estão no território de transferência do cuidado e mais próximos da família e da comunidade torna-se possível o surgimento de Redes Vivas para o fortalecimento assistencial. Esse diálogo pode ser iniciado entre profissionais do serviço social das unidades de saúde envolvidas e os impasses regulados por comissões ou referências técnicas. A visão central não é promover a alta em condições ideais de cuidado, mas a garantia de uma estrutura viável e real de continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar a fim de garantir direitos sociais.

Outro fator importante é avaliar o cuidado ofertado pelos profissionais da APS à paciente. Mesmo reconhecendo uma equipe sobrecarregada pelo número de população adscrita e pela falta de profissionais na ESF e de apoio, percebem-se algumas lacunas no cuidado prestado. O primeiro atendimento médico termina com a aplicação de um diagnóstico

inespecífico e o acionamento apenas da especialidade, fisioterapia. Essa inespecificidade do diagnóstico foi encontrada nos atendimentos subsequentes o que indica um não entendimento da gravidade do caso e, conseqüentemente, dificulta a oferta de assistência necessária.

Apesar do enfermeiro conhecer o caso, relatar participação nas visitas domiciliares e ser citado em outras entrevistas não há registro de atendimento da enfermagem em prontuário eletrônico. Aliás, comparando os registros em prontuário eletrônico com os dados fornecidos nas entrevistas percebemos um grande distanciamento com relação ao número de atendimentos e, também, com relação ao conteúdo dos mesmos. Não encontramos registros do recebimento do caso via acolhimento nem dos atendimentos prestados à filha da paciente na busca de cuidado para a mãe. E nos registros encontrados poucas informações sobre o caso ou proposta terapêutica eram fornecidas, com exceção do atendimento prestado pela fisioterapeuta que estava bem descrito. Dessa forma, constatamos um sub-registro na pesquisa documental que pode prejudicar um acompanhamento multidisciplinar e a transferência do cuidado para outro Centro de Saúde.

Durante a entrevista com o enfermeiro ele descreve que estava em uma “fase inicial do cuidado” e atribui esse fato à necessidade de preparar a família para o cuidado. Sabemos que o retorno para o domicílio é sempre mais complexo do que se imagina no ambiente hospitalar e, nem sempre, o tempo que a ESF teria para oferecer não condiz com a urgência do caso. No total, foram registrados em prontuário eletrônico três atendimentos médicos, sendo apenas uma visita domiciliar e outra visita domiciliar realizada pela fisioterapeuta. Para os atendimentos médicos, entre o primeiro e o segundo o intervalo foi de 9 dias, já entre o segundo e o terceiro o intervalo de tempo foi de 43 dias. Também constatamos que a visita domiciliar realizada pela fisioterapeuta ocorreu somente dois meses e nove dias após a alta hospitalar. Assim, percebemos que dois fatores podem ter ocorrido independente ou concomitantemente: os profissionais não perceberam ou não atribuíram ao caso a prioridade necessária e/ou perceberam a prioridade e não conseguiram realizar ou não realizaram o acompanhamento necessário.

Outro fato a ser considerado corresponde aos profissionais valorizarem a expectativa da paciente retornar à sua residência e, com isso, deixaram de manter um atendimento mais frequente e intensivo. A equipe percebeu essa situação como limitadora do cuidado, mas poderia ter enfrentado como uma necessidade de preparar a família para o retorno da paciente

ao seu lar e de estabelecer um contato ou encaminhamento para a unidade de saúde que receberia a paciente e continuaria o cuidado.

A reconstrução da trajetória assistencial da paciente Maria será continuada a partir dos registros documentais do acompanhamento prestado por profissionais de outro centro de saúde localizado no DS Oeste de Belo Horizonte, sendo a mesma unidade de saúde que acompanhava a paciente antes da internação em 27/10/2015.

A primeira evolução em prontuário eletrônico ocorreu em 22/02/16 pela assistente social. Registra atendimento a uma das filhas da paciente e relata que a usuária está residindo em sua própria casa, com o marido que é idoso e não possui aposentadoria, uma sobrinha que trabalha fora e outro familiar que está desempregado. A idosa não possui renda e a filha, que não possui renda fixa, ajuda nas despesas. Esta é casada e reside em outro bairro. A filha solicita acompanhamento domiciliar por médico, fonoaudiologia, nutricionista e fisioterapeuta. Informa que a paciente está muito debilitada, verbaliza pouco e está acamada. Acrescenta dificuldade para ter cuidador formal e de transporte para tratamentos especializados. Relata possibilidade de outra filha passar a morar na casa da mãe para ajudar nos cuidados, mas esta está grávida e possui outros filhos. A filha apresenta encaminhamento da fisioterapeuta do centro de saúde do DS Nordeste ao CREAB Leste (Sagrada Família), datado de 10/02/16.

A usuária não possui cadastro de pessoa física (CPF) ativo, o que dificulta a aquisição de procuração legal e outros procedimentos previdenciários. A assistente social orienta quanto ao fluxo de atendimento pelo Centro de Saúde, pelo programa de saúde da família (PSF) e pelo NASF. Repassou o encaminhamento do centro de saúde do DS Nordeste à enfermeira da ESF. Encaminhou a filha para a Receita Federal a fim de regularização do CPF. Realizou contato com o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e encaminhou a filha da paciente para realização de cadastro no local. Forneceu orientações previdenciárias para concessão de benefício assistencial à pessoa com deficiência e solicitou retorno após regularização do CPF. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foram problemas sócio-econômicos com o CID Z60 – problemas relacionados com o meio social.

Em 11/03/16 a enfermeira da ESF que recebeu o caso no dia 22/02/16, repassado pela assistente social, realiza o primeiro registro em prontuário eletrônico. Encontramos dois registros para o mesmo atendimento, cujo segundo acrescenta dados do primeiro. Em ambos consta que uma das filhas da paciente compareceu ao centro de saúde para agendar visita

domiciliar e discutir problemas de saúde da mãe. Relata que orientou a filha e agendou consulta médica para a paciente que será levada ao centro de saúde para atendimento. Também forneceu receita para compra de fraldas geriátricas. Não há registro de diagnósticos para esses atendimentos.

O primeiro registro de atendimento médico após a mudança de endereço consta do dia 14/03/16 pelo médico da ESF. Relata que a paciente compareceu ao centro de saúde para avaliação após sofrer um acidente vascular cerebral (AVC) e que está com dificuldades para locomoção. Apresenta linguagem escassa e enrolada com desvio da comissura labial. Descreve presença de úlcera por decúbito e solicita avaliação por nutricionista, fisioterapeuta e encaminha para especialidade médica em geriatria. Registra mais alguns dados do exame físico como ausculta cardíaca, pressão arterial e frequência cardíaca. Prescreve e mantém o uso de 6 medicamentos. Escolhe como diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi hipertensão arterial moderada com os CIDs para hipertensão essencial (CID I10) e sequelas de doenças cerebrovasculares (CID I69). Tivemos dificuldade em interpretar o conteúdo deste registro devido à forma de escrita das palavras. Trata-se de um profissional de outra nacionalidade que atua no Brasil através do Programa Mais Médico.

Em 30/03/16 a fisioterapeuta NASF registra realização de visita domiciliar à paciente com a presença da agente comunitária de saúde (ACS). Encontrou paciente *“deitada no sofá”* e, no momento, estavam na residência duas filhas e o marido da paciente. Relata que a paciente *“sofreu TCE após queda de escada em outubro de 2015”* e que antes deste evento *“deambulava e falava normalmente”*. Ao exame percebe que a paciente *“atende pouco ao comando verbal, verbaliza esporadicamente, percebo hemiplegia à esquerda e paresia em membro inferior direito”*. Registra relatos das filhas quanto à *“área de sofrimento sacral, alimentação com dieta em consistência pastosa devido à dificuldade de deglutição e constipação intestinal há 14 dias”* em uso de medicação para alívio sem prescrição médica. A profissional orientou mudanças de decúbito, utilização de dispositivo para alívio de pressão em região sacral, realizou exercícios e tentou que a paciente assumisse a postura de pé com apoio de duas pessoas, sem muito sucesso. Também repassou orientações sobre os exercícios às filhas da paciente e solicitou visita domiciliar com fonoaudiologia e nova consulta médica. Manteve o acompanhamento com provável retorno no mês de abril e relata que a visita domiciliar com nutricionista já está agendada. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi idoso dependente com o CID S06 - traumatismo intracraniano.

Encontramos um novo registro em prontuário feito pela fisioterapeuta em 12/04/16, no entanto, não há relato do atendimento. Possui somente a descrição dos diagnósticos e da conduta. Os Diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi idoso dependente com o CID S06 - traumatismo intracraniano. E a conduta: encaminhamento para especialidade e retorno.

No mesmo dia, a nutricionista da equipe NASF registrou dados da visita domiciliar ocorrida no dia anterior (11/04/16). Relata que a paciente possui 3 filhas e duas estavam presentes durante o atendimento e registra *“Filha reclama que mãe ficou 14 dias sem evacuar, teve que ir para UPA, fazer lavagem intestinal, mas não resolveu (...) intestino não tem soltado com métodos naturais”*. A profissional descreve a história de queda e internação, medicamentos em uso e diagnósticos clínicos. Também registra que a paciente permanece com dieta em consistência pastosa e que *“não tem exames para mostrar”*. Realizou um recordatório alimentar do dia anterior, forneceu orientações nutricionais e solicitou interconsulta com dois profissionais: médico *“para que ele prescreva laxante natural”* e fonoaudióloga *“devido aos engasgos da paciente com água”*. Os diagnósticos deste atendimento foram: o motivo do atendimento foi diagnóstico a esclarecer com o CID Z039 - observação por suspeita de doença ou afecção não especificada. E a conduta foi encaminhamento para especialidade.

O último atendimento que a paciente recebeu foi em 20/04/16 pelo médico da ESF que registra:

“Filho que veio porque sua mãe faleceu foi atendida por duas unidades de saúde (SAMU) eles não fez atestado de óbito, o filho relata que ela comenzo a suar deitada e teve perda do conhecimento parada cardiaca faz visita domicilio para verificar e preenchar atestado de óbito.”

Também registra dados do exame físico realizado no domicílio e fornece o atestado de óbito. Os diagnósticos deste atendimento foram: motivo do atendimento foi outros com o CID R99 - outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade.

A partir de agora enriqueceremos os dados encontrados na pesquisa documental com os achados das entrevistas com os profissionais que acima mencionamos. As entrevistas foram realizadas no centro de saúde do DS Oeste e todos os profissionais estavam presentes durante a coleta dos dados. Seguimos a ordem encontrada nos registros documentais para guiar as narrativas: enfermeira da ESF, médico da ESF, fisioterapeuta NASF e nutricionista

NASF. Todas as entrevistas foram iniciadas com a leitura da pergunta disparadora: Você acompanhou a paciente Maria que sofreu um acidente, ficou internada e recebeu alta com necessidades de tratamentos e cuidados. Conte-nos sobre como tem sido a experiência de acompanhar esta paciente?

A primeira entrevista aconteceu com a enfermeira da ESF que iniciou informando o seguinte:

“Foi um atendimento, relativamente, rápido. Quando ela veio aqui pra essa área a filha dela procurou, me procurou falou que ela tava na equipe e que precisava de visita domiciliar. Então eu passei pra ela como é que é o critério que é o cronograma das visitas. Na equipe nós temos um problema que a... a visita é uma vez por mês ou no máximo duas vezes por mês. Porque o médico da equipe como é do programa Mais Médicos tem um dia que ele não vem aqui. Então, com isso, a gerente pra tornar mais eficiente o trabalho dele aqui coloca tudo, todas as coisas que a gente tem que fazer fora da unidade num dia só. Então, isso deu um impacto muito grande em tudo o que a gente fazia, nas reuniões de equipe e nas visitas domiciliares. Então, eu passei pra ela, marquei com ela a visita e expliquei pra ela que se não pudesse ir lá aqui ela poderia trazer a paciente aqui que a qualquer momento que ela chegasse aqui ela seria atendida. Então, ficou combinado assim”. (Entrevista com a enfermeira da ESF, DS Oeste, no dia 08/05/16)

Também acrescentou que:

“Aí a paciente a gente mandou o recado falando do dia da visita e a paciente não tava no endereço fornecido pela filha. Então, aí depois nós descobrimos um outro entrave aí. É que a paciente ficava na casa de uma filha que é de uma outra equipe. Então, no PSF é a microárea, é a área que é da equipe, não é o paciente. Então, a gente não vai atrás do paciente. O paciente mudou, ele é da outra equipe. E aí foi isso, aconteceu isso. Aí então, eu entrei em contato com a ACS da outra equipe e pedi pra ela dá o recado que a filha viesse aqui conversar de novo. Né, porque precisava explicar isso pra ela. Então, coloquei pra filha se ela queria continuar no endereço que ela tava e ser atendida por outra equipe ou se ela iria trazer a paciente para a nossa área. Ela se propôs a trazer a paciente para a nossa área. Então ela falou de todas as necessidades da mãe. Ela trouxe alguns... o sumário de alta e aí eu fiz os encaminhamentos todos necessários, né, iniciais. Então, foi feita a visita, foi encaminhado nas consultas, nas reuniões com o NASF. Foi encaminhado todos, todas as outras necessidades dela. Mas a filha dela voltou aqui várias vezes. Ela tava sempre querendo alguma coisa, querendo saber o que mais ela poderia fazer. Então, ela recebeu visita e foi passado como prioridade para o NASF. O NASF também marcou as visitas e foi tudo feito de acordo com o que foi planejado. E a paciente também chegou a vir aqui algumas vezes. Uma ou duas vezes eles trouxeram ela aqui para consulta. Duas vezes para consulta médica”. (Entrevista com a enfermeira da ESF, DS Oeste, no dia 08/05/16)

Com relação ao tempo entre a conversa com a filha e o agendamento da primeira visita, a enfermeira informou “*Dá no máximo uns 15 dias*”. Sobre quais encaminhamentos foram dados citou que “*Foi pra fisioterapia e pra nutricionista. Eu não sei se fono foi feito... foi também*”. E explica a forma de acionamento desses profissionais “*essa solicitação acontece uma vez por mês na reunião de matriciamento da equipe com o NASF. Mas, no caso dela, como era uma alta hospitalar, ela tinha prioridade. Então, isso foi passado fora da reunião*”.

A profissional descreveu como barreiras para o cuidado:

“a mudança de área, né. O problema das visitas da equipe que não são mensais. E, às vezes, se der sorte vão ser com quinze dias, mas se vier aqui no dia que já fez a visita vai demorar mais de quinze dias a visita. (...) Outro fator que também dificultou foi que, né, talvez assim, aconteceu só nesse caso é que vinha aqui a filha conversar. Eu tive um bom relacionamento com a filha. Eu num tive nenhuma dificuldade com essa filha dela. Mais, quem realmente cuidava dela eu num cheguei a conversar porque ela nunca vinha aqui”. Relativo aos facilitadores para o cuidado relatou “*Pois é, num to vendo nada de especial não*”.(Entrevista com a enfermeira da ESF, DS Oeste, no dia 08/05/16)

Buscamos avaliar uma sequência no cuidado e, para isso, perguntamos se a profissional acompanhou o que havia sido ofertado para a paciente Maria pelo Centro de Saúde anterior. Ela respondeu:

“Não. Eu só vi relatos. Né, que tinha sido encaminhado pra fisioterapia”.

O segundo entrevistado foi o médico da ESF que, após a pergunta disparadora, respondeu:

“Eu posso falar tudo que a enfermeira falou. Tudo que a enfermeira falou é o que eu tenho a falar sobre ela. Não tem outro mais. Foi encaminhada para.... Uma paciente é... muito perdões (questões). (...) Fumadora, tabagista demais. E aí, uso de muitos... sicofármacos (psicofármacos): clonazepan, amitriptilina, cloditina (cita outro nome que não consigo entender). Remédios que tiraram ela a uma demência pore uso de... antidepressivo. E a outra coisa também que foi que ela murava em una, uma casa de ato rico (alto risco). A casa dela morava, de ato rico”.(Entrevista com o médico da ESF, DS Oeste, no dia 08/05/16)

O profissional explicou que considerava a moradia de alto risco não por estar localizada em área de alto risco social e sim pelas condições da moradia.

Neste momento, outras duas profissionais fornecem informações. A enfermeira da ESF que relata:

“O médico também sentiu dificuldade de saber as condições do paciente porque ou o marido não sabia informar direito ou a filha não sabia informar direito ou tava lá era uma cuidadora que também não tinha muito o que falar. Então esse foi um grande dificultador pro trabalho dele. (...) a falta do responsável estar lá para passar os relatos para ele na hora”. (Entrevista com a enfermeira da ESF, DS Oeste, no dia 08/05/16)

E a fisioterapeuta da equipe NASF que procura explicar o seguinte:

“Na verdade, essa senhora tava na casa de outra filha que é da equipe X e não da equipe Y que é essa. E a cuidadora morava em outra casa. Então, como a equipe Y tem médico e a equipe X na época tava sem médico eles preferiram levar ela pra área da equipe Y pra ela poder ser acompanhada por médico (...) E a cuidadora nunca estava no dia da visita. Porque, na verdade, a gente num ia na casa que ela ficava, ia em outra casa”. (Entrevista com a fisioterapeuta NASF, DS Oeste, no dia 08/05/16)

Com relação aos encaminhamentos solicitados, o médico informa que encaminhou a paciente para as especialidades geriatria e endocrinologia. Relatou que a paciente chegou a consultar com o geriatra de referência em outro serviço de saúde.

Em seguida, iniciamos a entrevista com a fisioterapeuta da equipe NASF que forneceu o seguinte relato inicial:

“Bom, eu fiz a visita dia 30 de março, acabei de conferir aqui no prontuário, com a ACS da área que ela tava e tinha o marido e duas filhas presentes. As duas filhas que não cuidavam. E o dificultador eu achei esse, que a filha que cuidava não estava presente. (...) Falei da importância delas repassarem tudo o que eu falei pra cuidadora que não estava no momento. Percebi a importância da nutrição, que já estava agendada, porque teve um relato de 14 dias constipação intestinal. Aí ela tinha tido uma consulta há pouco tempo com o médico, que elas trouxeram a paciente aqui. Aí eu falei, vocês não comentaram com o médico esses 14 dias de constipação intestinal? Isso é muito importante. (...) Então, eu achei importante repassar o caso pro médico. Cheguei a comentar com a nutrição, que já tava com visita agendada. E a família relatou também muito engasgo da paciente, aí eu reforcei a importância da visita da fonoaudiologia também. (...) Eu já tava com o retorno agendado pra agora só que ela faleceu. Então, eu só tive um contato com ela, uma visita domiciliar”.(Entrevista com a fisioterapeuta NASF, DS Oeste, no dia 08/05/16)

Por fazer parte de uma equipe de apoio ao PSF esclarece como organizam o processo de trabalho:

“Os casos do NASF, a priori, são passados via reunião de equipe, matriciamento. Casos que a gente considera casos prioridade podem ser passados fora de reunião. O dela acho que foi passado fora de reunião, não foi? Egresso hospitalar a gente considera prioridade, então, a gente não espera porque a reunião só acontece uma vez por mês. Então, a gente não espera passar. Às vezes acontece de tá tendo essa reunião hoje, amanhã aparece um egresso hospitalar. Então, não vai esperar um mês pra passar. Então, assim que a equipe recebe já passa pra gente, a gente olha na agenda e já marca o mais rápido possível. (...) Quando é visita a gente vai no carro. Mas no caso dela, como era uma visita perto, a gente foi a pé. (...) O transporte oferecido pela prefeitura. Então foi isso, a equipe passou dia 14 de março, fora da reunião e eu fui lá dia 30. Quinze dias, mais ou menos. Mas isso varia, é de acordo com a disponibilidade da agenda. Às vezes acontece da gente marcar até antes, às vezes demora mais, depende”.

Ao final de todas as entrevistas perguntávamos se a profissional gostaria de acrescentar alguma informação. Esta profissional disse que sim, foi a primeira vez que isso aconteceu, e respondeu:

“Dela, não. Achei que a família é uma família muito exigente. É uma família que cobra muito. E que talvez não tenha tanto esse compromisso da coresponsabilização, porque a cuidadora tinha que tá lá e não tava. Então, eu senti a falta da pessoa ativa no cuidado durante as visitas. Porque não foi só minha. Aconteceu a mesma coisa com a nutrição”.(Entrevista com a fisioterapeuta NASF, DS Oeste, no dia 08/05/16)

A quarta profissional a ser entrevistada foi a nutricionista da equipe NASF que realizou visita domiciliar no dia 11/04/16 e descreveu que no dia do atendimento:

“Estavam presentes duas filhas apenas e, assim, não era a filha que fazia comida, mas ela sabia falar o que tinha sido feito pra mim. E aí ela tinha me feito a reclamação de que a principal queixa dela era a questão da constipação. (...) Ela me contou que esteve na UPA, que fez a lavagem intestinal, que da UPA mandaram ela de volta pra casa que depois ela teve que voltar porque não conseguiu remover. (...) Só que não havia nenhum exame na casa pra ela poder me mostrar. Aí eu senti falta de ter um exame, alguma coisa que dê pra gente consultar, algum relatório, relatório da UPA, qualquer coisa pra ser consultado. (...) Aí eu pedi interconsulta com o médico. (...) provavelmente, ela vai ter que fazer uso de algum laxante mesmo. (...) Mas que eu não posso prescrever porque sou nutricionista e não sou médica. (...) uma das filhas narrou que estava tendo engasgos com água, então eu pedi interconsulta com a fono”.(Entrevista com a nutricionista NASF, DS Oeste, no dia 08/05/16)

A ACS da ESF esteve presente em todos os atendimentos domiciliares, participou das entrevistas e forneceu o seguinte relato:

“Olha, né tudo o que eles já falaram e o ponto negativo, realmente, é a cuidadora não estar presente durante as visitas. Quando o médico foi não

estava. Com a fisioterapeuta não estava, nem com a nutricionista. Todas as vezes que a gente ia eu perguntava pela cuidadora e ela não estava, não pode ir, tinha outro compromisso. Tanto é que no dia do recordatório com a nutricionista foi feito pelo telefone. A outra filha ligou pra ela pra fazer o recordatório, pra saber o que a mãe tinha alimentado no dia anterior. (...) A cuidadora tinha que estar presente nas visitas do médico, da fisioterapeuta ficou na mesma situação”. (Entrevista com a ACS do DS Oeste, no dia 08/05/16)

Neste momento, surge um fato novo que seria a realização de visitas domiciliares pelo médico da ESF. A fim de esclarecermos a ocorrência desses atendimentos solicitamos confirmação do relato pela ACS. A enfermeira confirmou que o médico realizou duas visitas domiciliares e acrescentou “*Eu acompanho ele. A gente vai junto.*”

Recebemos alguns relatos sobre fatores que dificultam a realização do trabalho na percepção desses trabalhadores e selecionamos algumas descrições que resumem o que pretende ser dito:

“(...) pra mim, o principal é só a questão da agenda. Agenda tá mesmo complicada. O dia de visita é o dia que ele tem também. Tá, então, o principal é esse. Agora, como aqui é uma unidade básica, o que a gente tem que fazer é isso. A gente presta os cuidados que a gente é capaz de prestar aqui. Dentro do que é proposto, do que é possível aqui dentro desta unidade e encaminha o que não pode ser feito aqui. E agora um grande problema que eu vejo é por parte da família. De se responsabilizar, também, pelo cuidado. Porque nós somos responsáveis pelo cuidado, mas é diferente da responsabilidade deles. Eles são, praticamente, os executores. Nós somos os prescritores, talvez, né. E eles são os executores. E isso a gente vê em todas. Com algumas exceções, nós temos algumas honrosas exceções, mas este é um grande problema”. (Entrevista com a enfermeira do DS Oeste, no dia 08/05/16)

“Quanto ao NASF (...) Nós temos uma equipe pra atender dois centros de saúde e cobrir, no meu caso, mais um. Então, a gente tem essa questão da agenda também. A gente fica aqui na segunda e na terça e o dia que é disponibilizado carro pra fazer visita no centro de saúde é a segunda. Somo cinco profissionais, cinco ou seis. Seis profissionais. Então, a gente precisa fazer as visitas, assim, intercaladas. Muitas vezes a gente não consegue atender a demanda muito rapidamente por conta dessa questão aí do carro. Às vezes já tá tudo cheio. A gente faz visita toda segunda e, às vezes ocorre da equipe fazer visita junto com a gente e é num carro só (...) São 11 equipes. Particularmente, eu, ainda dou cobertura pra mais 3 ou 4 equipes.(...) São duas fisioterapeutas de 20h, 40h de nutri, 40h de educação física, 20h de fono e 20h de TO. E, atualmente, estamos sem farmacêutica na equipe”.(Entrevista com a nutricionista do DS Oeste, no dia 08/05/16)

Antes de encerrar a entrevista achamos pertinente abordar outras duas questões: a ocorrência do óbito da paciente e um resgate do acompanhamento desta paciente anteriormente ao trauma vivido.

Com relação ao óbito, a enfermeira da ESF informa que o genro procurou o Centro de Saúde para relatar a situação e solicitar o atestado de óbito. A profissional acrescentou que:

“Quando o paciente é acompanhado pelo centro de saúde é o médico da equipe que fornece o atestado de óbito. Falei com ele, providenciamos. (...) O médico foi lá, constatou o óbito, preencheu o atestado. (...) Eles tavam querendo saber como que é que encaminhava pra pegar gratuidade, né, do funeral dessas coisas. Aí eu liguei, a gerente também ajudou a ver lá na Santa Casa como é que era. Ligamos lá, procuramos saber. Passamos todas as informações pra eles, viu. (...) Tudo fiquei sabendo na hora e passei tudo pra eles. E assim que foi. Depois disso, eles num voltaram aqui mais”.(Entrevista com a enfermeira do DS Oeste, no dia 08/05/16)

Sobre o acompanhamento da paciente Maria anterior ao trauma dois profissionais manifestaram percepções com os seguintes relatos:

“Ficava muito dentro de casa. Não via ela na rua, nada. Acho que era por causa dos remédios, antidepressivos que ela tomava, que ficava muito em casa. Vinha mais o marido. (...) Ela não era paciente de tá toda semana aqui”. (Entrevista com a ACS do DS Oeste, no dia 08/05/16)

“Provavelmente, eu já atendia a dona Conceição antes desse acidente que ela teve, mas ela era de vir pouco aqui e nós temos mais de 3.000 pessoas na equipe. Então, eu não lembrava dela”.(Entrevista com a enfermeira do DS Oeste, no dia 08/05/16)

Com essas duas últimas falas finalizamos os registros e relatos relativos à paciente Maria e iniciaremos uma análise sobre a continuidade do cuidado a partir do retorno da paciente para sua residência.

A reconstrução de trajetória assistencial a partir da abordagem dos profissionais do DS Oeste demonstra a persistência de algumas questões também vivenciadas anteriormente. A primeira refere-se ao subregistro de atendimentos tanto em número quanto em qualidade das informações. Encontramos registros em prontuário eletrônico de 1 atendimento do serviço social, 1 atendimento de enfermagem, 2 atendimentos médicos, 1 atendimento fisioterápico e 1 atendimentos da nutricionista. Durante as entrevistas são citados duas visitas domiciliares realizadas conjuntamente pelo médico e enfermeira da ESF das quais não encontramos descrições em prontuário, além de relatos de discussões sobre o caso que também não foram registradas. Outro fator observado foi que os registros realizados pelos membros da ESF fornecem poucas informações sobre a paciente, apesar do prontuário eletrônico oferecer campos indicativos de itens importantes ao registro como: exame físico, evolução, dados vitais, situação referida e conduta. Percebemos que os profissionais de apoio, equipe NASF e

serviço social, dedicam maior esforço ao registro detalhado em prontuário. Também constatamos um registro inadequado de informações como a aplicação de CID inespecífico para um quadro clínico com diagnóstico mencionado em sumário de alta hospitalar e em registros anteriores no mesmo prontuário e a troca do diagnóstico de TCE por AVC em dois atendimentos. Por último, as informações fornecidas nas entrevistas revelam um distanciamento entre o conhecimento e a intervenção da ESF e o que está formalmente documentado.

Para Vasconcellos, Gribel e Moraes (2008), o prontuário é uma forma de registro em saúde definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A importância do registro em saúde é atribuída ao seu caráter estratégico para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional, atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho de serviços de saúde.

Sugere que a tecnologia eletrônica tem um grande potencial para aperfeiçoar a Atenção Primária à Saúde em áreas do registro em saúde, comunicação entre médicos e pacientes, compartilhamento de informação entre prestadores de serviços de saúde e rápido acesso à informação médica confiável.

No entanto, para que isso aconteça é preciso avançar na conscientização dos profissionais através de educação permanente e da criação de comissão de avaliação ou revisão de prontuário, na disponibilidade de computadores de qualidade, na manutenção adequada e oportuna dos computadores e na melhoria da tecnologia da informação a fim de evitar as recorrentes incomunicabilidades do banco de dados.

A segunda questão está relacionada com a continuidade do cuidado após a mudança de serviço de saúde. Percebemos que não houve correlação entre o cuidado ofertado pelos centros de saúde. Isso demonstra uma necessidade de transferência formal do cuidado quando em situações de mudança de área de abrangência. Podemos entender essa transferência como uma forma de encaminhamento responsável, uma vez que não configura um processo de alta

do cuidado de um nível assistencial para outro. A mesma dificuldade vivida pelo centro de saúde do DS Nordeste no momento da alta hospitalar foi transferida ao centro de saúde do DS Oeste. Tal situação pode gerar, entre outras coisas, uma descontinuidade na assistência ofertada e uma duplicidade de condutas. Na situação apresentada o maior impacto foi uma descontinuidade no cuidado. Com relação ao acompanhamento clínico, temos um registro de atendimento médico em 18/02/16 no DS Nordeste, porém sem evidência de ter sido um atendimento presencial pela falta de dados relatados e em 14/03/16 o primeiro registro médico no DS Oeste. Lembramos que a assistente social registra passagem do caso para a enfermeira da ESF em 22/02/16 e a entrevista com a enfermeira revela agendamento de visita domiciliar para o médico com posterior desmarcação devido ao fato da usuária não ser encontrada no endereço informado. O acompanhamento pela fisioterapia teve uma lacuna de tempo de 50 dias que poderia ter sido encurtado pelo referenciamento do caso anterior à mudança de endereço. Essa lógica também poderia ser aplicada ao início do acompanhamento nutricional, uma vez que a paciente recebeu a primeira visita apenas em 11/04/16, mais de quatro meses após a alta hospitalar em 01/12/15.

Na literatura o termo encaminhamento responsável ou a busca por fluxos formais de referenciamento e contra-referenciamento na APS são atribuídos, basicamente, aos encaminhamentos para serviços especializados. Mesmo assim, uma das funções da APS para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde é a Coordenação do Cuidado, entendido como manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS (STARFIELD, 2002), bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Outro ponto importante refere-se à capacidade da APS em ser resolutiva para o acompanhamento domiciliar de pacientes com a gravidade e o grau de necessidades como constatado com a paciente Maria. Encontramos relatos de diferentes trabalhadores relativos à priorização do acompanhamento à paciente Maria, reconhecendo a necessidade de visitas domiciliares e de formas de acionamento de outros profissionais diferenciada para pacientes desospitalizados. No entanto, quando reconstruímos a trajetória assistencial do ponto de vista da cronologia e do número de atendimentos ofertados percebemos que em ambos os centros de saúde o tempo disponível para o cuidado domiciliar é escasso, a possibilidade de ações em curto prazo é bastante limitada e a frequência dos atendimentos também é bastante comprometida. Em geral, os profissionais, mesmo na tentativa de priorização de um caso,

possuem uma “agenda” ou uma disponibilidade de horários para o cuidado no domicílio de um turno por semana e, no caso da ESF do CS do DS Oeste, de um turno a cada duas semanas. E o tempo mais encontrado para que os trabalhadores consigam iniciar uma abordagem no domicílio é de 15 dias a partir do conhecimento do caso. Dessa forma, a capacidade de ação dos profissionais não estava adequada às necessidades de cuidado da paciente.

O Ministério da Saúde normatiza as ações da APS mediante publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Dentre outras coisas, define que a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutive: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III – Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS;

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2012b).

O capítulo 4 da PNAB dispõe sobre a infraestrutura e o funcionamento da atenção básica e o item 4.2 detalha 12 (doze) características do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

I - Definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes;

II - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários;

III - Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

IV - Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

V - Prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita;

VI - Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;

VII - Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

VIII - Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

IX - Participar do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, unidade e município, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;

X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XI - Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; e

XII - Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos (BRASIL, 2012b).

Neste sentido, os profissionais da APS precisam cumprir suas funções na RAS diante de um processo de trabalho tão abrangente e complexo. E o item XII desse processo de trabalho apresenta que atenção domiciliar é destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e inclui um cuidado compartilhado com as equipes de

atenção domiciliar nos demais casos. Vivenciamos uma família na busca pelo cuidado de uma paciente bastante debilitada e necessitando de uma abordagem de tratamento intensiva no domicílio contrastando com profissionais da APS com realidades de trabalho que não possibilitava atingir a intensidade do cuidado necessário e que, de acordo com as atribuições do seu processo de trabalho, necessitavam de suporte por uma equipe de atenção domiciliar.

Por último, observamos que durante as entrevistas a maioria dos trabalhadores relatou algum tipo de dificuldade da família na organização do cuidado à paciente. Também conseguimos perceber que, diante dessa situação, surgiram abordagens diferenciadas pelos profissionais da APS. Os trabalhadores do primeiro centro de saúde assumiram uma atitude de cuidado e co-responsabilização com essa família, ao passo que os trabalhadores do segundo centro de saúde direcionaram suas falas para uma cobrança com relação à participação da família, repetindo o frágil vínculo que também existia no acompanhamento anterior ao trauma.

5.2. Paciente 2 – identificado pelo codinome José

5.2.1. Descrição o paciente

Usuário do sexo masculino, 62 anos de idade, estado civil divorciado, trabalhava como pedreiro, escolaridade não declarada e raça/cor descrita como parda. Histórico de uso abusivo e crônico de álcool, sem demais comorbidades, no entanto, não tinha vínculo com serviço de saúde e era resistente em cuidar da própria saúde. Morava sozinho e há algum tempo não mantinha contato próximo com os familiares e filhos. Atualmente, reside na casa da mãe já bastante idosa, juntamente com a família de uma irmã composta por marido e filha. A nova residência está localizada em uma área considerada de baixo risco social situada na regional Norte de Belo Horizonte. No local também funciona uma pequena fábrica de camisetas de onde provém a maior parte do sustento financeiro da família. Trata-se de uma empresa familiar na qual trabalham a irmã do usuário com seu marido e outro irmão. Segundo relato da mãe e da irmã do paciente, é uma casa bastante frequentada pelos parentes e os membros possuem laços familiares e comunitários fortes.

5.2.2. História pregressa

Realizamos uma busca por atendimentos realizados entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015 e registrados em prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Encontramos apenas 4 registros de atendimentos que aconteceram no ano de 2014.

Os dois primeiros atendimentos foram realizados no centro de saúde ao qual ele faz parte atualmente, porém, por diferente ESF. O atendimento ocorreu em 18/02/14, na modalidade Demanda Espontânea quando um paciente procura o serviço com uma queixa clínica. Primeiro foi atendido por profissional de enfermagem que informou que o paciente *“relata ser portador de hérnia em região inguinal a D, já fez cirurgia anteriormente, mas há uma semana evolui com dor local e exteriorização da hérnia. (...) Peço avaliação médica”*. Em seguida o paciente é atendido por médico que avalia o paciente, descreve dados do exame clínico e também registra que *“usuário com aspecto de etilista e ao ser questionado sobre consumo de bebidas respondeu afirmativo. Última dose ontem à noite”*. O profissional encaminha o paciente para cirurgia geral devido ao quadro de hérnia inguinal e prescreve o uso de anti-inflamatório por via oral.

Em dezembro de 2014 o paciente procura outro centro de saúde do DS Norte para atendimento também na modalidade Demanda Espontânea. Mais uma vez é atendido, primeiramente, por profissional de enfermagem que registra:

“Paciente informa que mudou-se há quase 1 ano para endereço que pertence à área de abrangência desta UBS (...) que há 4 dias iniciou com otalgia à E, sem febre”.

Nenhum outro dado ou informação é descrito neste atendimento e, aproximadamente uma hora depois, o paciente foi atendido por um médico deste centro de saúde. O profissional registra dados da avaliação do paciente e do exame físico, constata diagnóstico de otite média e prescreve medicação para tratamento.

A narrativa da história pregressa do paciente José fornece poucos dados para um entendimento aprofundado da sua condição de vida e de saúde anterior à internação. Percebemos que o paciente não possui vínculo com nenhum centro de saúde que seja responsável pelo seu endereço de residência, uma vez que não recebe atendimentos regulares e busca o serviço somente para sanar queixas clínicas.

Também nos desperta atenção quanto a possibilidade dos dois centros de saúde reproduzirem e reforçarem, mesmo que subjetivamente, este comportamento na abordagem ao usuário. Os atendimentos registrados visam apenas sanar ou dar encaminhamento à queixa apresentada. Em nenhum dos atendimentos encontramos propostas que iniciassem um processo de vinculação e de responsabilização pelo cuidado. Isso poderia ser disparado, por exemplo, a partir do agendamento de retorno para acompanhamento do caso ou de uma abordagem de retorno futuro para a realização de avaliação clínica de rotina. Mesmo os profissionais percebendo o etilismo e a mudança de área de abrangência não encontramos registros que indicassem uma proposta de acompanhamento com relação ao uso abusivo de álcool ou o acionamento da ESF para o cadastro oficial e vinculação do paciente ao seu centro de saúde de referência.

Tanto a postura do usuário em procurar o serviço de saúde esporadicamente e para tratar apenas o desconforto do momento quanto a dos profissionais em realizarem abordagens pontuais sem indicativo vínculo ou responsabilização pelo paciente nos remete à forma como lidamos com a saúde do homem e a necessidade de uma abordagem mais integral. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, publicada pelo Ministério da Saúde em novembro de 2009, visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Essa política revela, entre outras coisas, que:

“Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família na luta pela conservação da saúde e por uma melhor qualidade de vida.

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. (...)

(...) A compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção”. (Brasil, 2010).

Para Couto et al (2010), a organização e rotina dos serviços salientam que as instituições de saúde têm uma influência importante na (re)produção do imaginário social de

gênero que, por sua vez, tem repercussões na atenção oferecida à população. Os serviços de saúde destinam menos tempo de seus profissionais aos homens e oferecem poucas e breves explicações sobre mudanças de fatores de risco para doenças aos homens quando comparado com as mulheres. Essas ações reforçam os padrões sociais de masculinidade e feminilidade associados às noções de cuidado em saúde.

Este estudo não tem o objetivo de analisar a história progressiva dos pacientes envolvidos, mesmo assim, ela é parte do processo de conhecimento sobre o paciente que pretendemos seguir.

5.2.3. Reconstrução da trajetória assistencial

O paciente José foi encaminhado pelo SAMU ao Hospital João XXIII em 16/12/2015, com relato de crise convulsiva tônico-clônica generalizada, tratada com medicamentos e necessidade de intubação oro traqueal. Estava acompanhado pelo irmão que relata histórico de uso abusivo de álcool em período de abstinência de 1 mês. O paciente era atendido por neurologista do SUS de Belo Horizonte sem uso de medicamento anticonvulsivante. Foi submetido à realização de exames de imagem que evidenciaram atrofia cerebral difusa e outras lesões cerebrais, principalmente, em região frontal esquerda e temporal direita. Após iniciado o uso de anticonvulsivantes orais o paciente não apresentou novas crises. Durante o período de internação apresentou quadro confusional/delirante, com melhora progressiva. Recebeu alta hospitalar em 05/01/2016, após 20 dias de internação, em bom estado geral, respirando em ar ambiente sem auxílio de aparelhos, alimentando por via oral, apresentando hábitos fisiológicos preservados, movimentando os quatro membros e sem critérios infecciosos.

De acordo com os registros encontrados no sumário de alta a conduta escolhida foi: alta hospitalar com orientações e manter o uso de medicações prescritas. Já o tratamento complementar proposto foi o de procurar o Posto de Saúde para acompanhamento clínico. Não há registros de observações prescritas, detalhamento do quadro físico/funcional ou demais encaminhamentos solicitados. Também não encontramos relatórios fornecidos por outros profissionais.

Tanto no sumário de alta do hospital João XXIII quanto no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte localizamos descrições referentes a um período anterior de internação no Hospital João XXIII de 06/08/2015 a 11/11/2015, devido a

um traumatismo crânio encefálico (TCE) com contusões cerebrais, presença de hemorragia subaracnóidea e crise convulsiva após episódio de libação alcoólica. O paciente foi encontrado caído em via pública em 02/08/15, resgatado pelo SAMU e encaminhado para uma UPA localizada no DS de Venda Nova. Neste serviço de saúde iniciou-se tratamento para pneumonia aspirativa e o paciente evoluiu com crises convulsivas e rebaixamento do nível de consciência, sendo necessário intubação oro traqueal em 05/08/15 e transferência para o Hospital João XXIII no dia seguinte.

Durante esta primeira internação, a neurocirurgia optou por tratamento conservador. O paciente permaneceu internado em UTI, no entanto, não encontramos registros do número de dias, necessitando de ventilação mecânica e, posteriormente, submetido à realização de traqueostomia em 25/08/15. Apresentou vários episódios de traqueíte e utilizou alimentação por sonda nasointestinal. O desmame da ventilação mecânica foi considerado difícil, sendo concluído apenas em 18/09/15. Foi relatado o aparecimento de complicações clínicas como pneumonia aspirativa, hiperatividade simpática, colite pseudomembranosa, traqueíte, sepse de repetição e parotidite.

No mesmo hospital foi transferido da UTI clínica para o andar de cuidados prolongados e, por último, para a enfermaria. Neste setor fez progressão para alimentação por via oral e necessitou de novo tratamento para traqueíte. Recebeu alta em 11/11/15, após 95 dias de internação, apresentando quadro de confusão mental e dificuldade de deambulação devido ao grande período de internação.

No período entre a primeira e a segunda internação, ou seja, do dia 12/11/2015 ao dia 15/12/2015, o paciente recebeu atendimento por profissionais do centro de saúde responsáveis pelo endereço de residência dos familiares do paciente na regional Norte. O primeiro atendimento foi registrado no dia 19/11/2015, 7 dias após a alta hospitalar, pelo médico da ESF em visita domiciliar. O profissional relata os fatos da internação já descritos anteriormente e acrescenta que o paciente ainda estava com confusão mental, encontrava-se acamado e com dificuldade de deambulação. Descreve vários dados do exame físico como pressão arterial, frequência cardíaca, ausculta pulmonar e cardíaca e acrescenta “*sem desenvolvimento de qualquer déficit neurológico novo, sem escaras*”.

O médico da ESF também registra em prontuário eletrônico o seguinte relato:

“Pedem acompanhamento do NASF. Oriente desde já que terapia de reabilitação fica melhor conduzida no Hospital Paulo de Tarso e para

familiares procurarem o médico que atendeu no Hospital João XXIII para emissão da AIH (autorização de internação hospitalar)”. (Entrevista com médico de ESF do DS Norte no dia 17/03/16)

O profissional encaminhou o paciente para acompanhamento com neurologista do SUS, solicitou exames de sangue e registrou necessidade de retorno. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi alcoolismo com o CID F102 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, Síndrome de dependência.

Em 30/11/2015 encontramos o registro de um atendimento realizado pelo o enfermeiro da ESF, no entanto, nenhuma informação está anotada nos campos que compõe a Descrição do Atendimento e também não há registros de condutas ou de motivos do atendimento.

O médico da ESF registra realização da segunda visita domiciliar no dia 17/12/2015 e, ao chegar ao domicílio, é informado sobre a reinternação do paciente no dia anterior. Registra uma descrição do caso idêntica à do primeiro atendimento e informa que:

“Paciente foi intubado em 16/12/15 e reconduzido, após crise epilética a Hospital João XXIII. Oriento que familiares devem solicitar terapia de reabilitação após melhora clínica no João XXIII”. (Entrevista com médico de ESF do DS Norte no dia 17/03/16)

Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi alcoolismo com o CID F102 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, Síndrome de dependência.

Dois dias após alta do segundo episódio de internação hospitalar, o médico da ESF realizou visita domiciliar em 07/01/2016. Evoluiu em prontuário específico para saúde mental, relatou dados do sumário de alta e acrescentou que teve alta em uso 3 diferentes medicamentos (diazepan, fenitoína e risperidona) e que não apresentou novas convulsões. Registrou os achados durante o exame físico, incluiu que o *“paciente não permitiu aferir PA”* e que não foram observados déficits neurológicos novos após alta hospitalar e sem a presença de escaras. Prescreveu e manteve medicamentos indicados pelos profissionais do hospital João XXIII. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi epilepsia com o CID G408 – Outras epilepsias.

O enfermeiro da ESF também registra sua participação na visita domiciliar do dia 07/01/2016. Na descrição do atendimento relata que o paciente está com sequela de AVC recente, descreve dados do sumário de alta e acrescenta que o paciente demonstra *“momentos de agitação, chega a ficar agressivo verbalmente, em alguns momentos fala palavrões”*.

Relata ter bom suporte familiar e que apresenta uma bolha de sangue em região do calcâneo esquerdo. Ao contrário do médico, consegue aferir a PA e registra dados clínicos. A conduta adotada foi retorno, mas não especificou data provável. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi diagnóstico a esclarecer com o CID Z039 – Observação por suspeita de doença ou afecção não especificada.

Em 14/01/2016 acontece a primeira visita domiciliar da fisioterapeuta da equipe NASF, no entanto, o registro no prontuário foi realizado em 26/01/2016. Na descrição do caso relatou o episódio da primeira internação, registrou a ocorrência de TCE, do etilismo e das crises convulsivas. Descreveu avaliação do paciente e constatou que necessitava de pouco auxílio para realização das atividades de vida diária. Realizou exercícios com o paciente, informou quais seriam e orientou os familiares quanto à realização dos mesmos. Indicou na conduta que faria retorno, mas não especificou data. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi alcoolismo com o CID S069 – Traumatismo intracraniano não especificado.

Em 22/03/2016 o médico da ESF registra novo atendimento e utiliza, novamente, o prontuário de saúde mental. Informa que avalia resultados de exames laboratoriais e descreve que o paciente está *“bem adaptado ao uso de anticonvulsivantes, não se encontra em uso de bebidas alcoólicas, apresenta apenas alteração do comportamento em razão de sequela de AVC”*. Registra dados do exame clínico e prescreve medicação. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi alcoolismo com o CID F102 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool, Síndrome de dependência e Epilepsia (CID G408).

A segunda visita da fisioterapeuta foi registrada em 31/03/2016. Relata que o paciente estava em companhia da mãe e dos irmãos e que *“não esta realizando os exercícios fisioterápicos orientados, porém, está fazendo caminhadas diariamente”*. Ao exame percebe que o paciente deambula sem dispositivo auxiliar à marcha, mas possui déficit de equilíbrio dinâmico, fraqueza muscular leve e algumas diminuições de movimentação no ombro esquerdo. Considera o paciente independente para as atividades de vida diária. Orientou exercícios e propôs retorno sem especificar data. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi portador de deficiência física incapacitante com o CID S069 – Traumatismo intracraniano não especificado.

Em 11/04/2016 o médico da ESF registra atendimento por demanda do paciente que solicita relatório médico para levar ao serviço de perícia médica do INSS. Fornece o relatório e registra dados clínicos do exame físico que não possui alterações. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi epilepsia com o CID G408 – Outras epilepsias.

O terceiro retorno da fisioterapeuta acontece em 14/04/2016 e registrado em prontuário eletrônico em 20/04/2016. Informa que o paciente estava acompanhado pelo irmão e pela mãe, descreve que “*persiste resistência em realizar os exercícios orientados*” e observa o mesmo quadro funcional da visita anterior. Na conduta esclarece sobre a importância em realizar os exercícios prescritos, repassa exercícios já orientados e inclui outros. Propõe retorno e registra os Diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi acidente de trabalho com o CID S069 – Traumatismo intracraniano não especificado.

Em 24/05/2016 o paciente comparece ao Centro de Saúde para buscar atendimento. Primeiramente, é atendido pelo enfermeiro da ESF que não registra dados da consulta nem exame físico. Em seguida é atendido pelo médico da ESF que registra exame físico, fornece receita e relatório médico. Também informa que o paciente não possui queixas. Os diagnósticos deste atendimento: o motivo do atendimento foi epilepsia com o CID G408 – Outras epilepsias.

Este foi o último registro de atendimento encontrado em prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A partir deste ponto enriqueceremos os registros documentais com as informações fornecidas pelas entrevistas com o paciente e seus familiares e com os profissionais da APS indicados por eles.

A entrevista com o paciente e seus familiares, mãe e irmã, aconteceu no dia 12/02/16 na casa da mãe do paciente. Após os dois períodos de internação o paciente passou a residir com seus familiares. O usuário permaneceu presente durante toda a coleta de informações, porém, forneceu poucos relatos, apenas concordava com o que era descrito pela mãe e irmã.

A maior parte do tempo, a irmã do paciente conduziu a entrevista e iniciou com o seguinte relato:

“Nesse período que ele ficou em casa, tinha uma minha prima né mãe, que pagou uma fisioterapeuta e vinha, duas vezes na semana. Foi isso que ajudou muito pra ele andar e começar a fortalecer os músculos né, porque ele não tinha músculo nenhum. E essa fisioterapeuta ajudou muito nesse começo né. E a gente ficou nas alimentações e cuidando de tudo e ele foi recuperando aos poucos. Só que depois dessa segunda vez que ele internou,

ele já saiu medicado, e aí já foi mais fácil”. (Entrevista com a irmã do paciente José no dia 12/02/16)

Sobre o acompanhamento recebido pelo centro de saúde, acrescentou:

“O posto, nó! Eles fizeram um atendimento muito bom! Ele saiu do hospital, numa terça, quando foi quinta-feira os médicos do posto vieram fazer visita pra ele”.

“Já entraram em contato já, desde o hospital. O João XXIII entrou em contato. (mistura de falas de mãe e filha)”.

“Vieram, fizeram a visita e ficaram de conseguir fisioterapeuta e que era muito difícil, eles falaram. Porque já devia o João XXIII ter encaminhado para aquele, lá no, como é que chama, aquele que faz a recuperação”

“Mas eles não conseguiram, nisso, nesse período, ele passou mal. Ele não conseguiu o fisioterapeuta. Mas ele já tava sendo atendido porque a minha prima pagou o particular e ele já tava sendo atendido”.

“O posto queria que o João XXIII tivesse encaminhado. E inclusive voltamos no João XXIII mas já não tinha como, já tinham dado alta não tinha jeito, né? Mas assim, não teve problema não porque eu acho que ele já ficou tanto tempo no hospital, que a gente queria aís ele era próximo mesmo, que aí ele ficar sozinho no hospital já era complicado. A gente já queria ele mais próximo mesmo, entendeu? Porque ele ia internar e ficar lá né? No Paulo de Tarso ele tem que ficar lá, aí a gente já não queria isso”. (Entrevista com a irmã do paciente José no dia 12/02/16)

Com relação à comunicação da alta após o segundo período de internação a irmã do paciente informou que a ESF teve conhecimento pela família:

“Ficou sabendo porque o meu irmão foi lá, entendeu? Deram um papel pra ele levar lá no posto pra fazer os pedidos né, de medicamento e tudo, então ele foi no posto e pediu. Aí no outro dia vieram fazer a visita de novo. E já veio até a fisioterapeuta do posto”.

Também forneceu informações sobre o período inicial de cuidados no domicílio:

“Ele chegou sem condição nenhuma, na cama né. Você tinha de carregar o tempo todo no colo, levando para o banho na cadeirinha, aquela dificuldade toda. Inclusive o pessoal do posto falou que ele devia de contratar uma cama hospitalar. Ai a gente falou não, porque se não ele vai ficar dependente a vida toda na cama. E logo já começou forçando ele pra sentar, lá no João XXIII ensinaram alguns exercícios, aí meu irmão fazia, minha filha fazia, com ele à noite, entendeu? Fazia à tarde. E ele foi fortalecendo aos poucos. Porque ele já ganhou muito peso! Ele saiu de lá, na perna dele não tinha nada! Balançava assim, sabe, você fazia assim balançava. Então era assim, tudo a gente ficava vigiando na fralda. Aí teve uma diarreia muito forte, depois aprendeu com o marreco... que a gente vai adaptando que ele tem um vizinho aqui na frente que ele é enfermeiro, que ele fez muito

curativo na traqueo dele, sabe? E ajudou a gente demais também, a recuperar né? Não, não deixa ele na cama, tira ele da cama, põe ele sentado, força, força, força, ele foi forçando assim e foi lento né... e aí no dia que ele passou mal ele já tava andando”. (Entrevista com a irmã do paciente José no dia 12/02/16)

As entrevistas com os profissionais da APS aconteceram no dia 17/03/16, no centro de Saúde do DS Norte. Todos os profissionais da ESF estavam reunidos, sendo o médico, o enfermeiro, os 4 ACS e os 2 auxiliares de enfermagem. Solicitaram que as entrevistas acontecessem na presença de todos, mas somente o médico e o enfermeiro aceitaram participar da pesquisa.

Após uma explicação sobre a pesquisa e sobre a dinâmica das entrevistas, fizemos a leitura da pergunta disparadora. O médico da ESF foi o primeiro entrevistado e forneceu o seguinte relato:

“O interessante é que o seu José era um paciente que não tinha uma demanda pra gente no centro de saúde previamente ao acontecido. Os familiares dele são muito acessíveis, muito tranquilos, uma família com suporte. (...) O que eu, a gente, da parte da clínica mais sente falta é... as visitas a gente faz, tudo é tranquilo. Dentro das possibilidades eles não exigem muito. Mas o que mais a gente sente falta é a ida do paciente pra clínica de especialidade. (...) Não só a neurologia, mas todos os outros. A gente tem experiência aqui de demora no pedido de algumas especialidades de cinco meses. Isso pra gente é uma coisa difícil, sendo que a gente não pode pedir uma tomografia. A gente não pode pedir um eletroencefalograma. (...) Mas assim, o acompanhamento a gente faz dentro do possível. Adequando medicações. Inclusive nesse intervalo que acabou a fenitoína no mercado, então, a gente teve que fazer uma adequação da medicação. O irmão dele veio me procurar de manhã e só tinha fenitoína até a noite. O ácido valpróico. Então, a gente teve que nesse tempo fazer adequações sem a ajuda do especialista, com o conhecimento da gente. E uma outra coisa também é que o que eu achei um pouco estranho é que da saída do João XXIII pra casa, diferente de outros pacientes que a gente conhece, não todos, mas uma maioria, o acompanhamento do PAD, agora EMAD. Não teve esse acompanhamento”. (Entrevista com médico de ESF do DS Norte no dia 17/03/16)

Com relação aos cuidados que foram solicitados após alta hospitalar e quais a equipe conseguiu ofertar, o profissional informa que:

“Solicitaram acompanhamento da fisioterapia. E sendo que o NASF nosso só tem uma disponibilidade de acompanhamento fisioterápico e da terapia ocupacional, pela área ser muito grande, mais de 13 mil habitantes, eu acho, por volta disso. As visitas e o acompanhamento seria mensal. E pediram, inclusive, o pedido e o acompanhamento pro especialista, pra gente fazer. E inclusive o acompanhamento nosso”.

“A gente conseguiu ofertar o acompanhamento nosso. Porque me parece que a reunião de matriciamento com o NASF tinha sido dois dias antes e só seria no mês próximo. E aí eles já estavam com a agenda mais cheia”. (Entrevista com médico de ESF do DS Norte no dia 17/03/16)

Buscamos entender como a ESF se organiza para ofertar o cuidado necessário quando o paciente demanda atendimento domiciliar. Neste momento, o profissional esclarece que:

“A visita a gente tem um protocolo de prefeitura de Belo Horizonte que é o fato do paciente ser restrito ao leito, ao domicílio, perdão. E a gente tem que executar 3 visitas ao ano. Só que nesse intervalo parece que a gente foi lá até mais vezes. No intervalo da primeira internação até a segunda e depois da segunda internação por causa de uma alteração de comportamento que ele teve devido ao AVC. (...) Nesse momento agora a gente tá, infelizmente, com um estrangulamento de visitas por causa da epidemia de dengue. A gente tá tendo que dar suporte aqui (...) e a gente não tá podendo ter visita com tanta frequência como a gente gostaria ao seu José”. (Entrevista com médico de ESF do DS Norte no dia 17/03/16)

O profissional reforça em outros dois momentos e cita como facilitador a participação da família no cuidado ao paciente e descreve que:

“Deram um bom suporte a ele. (...) Aí fica mais difícil ainda o cuidado, a reabilitação. (...) Se ajudavam, ajudavam o paciente e nos ajudavam”. (Entrevista com médico de ESF do DS Norte no dia 17/03/16)

O segundo profissional a ser entrevistado foi o enfermeiro da ESF que iniciou com a seguinte narrativa:

“Então, quando ele saiu da primeira vez a nossa preocupação foi porque quando o paciente sai de alta o EMAD costuma dar um suporte no início. É tanto que o paciente estava traqueostomizado. Nós fomos lá, demos toda assistência à família em termos assim, quanto à mudança de decúbito. A família, realmente, dá um suporte muito bom. Ele não teve escara. Então assim, isso facilitou muito pra nós. E a questão também é que no caso dele esse núcleo NASF, fisioterapeuta, nutricionista e outros profissionais, no caso dele ficou muito difícil porque a mãe dele é uma senhora muito idosa, tem uma irmã que dá uma ajuda legal, mas pra eles fazerem os exercícios com ele ficaria um pouco difícil. Na época a gente até tentou ver se conseguia transferi-lo para o Paulo de Tarso. O que não é muito fácil, demora até 2, 3, 4 meses. E isso é ruim porque às vezes o paciente tinha uma possibilidade boa de recuperar a parte motora dele e se perde por causa disso aí. Mas, fora isso, em relação aos cuidados de enfermagem não tivemos muito porque ele não teve escara. As orientações que foram necessária quanto alimentação, dele ficar mais assentado, por exemplo, todas foram feitas e seguidas pela família”.

“O que eu acho que é muito difícil é quando precisa do especialista, aí os pacientes tem muita dificuldade. Demora muito, qualquer especialidade. A

consulta você consegue de uma maneira muito fácil. Essa parte da atenção primária é tranquilo na prefeitura. Na hora que passa pro secundário aí começa a ter muitos entraves. Porque uma avaliação neurológica, por exemplo, demora-se aí 6 meses pra conseguir. Então, quando a família tem um suporte bom aí ela corre de um jeito ou de outro, tenta através de amigos até que se consegue. Mas se a família não tem um suporte bom aí é só aguardando mesmo até sair a consulta que pode levar muito tempo e o cuidado do paciente fica bem fragilizado. (...)

“Mas assim, eu acho que dentro das possibilidades ele foi atendido prontamente. Agora tem uma outra questão também. O alcoolismo que é um grande problema dele, então, eu acho que poderíamos ter parceiros que pudessem trabalhar isso também. Vamos supor que aí ele melhora, né. Vamos supor que ele fique sem nenhuma sequela e aí a primeira coisa que ele fizer quando tiver uma certa condição vai ser beber. Então assim, que já tivesse outros parceiros pra se trabalhar essa parte aí. Quem sabe tentar ajudá-lo nesse problema maior dele que realmente é o alcoolismo. Talvez se não fosse o alcoolismo ele teria como fazer o tratamento dele, tomar as medicações corretamente e com isso evitaria dele ter essas crises convulsivas que acabaram trazendo grandes problemas pra ele e pra família também (...) se fosse um caso dele precisar de um psiquiatra. Nós não temos psiquiatra no posto”. (Entrevista com enfermeiro de ESF do DS Norte no dia 17/03/16)

O enfermeiro da ESF também esclarece como se dá a articulação com os profissionais que atuam na reabilitação do paciente e explica que:

“Nós temos uma reunião matricial uma vez por mês, onde a gente discute todos os casos com uma equipe multidisciplinar. Tem nutricionista, farmacêutico, fono... então qualquer demanda que a gente tenha de um paciente a gente passa nessa reunião. Mas devido a agenda delas, elas não atendem só o nosso centro de saúde, mas 3 ou 4 centros de saúde. Daí marca pra daí 15 ou 20 dias. E também assim, depende muito do suporte da família porque elas não vão lá todos os dias. Elas vão lá pra dar uma orientação aí se a família for uma família que ofereça um bom suporte ela vai fazer direitinho, senão, o paciente vai ficar todo prejudicado”. (Entrevista com enfermeiro de ESF do DS Norte no dia 17/03/16)

O profissional também relata que, atualmente, enfrentam como dificultador para o cuidado a questão do transporte e descreve dois tipos de situações:

“A prefeitura precisou fazer diminuiu bem a oferta de transporte. E isso tanto para a equipe quanto para o próprio NASF tem dificultado bastante. Porque o nosso dia de visita, por exemplo, tá sendo agora as segundas-feiras e tem paciente que demanda que você fosse lá, pelo menos, duas vezes ou 3 vezes e não tem carro outro dia. Nossa equipe tem uma área de abrangência muito extensa (...) Mesmo se você quisesse ir a pé não tem nem condições de se fazer isso. Isso, então, dificulta bastante”.

“Essa questão de transporte quando se precisa de ambulância, também é difícil porque tem que ser agendado com muita antecedência e mesmo assim, agendando com antecedência não se consegue aquela hora que o paciente precisa”.(Entrevista com enfermeiro de ESF do DS Norte no dia 17/03/16)

Após um período de 40 dias fizemos novo contato com o enfermeiro de ESF e agendamos nova visita para atualização do acompanhamento ao paciente e esclarecimento de dúvidas sobre o funcionamento do centro de saúde. Também tentamos contato com a fisioterapeuta da equipe NASF, mas infelizmente, não conseguimos agendar entrevista em tempo hábil para a inclusão nesta pesquisa.

A reconstrução da trajetória assistencial do paciente José evidencia dois períodos de desospitalização. No primeiro, encontramos registro em prontuário eletrônico de uma visita domiciliar realizada pelo médico da ESF, 7 dias após a alta hospitalar. A entrevista com o enfermeiro demonstra sua participação neste atendimento, porém, não encontramos essa informação na busca documental. Uma segunda visita foi realizada pelo médico da ESF, no entanto, o paciente havia reinternado. Também não houve registros de acompanhamento por fisioterapeuta. Na segunda alta hospitalar, foram encontrados registros de uma visita domiciliar realizada por médico e enfermeiro da ESF, dois dias após a alta; três atendimentos médicos ocorridos no centro de saúde; um atendimento de enfermagem também no centro de saúde e três visitas domiciliares registradas pela fisioterapeuta NASF, sendo a primeira realizada nove dias após a alta hospitalar. O atendimento subsequente teve um intervalo de 75 dias para acontecer e o terceiro foi realizado 14 dias após o segundo. Mesmo a família demonstrando gratidão e entendimento com relação ao acompanhamento recebido e viabilizando a contratação de profissional para suprir a demanda por reabilitação, percebemos que o acompanhamento fisioterápico não ocorreu em momento terapêutico oportuno o que compromete a resolutividade da atenção prestada.

Resgatamos o estudo já citado de Minayo e Deslandes (2009) que avaliaram as conexões das redes intersetoriais e multidisciplinares que articulam a atenção à vítima de acidentes e violências no SUS, percebendo como mais críticas as ações com pacientes em reabilitação. Destacam que os aspectos mais problemáticos foram o fraco acompanhamento pós-hospitalar; o deficiente transporte de pacientes sequelados; a descontinuidade na distribuição de medicamentos; o ainda insuficiente acesso ao atendimento domiciliar e acompanhamento sistemático destes pacientes pelas equipes de saúde da família e a baixa qualidade e deficiente treinamento para uso das órteses e próteses, o que as tornam

inadequadas. As redes de reabilitação avaliadas foram consideradas incipientes para a garantia das necessidades dos usuários, além da ausência de recursos humanos e materiais e concluem que todos esses equipamentos da rede necessitam de avanços para cumprir as diretrizes da política, tendo como principais desafios a criação de mecanismos de informação, sensibilização e educação, que devem incluir todos os atores envolvidos. (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Este estudo corrobora nossa percepção de que a reabilitação física foi a parte do acompanhamento que apresentou a maior descontinuidade do cuidado após a alta hospitalar em ambas as trajetórias assistenciais apresentadas. As narrativas das entrevistas e as informações fornecidas sobre os 3 centros de saúde demonstraram que os profissionais das equipes NASF não conseguem garantir atendimentos em curto prazo de tempo e com uma frequência necessária para pacientes com sequelas de traumas com o número de ESF e de centros de saúde dos quais são referência. A necessidade de maior oferta de transporte para realização de visitas domiciliares também foi relatada como sendo um dos entraves para a continuidade do cuidado. Também foram descritas dificuldades para o transporte de pacientes com restrições físicas para realização de consultas e tratamentos especializados.

Analisando os registros documentais constatamos prontuários bem explorados, com informações sobre a descrição do caso, o exame clínico, a conduta escolhida e a aplicação de CID pertinente ao caso. A única exceção foi de um atendimento da enfermagem sem descrição de dados. Enriquecendo as informações sobre o acompanhamento prestado com as narrativas das entrevistas, observamos um número mínimo de subregistro de atendimentos. Apenas a participação do enfermeiro na primeira visita domiciliar não foi registrada. O cruzamento dessas informações também revela a formação de vínculo entre o paciente, a família e a ESF.

Foi possível observar que houve comunicação entre o Hospital João XXIII e a ESF sobre a primeira alta hospitalar e que a segunda alta foi, diretamente, comunicada pela família do paciente aos profissionais do centro de saúde. Mesmo assim, isso não impossibilitou o atendimento oportuno por parte da ESF. Comparando o atendimento das equipes que acompanharam os dois casos apresentados, paciente 1 e paciente 2, percebemos que a equipe que teve maior disponibilidade para o agendamento de visita domiciliar foi a equipe que acompanhou o paciente José e que atua em área de menor vulnerabilidade social quando comparada às demais.

Existe um questionamento por parte da ESF com relação à alta para o domicílio de um paciente acamado, após longo período de internação acontecer sem o suporte de uma equipe de atenção domiciliar. Outra possibilidade levantada pela ESF, posterior à avaliação do paciente, foi de uma transferência para o hospital de reabilitação Paulo de Tarso. Essas necessidades também foram evidenciadas na reconstrução da trajetória assistencial da paciente 1. No caso do paciente José a ESF conseguiu iniciar um acompanhamento em curto prazo de tempo e o suporte familiar e comunitário permitiu um ambiente que potencializou a recuperação do paciente, culminando numa rápida transição para o acompanhamento ambulatorial que, segundo o enfermeiro da ESF, não apresenta dificuldades de agendamento.

5.3. Análise de conteúdo das entrevistas

Iniciaremos a fase final da análise e interpretação dos dados desta pesquisa mediante categorização das entrevistas/narrativas realizadas com os trabalhadores da APS buscando a análise do conteúdo destas.

Para Minayo (2009) a análise e interpretação na perspectiva da pesquisa qualitativa têm como principal foco a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar. No entanto, não precisa abranger a totalidade das falas e expressões dos interlocutores porque, em geral, a dimensão sociocultural das opiniões e representações de um grupo que tem as mesmas características costuma ter muitos pontos em comum ao mesmo tempo em que apresentam singularidades. Assim, ao analisarmos e interpretarmos informações geradas por uma pesquisa qualitativa, devemos caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um mesmo meio social.

Dentre os métodos de análise aplicados à pesquisa qualitativa escolhemos a Análise de Conteúdo. Essa técnica de pesquisa propõe a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação. Essa forma de análise foi bem sistematizada pela autora Bardin que a descreveu como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Em outras palavras, através da análise de conteúdo, podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, DESLANDES, 2009).

Por se tratar de um conjunto de técnicas, permite várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa. Neste estudo optamos pela Análise Temática que já foi utilizada nas fases anteriores e consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o que se pretende analisar. Utilizaremos como unidade de registro o conteúdo das entrevistas realizadas com trabalhadores da APS de Belo Horizonte e o procedimento metodológico desta etapa será a categorização.

“Podemos considerar a categorização como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero. As categorias são classes às quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico” (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Escolhemos três categorias de análise: Movimentos ou momentos de redes vivas com o usuário-guia; Continuidade do cuidado e Coordenação e responsabilização do Cuidado pela APS.

5.3.1. Movimentos ou momentos de rede viva com o usuário-guia

1. *Tem que ir no carro próprio. O carro é difícil também de agendar pra visita. Nosso horário de visita não é horário que tem carro disponível há não sei quanto tempo. Vai no carro próprio. Até tem, mas você tem que agendar e tem que marcar uma data e nossas visitas aparecem...(Enfermeiro, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
2. *Ela é minha vizinha, eu moro no residencial também. Primeiro chegou assim, transporte do SAMU com a filha dela. Uai gente, quem tá chegando? Aí ela falou: minha mãe vem morar comigo. Ela sofreu um acidente, caiu da escada, né? Aí nós trouxemos pra morar aqui com a gente. Nem foi meio de semana, assim de trabalho. (...)Me deu os documentos dela, né. Aí eu fui na casa, peguei os papéis, sumário de alta e tudo, trouxe pro posto e já inseri ela aqui no centro de saúde. Aí depois já passei o caso pro enfermeiro, né, onde foi feita a visita domiciliar. (ACS, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
3. *Eu até dei meu telefone para ela (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
4. *Às vezes ela vinha, eu tava no meu horário de almoço e atendia (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*

Neste momento, o que pretendemos encontrar e analisar é a noção de Rede Viva como modo de produção das conexões existenciais de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos. Essas conexões operam como agenciadores dos encontros entre os trabalhadores da saúde e seus pacientes, disparam o surgimento de novos arranjos no agir em saúde e

possibilitam nossa aprendizagem no campo da produção do cuidado e do conhecimento em saúde. Redes vivas são construídas nos territórios pela singularidade dos casos. Isso significa que algumas redes vão servir para determinada singularidade de cuidado e não para outras (MERHY et al, 2014a). Dessa forma, elas podem surgir ou se dissipar de acordo com a necessidade do cuidado.

A esse modo de produção de conexões, que cria oportunidades para os trabalhadores se encontrarem, negociarem, aprender no cotidiano de sua produção (EPS EM MOVIMENTO, 2014a) e que considera usuários produtores de movimentos e de saberes que constroem e partilham cuidados, denomina-se Redes Vivas (MERHY et al, 2014a).

Esse é um olhar sobre a micropolítica cuidado, ou seja, das relações que se estabelecem no cotidiano do trabalho em saúde (MERHY et al, 2014b) e que precisam ser observadas e consideradas como forma de gerar impacto na configuração das redes de atenção à saúde, aumentando a sua potência.

O recorte desse estudo é a perspectiva do trabalhador, sendo assim, os momentos de rede viva consideram a sua atuação no cuidado. Nas narrativas das entrevistas localizamos quatro brotamentos de rede viva durante o acompanhamento a um dos usuários-guia. Todos esses momentos foram percebidos no cuidado à paciente Maria e iniciados por diferentes profissionais dos do centro de saúde do DS Nordeste, responsável pelo cuidado logo após a alta hospitalar. Inicialmente, o enfermeiro relata utilização de veículo próprio na tentativa de agilizar a realização de visitas domiciliares aos pacientes acamados. Em seguida, a ACS informa atuação no caso para facilitar o cadastro da paciente no centro de saúde e iniciar o acompanhamento. Nos relatos 4 e 5 demonstram iniciativa da médica da ESF em facilitar a comunicação com a filha da paciente disponibilizando o seu contato pessoal e permitindo atendimento durante seu período de descanso.

Dessa forma, buscamos encontrar as conexões estabelecidas, no dia a dia do cuidado, entre trabalhadores e usuários para vencer a estrutura fechada das redes formais de atenção à saúde e linhas de cuidado e, com isso, conseguir suprir uma necessidade de saúde singular ao paciente acompanhado, sendo assim, esperamos que o trabalhador também possa produzir rede viva no seu encontro com o usuário-guia/paciente. A nossa aposta era que os momentos de rede viva surgissem como forma de potencializar as redes formais e linhas de cuidado instituídas, em especial, a linha de cuidado ao trauma.

Entretanto, os movimentos de rede viva que foram observados neste estudo surgiram para suprir lacunas que impedem a concretização da linha de cuidado ao trauma. A ausência de articulação do cuidado para uma alta responsável foi corrigida pela iniciativa da ACS em encurtar o caminho entre a família e a ESF. A insuficiência na oferta de transporte institucional, relatada pelo enfermeiro, foi superada pela realização de visita domiciliar utilizando o próprio carro. A impossibilidade em ofertar um atendimento domiciliar frequente e a ausência de uma equipe de atenção domiciliar estimulou a médica da ESF a criar atalhos de comunicação entre a família e a profissional de saúde, disponibilizando seu contato telefônico pessoal e acolhendo a demanda da família mesmo em horário não preconizado para o atendimento.

Dessa forma, constatamos que os trabalhadores da APS podem produzir redes vivas nos seus encontros com o usuário em busca do cuidado. Ao mesmo tempo, é importante observarmos que o surgimento dessas redes vivas aconteceu no início do acompanhamento pela APS, logo após a alta hospitalar. Essa constatação pode indicar que a fase de transição de cuidados seja crucial à continuidade do mesmo e, portanto, precisa de uma gestão que garanta sua efetividade e potência.

5.3.2. Coordenação, responsabilização e vínculo do cuidado pela APS

1. *Então, no primeiro momento que a gente encontrou com ela a gente ficou bem...chocada. Foi quando a gente resolveu que ia colocar ela como prioridade a mais. Que ia fazer visita a mais com ela por conta da situação mesmo (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
2. *Eu fiz uma listinha de... pedi pra filha dela vier aqui no dia que ela pudesse. Porque era muito difícil a gente encontrar ela em casa. Deixei porta aberta. Ela chegava qualquer hora aqui. O que ela precisasse. Ela acabou vindo aqui várias vezes. E...e a primeira vez que eu vi a filha dela eu entreguei um papel com um... eu tinha pegado as receitas que ela veio lá do hospital, do receituário dela. Ai eu fiz certinho, todos os dias, os horários de 7 às 12 da noite, de 7 à meia noite. Coloquei todos os remédios que ela tinha que tomar, porque a pressão dela era... toda vez que alguém ia lá e media a pressão dela voltava espantado. Ó, a pressão tá muito alta, tudo. E, assim, a gente sabia que não era por conta, não era por causa dos remédios que num tavam funcionando (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
3. *Porque, na verdade, a fisio daqui ela não visita. As visitas são assim, ela faz uma visita, explica a família como que é tal. Ai a gente discute todas as vezes que a gente vai visitar... discutia se ela tá fazendo os exercícios ou na (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
4. *Eu fiz duas visitas. Só que assim ver ela, falar com a filha dela, porque a filha dela veio aqui acho que a gente encontrou 4 a 5 vezes, porque quando ela tinha*

alguma demanda ela vinha aqui. Eu até dei meu telefone também, ela... (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).

5. *Na verdade, a área deles é uma área nova. Então, a maior, a maior, a gente tem metade da equipe que a gente não conhece. Metade da população da nossa equipe a gente não conhece. A gente vai conhecendo assim que eles vão demandando (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
6. *Ah eu tinha deixado a gente, a equipe toda tava porta aberta pra eles. Qualquer hora que ela precisasse da gente ela ia, ia chamar a gente. Tanto que ela veio. Vinha sempre. Às vezes, tava no meu horário de almoço, ela vinha, a gente conversava no meu horário de almoço (...) Ela vinha em horário de atendimento, eu atendia ela entre um paciente e outro. Sempre deixei pra ela porta aberta. A hora que ela precisasse ela sabia que podia vim aqui falar com a gente (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
7. *Eu até tinha feito acho que um encaminhamento pra ela. Não sei se foi pra ela, eu num to achando no sistema. Que foi do, da cadeiras de rodas, das duas, da cadeira de banho e de passeio e das fraldas (...) Normalmente, eles pedem e tem um local. Não sei se é no CRE, CREAB (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
8. *Então, normalmente a gente faz visitas em conjuntos, discute. Mais assim, a gente atende a demanda, porque não tem aquela programação toda por conta da área. São, acho, cinco mil pessoas pra cada equipe. Cinco mil e alguma coisa só a nossa equipe. Então, é muita gente pra um médico só cuidar, pra uma equipe só cuidar. Então, a gente atende a demanda. O que o paciente demanda a gente atende. Num tem aquele cuidado, aquela, aquele acompanhamento certinho que deveria ter (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
9. *A gente foi duas vezes visitar ela. A primeira vez era pro, próximo da alta, né! E deu pra acompanhar, assim, nessas duas vezes. Agora os encaminhamentos, gente, eu não lembro. Mas a gente foi duas vezes na casa da família. E a filha vinha muito na unidade, também. Ela vinha muito (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
10. *A gente começou a tratar a família, ver o cuidado, os medicamentos ainda. (...) Então, assim, a gente ainda tava naquela fase, assim. Duas visitas só por enquanto. Então, eu acho que tava recente a história dela. (...) Demanda um pouco mais pra gente se organizar, sabe, não é tão rápido assim pra gente conseguir. Muitas vezes a gente vai pra apagar um incêndio, fazer encaminhamentos, levantar o que tá faltando, e a gente viu ela muito debilitada mesmo (Enfermeiro, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
11. *Ela me deu os documentos dela, só. Como é que faz pra cadastrar ela e tal. Me deu os documentos dela, né. Ai eu fui na casa, peguei os papéis, sumário de alta e tudo, trouxe pro posto e já inseri ela aqui no centro de saúde. Ai depois já passei o caso pro Daniel, né, onde foi feita a visita domiciliar (ACS, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
12. *O caso dela foi passado na reunião de matriciamento da equipe e quando chegou o pedido dela era um critério que preenchia uma visita domiciliar, né. Pelo fato dela estar acamada, né. Então, a gente marcou e eu fui com a ACS na casa dela (Fisioterapeuta, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*

13. *E quando, logo que cheguei ao centro de saúde eu repassei para a equipe todas essas considerações, que ela, realmente, teria indicação de ir para o CREAB, fazer uma programação intensiva. (...) E a equipe concordou que a gente fica limitado por causa disso já que ela estava voltando pro centro de saúde de referência para eles darem continuidade lá (Fisioterapeuta, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
14. *Quando ela veio aqui pra essa área a filha dela procurou, me procurou falou que ela tava na equipe e que precisava de visita domiciliar. Então eu passei pra ela como é que é o critério que é o cronograma das visitas. Na equipe nós temos um problema que a... a visita é uma vez por mês ou no máximo duas vezes por mês. (...) Então, eu passei pra ela, marquei com ela a visita e expliquei pra ela que se não pudesse ir lá aqui ela poderia trazer a paciente aqui que a qualquer momento que ela chegasse aqui ela seria atendida (Enfermeira, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
15. *Os casos do NASF, a priori, são passados via reunião de equipe, matriciamento. Casos que a gente considera casos prioridade podem ser passados fora de reunião. O dela acho que foi passado fora de reunião. (...) Então, assim que a equipe recebe já passa pra gente, a gente olha na agenda e já marca o mais rápido possível (Enfermeira, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
16. *Ah, eu não sei. Nós não sabemos bem não [Com relação aos medicamentos prescritos serem fornecidos pelo centro de saúde] (Enfermeira, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
17. *Não. Eu num tava lembrada deles não. Ela num morava aqui, não. Provavelmente, eu já atendia a dona Maria antes desse acidente que ela teve, mas ela era de vir pouco aqui e nós temos mais de 3.000 pessoas na equipe. Então, eu não lembrava dela [Com relação ao acompanhamento da paciente anterior ao trauma] (Enfermeira, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
18. *Morava sim, mas não era de vir. Ficava muito dentro de casa. Não via ela na rua, nada. Acho que era por causa dos remédios, antidepressivos que ela tomava, que ficava muito em casa. Vinha mais o marido [Com relação ao acompanhamento da paciente anterior ao trauma] (ACS, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
19. *O interessante é que o seu José era um paciente que não tinha uma demanda pra gente no centro de saúde previamente ao acontecido (Médico, CS do DS Norte, paciente José).*
20. *Na época a gente até tentou ver se conseguia transferi-lo para o Paulo de Tarso. O que não é muito fácil, demora até 2, 3, 4 meses. E isso é ruim porque às vezes o paciente tinha uma possibilidade boa de recuperar a parte motora dele e se perde por causa disso aí (Enfermeiro, CS do DS Norte, paciente José).*
21. *Nós temos uma reunião matricial uma vez por mês, onde a gente discute todos os casos com uma equipe multidisciplinar. Tem nutricionista, farmacêutico, fono... então qualquer demanda que a gente tenha de um paciente a gente passa nessa reunião [sobre o acionamento da equipe NASF] (Enfermeiro, CS do DS Norte, paciente José).*

De forma geral, as entrevistas expressam que os profissionais da APS ao mesmo tempo em que assumem responsabilização pelo paciente, não concretizam essa proposta através do estabelecimento de vínculo e de coordenação do cuidado.

Distribuímos os fragmentos de entrevistas encontrados em núcleos de sentido para melhor entendimento dessa afirmação:

- Demonstram responsabilização pelo cuidado ao paciente (fragmentos de entrevista 1, 2, 10, 11, 13, e 14).
- Demonstram coordenação do cuidado (fragmentos de entrevistas 3, 12, 15, 20, e 21).
- Demonstram ausência de coordenação do cuidado (fragmentos de entrevista 7, 8, 9 e 16).
- Demonstram vínculo com o paciente (fragmentos de entrevista 4, 6 e 18).
- Demonstram ausência de vínculo com o paciente (fragmentos de entrevistas 5, 17 e 19).

Ao longo do acompanhamento a construção da coordenação do cuidado e do vínculo com o paciente aparece em alguns momentos e se desfaz posteriormente, como ondas de cuidado. Não observamos o fortalecimento do vínculo e da coordenação do cuidado com o passar do tempo. Nesse contexto, percebemos que não houve o estabelecimento de vínculo forte entre um usuário e um profissional de saúde, mas sim, de vários vínculos de menor intensidade entre um usuário e os diferentes trabalhadores. À medida em que um novo profissional assumia parte do cuidado iniciava-se uma possibilidade de vinculação que não atingia a sua plenitude.

Para a abordagem de casos complexos que necessitam de abordagem multidisciplinar a Política Nacional de Humanização (B2007) sugere a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) considerado como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Trata-se de uma variação da discussão de “caso clínico” e pressupõe a existência de quatro momentos que direcionam o trabalho da equipe: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação.

O PTS incorpora a noção interdisciplinar que reúne a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordadas as atuações de cada membro da equipe multiprofissional, incluindo o gestor do caso. Cada profissional de referência terá a sua atribuição de acompanhar as pessoas ao longo de todo o tratamento naquela unidade de saúde, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio conforme necessário e, finalmente, assegurando a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema (PINTO et al, 2011).

Essa ferramenta pode auxiliar a organização do trabalho multiprofissional e, com isso, promover maior vínculo e responsabilização entre os trabalhadores da APS e os pacientes com complexidade de cuidados.

O vínculo e a responsabilização referem-se ao conceito de longitudinalidade, identificado por Starfield como característica central e exclusiva da APS (CUNHA E GIOVANELLA, 2011). A essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde. Neste acompanhamento, está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente (BRASIL, 2007).

Já a coordenação do cuidado requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas que precisam de abordagens subsequentes pelo mesmo profissional ou por outros envolvidos no cuidado. Este reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça estes problemas. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção (STARFIELD, 2002).

Observamos nas entrevistas que os profissionais da APS buscam a construção da coordenação do cuidado quando ampliam a discussão do caso com outros profissionais e relatam essa discussão conjunta em reuniões de matriciamento. Mesmo assim, os relatos

apontam dificuldades em manter a continuidade do acompanhamento, fato que já foi relatado anteriormente, e em descrever condutas tomadas ou encaminhamentos realizados pelos profissionais.

5.3.3. Continuidade do cuidado

1. *A gente tava na verdade passando a dieta, tudo, por conta que a gente tava com uma demanda muito grande da fono aqui. Porque ela fica aqui e em outras regiões. Mais aí ela ia ser visitada também (...) Não. A fono e nutrição daqui não conseguiram ir (...) Ela [a fisioterapeuta] visitou uma vez (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
2. *Ela visitou uma vez. Porque, na verdade, a fisio daqui ela não visita. As visitas são assim, ela faz uma visita, explica a família como que é tal. Aí a gente discute todas as vezes que a gente vai visitar... discutia se ela tá fazendo os exercícios ou não (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
3. *Por que assim, como aqui é área de risco eu acho que, na verdade, o que ela precisava era de atenção, de uma atenção maior. Mais visitas. Mais aqui não tem como. É muita gente. A gente tem pacientes que utiliza O2. Tem muito, muitos pacientes mesmo com dificuldades que a gente precisa ir. Então, se a gente dá prioridade pra uns acaba que deixa outros (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
4. *Talvez se ela tiver ido pra algum lugar. Não sei se ela foi, realmente, pra casa do marido dela ou se ela foi pra casa dessa outra filha dela. Talvez em outro local que ela esteja, pode ser que seja melhor pra ela, mais aqui era muito difícil porque ela num tinha acesso à saúde da mesma forma que ela poderia ter em outro lugar (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
5. *Na verdade, a filha dela procurou a gente. Deu um papelzinho que ela tinha recebido alta, que ela precisava de acompanhamento (Médica, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
6. *A gente foi acionado pela demanda da...da técnica.(...) A família veio e marcou no acolhimento de equipe uma visita. A gente foi visita-la...são duas vezes [Forma de aviso da alta hospitalar] (Enfermeiro, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
7. *Então assim, se ela tiver que fazer fisio, sessões de fisio, a fisio do NASF não faz. Ela faz uma visita e orientação. Orienta a família. Ela não consegue acompanhar semanalmente, sessões. Então, ela vai encaminhar para o CREAB que eu achei que também é outra dificuldade para a paciente (Enfermeiro, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
8. *Cinco mil e tantos. A gente se perde um pouco nos fluxos. Os fluxos a gente até dá os encaminhamentos. A gente não tá conseguindo acompanhar o retorno, a contra-referência desse fluxo (...) E aí a gente tem essas dificuldades do deslocamento do usuário. Tem paciente que quer vir pra cá de carro. Fica ligando querendo um carro pra vir pra unidade básica que busca pra consulta e leva. Então, assim, a insuficiência familiar é muito grande ainda, nesse caso (Enfermeiro, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*

9. *No caso os familiares terão que levar ela no CREAB pra fazer o tratamento lá, porque não tem fisioterapeuta pra tá indo na casa do paciente fazendo o tratamento lá. Dá entrada lá no processo, aí eles olham a localidade mais próxima da casa pra tá fazendo o tratamento. Mas eu acho ela bem debilitada (ACS, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
10. *Depois que ele me contou a história toda, com as orientações que eu já tinha da nossa reunião de matriciamento eu falei: agora o quê que a gente vai poder fazer pra ajudá-la? (...) A proposta a princípio seria, realmente, estar encaminhando ela para o CREAB que é a reabilitação a nível secundário, né. Mas aí vieram as questões que me impediram. A primeira questão é a que o genro falou que em uma semana ela estaria voltando para a casa da filha, que seria mais fácil, porque lá era uma casa e não teria questão de escada para acesso. E a segunda questão é que ele não tinha como, realmente, levá-la. Caso eu encaminhasse para o CREAB, que é no PAM Sagrada Família, não teria como transporte e, principalmente, para tá subindo e descendo cinco lances de escadas (Fisioterapeuta, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
11. *Eu, no meu caso eu ia pedir a intervenção tanto da nutricionista quanto da fono por causa dessa questão da fala, mas eu também não solicitei. Eu evolui no prontuário dela todas essas observações e deixei claro que pra próxima equipe pudesse fazer essas intervenções (Fisioterapeuta, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
12. *Então, assim, tem coisas que a gente mesmo propondo, mesmo sabendo... o transporte pra levar em determinados lugares é um deles, né. Que acaba que a gente não consegue resolver isso tudo. Né, mas, por exemplo, uma visita da equipe médica ela teve. O médico, né, o PSF foi lá na casa dela, fez os exames, mas... às vezes uma avaliação, uma consulta especializada não sei se o genro teria condições de estar levando (Fisioterapeuta, CS do DS Nordeste, paciente Maria).*
13. *Então, ela recebeu visita [do médico] e foi passado como prioridade para o NASF. (...) Esse tempo de agendamento da visita (do médico) dá no máximo 15 dias. (...) Foi pra fisioterapia e pra nutricionista. Eu não sei se fono foi feito... foi também, né. (...) A fono não porque tava marcada pra amanhã e ela faleceu antes (Enfermeira, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
14. *Tem o problema das visitas da equipe que não são mensais. E, às vezes, se dê sorte vão ser com quinze dias, mas se vier aqui no dia que já fez a visita vai demorar mais de quinze dias a visita (Enfermeira, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
15. *Essa solicitação [de atendimento pela equipe NASF] acontece uma vez por mês na reunião de matriciamento da equipe com o NASF. Mas, no caso dela, como era uma alta hospitalar, ela tinha prioridade. Então, isso foi passado fora da reunião (Fisioterapeuta, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
16. *Aí, até quando eu cheguei da visita eu encontrei com o dr. aqui. (...) Então, eu achei importante repassar o caso pro médico. Cheguei a comentar com a nutrição, que já tava com visita agendada. (...) aí eu reforcei a importância da visita da fonoaudiologia também. (...) Eu já tava com o retorno agendado pra agora só que ela faleceu. Então, eu só tive um contato com ela, uma visita domiciliar (Fisioterapeuta, CS do DS Oeste, paciente Maria).*

17. *Então foi isso, a equipe passou dia 14 de março, fora da reunião e eu fui lá dia 30. Quinze dias, mais ou menos. Mas isso varia, é de acordo com a disponibilidade da agenda. Às vezes acontece da gente marcar até antes, às vezes demora mais, depende (Fisioterapeuta, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
18. *Eu senti de outros profissionais [necessidade de encaminhamento]. É tanto que eu conversei com o médico, com a nutrição e com a fonoaudiologia. Outro serviço em si, a princípio, não (Fisioterapeuta, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
19. *Aí eu pedi interconsulta com o médico. (...) uma das filhas narrou que estava tendo engasgos com água, então eu pedi interconsulta com a fono (Nutricionista, CS do DS Oeste, paciente Maria).*
20. *É... então assim, a coisa que a gente mais sente falta é essa ida pra especialidade. Não só a neurologia, mas todos os outros. A gente tem experiência aqui de demora no pedido de algumas especialidades de cinco meses. Isso pra gente é uma coisa difícil (Médico, CS do DS Norte, paciente José).*
21. *Mas assim, o acompanhamento a gente faz dentro do possível. Adequando medicações (Médico, CS do DS Norte, paciente José).*
22. *E uma outra coisa também é que o que eu achei um pouco estranho é que da saída do João XXIII pra casa, diferente de outros pacientes que a gente conhece, não todos, mas uma maioria, o acompanhamento do PAD, agora EMAD. Não teve esse acompanhamento (Médico, CS do DS Norte, paciente José).*
23. *É... Solicitaram acompanhamento da fisioterapia. E sendo que o NASF nosso só tem uma disponibilidade de acompanhamento fisioterápico e da terapia ocupacional, pela área ser muito grande, mais de 13 mil habitantes, eu acho, por volta disso. As visitas e o acompanhamento seria mensal. E pediram, inclusive, o pedido e o acompanhamento pro especialista, pra gente fazer. E inclusive o acompanhamento nosso (Médico, CS do DS Norte, paciente José).*
24. *A gente conseguiu ofertar o acompanhamento nosso. Por quê? Porque me parece que a reunião de matriciamento com o NASF tinha sido dois dias antes e só seria no mês próximo. E aí eles já tavam com a agenda mais cheia (Médico, CS do DS Norte, paciente José).*
25. *A visita a gente tem um protocolo de prefeitura de Belo Horizonte que é o fato do paciente ser restrito ao leito, ao domicílio, perdão. E a gente ter que executar 3 visitas ao ano. Só que nesse intervalo parece que a gente foi lá até mais vezes. No intervalo da primeira internação até a segunda e depois da segunda internação (Médico, CS do DS Norte, paciente José).*
26. *É, então, quando ele saiu a primeira vez a nossa preocupação foi porque quando o paciente sai de alta o EMAD costuma dar um suporte no início. (...) Era até necessário, se fazia necessário ter tido esse contato. Ele veio traqueostomizado, com uns cuidado que pra recuperação dele era necessário tá sendo acompanhado mais de perto. (Enfermeiro, CS do DS Norte, paciente José).*
27. *O que eu acho que é muito difícil é quando precisa do especialista, aí os pacientes tem muita dificuldade. Demora muito, qualquer especialidade. A consulta você consegue de uma maneira muito fácil. Essa parte da atenção primária é tranquilo na prefeitura. Na hora que passa pro secundário aí começa a ter muitos entraves (Enfermeiro, CS do DS Norte, paciente José).*

28. *Mas devido a agenda delas, elas não atendem só o nosso centro de saúde, mas 3 ou 4 centros de saúde. Daí marca pra daí 15 ou 20 dias [sobre o acionamento da equipe NASF] (Enfermeiro, CS do DS Norte, paciente José).*

29. *Atualmente, nós temos como dificultador também a questão do transporte. Devido a algumas manobras que a prefeitura precisou fazer diminuiu bem a oferta de transporte. E isso tanto para a equipe quanto para o próprio NASF tem dificultado bastante. Porque o nosso dia de visita, por exemplo, tá sendo agora as segundas-feiras e tem paciente que demanda que você fosse lá, pelo menos, duas vezes ou 3 vezes e não tem carro outro dia (Enfermeiro, CS do DS Norte, paciente José).*

Em geral, as narrativas extraídas das entrevistas com trabalhadores da APS expressam mais a ausência do que a presença da continuidade do cuidado com o acompanhamento domiciliar frequente e sistemático.

Identificamos os seguintes núcleos de sentido na análise dos fragmentos das entrevistas:

- Demonstram acompanhamento pela ESF após a alta hospitalar (fragmentos de entrevista 12, 21 e 24).
- Demonstram tentativa de priorização do acompanhamento aos pacientes (fragmentos de entrevistas 13,15 e 25).
- Reconhecem a necessidade do cuidado multidisciplinar e da manutenção do acompanhamento (fragmentos de entrevistas 16, 18 e 19).
- Demonstra atitude que facilite a transmissão de cuidado entre centros de saúde (fragmento de entrevista 11).
- Expressam dificuldade em realização da reabilitação física e funcional após a alta hospitalar (fragmentos de entrevistas 1, 2, 7, 9, 10 e 23).
- Demonstram dificuldades tanto em realizar acompanhamento domiciliar frequente quanto em iniciar este acompanhamento em curto período de tempo (fragmentos de entrevistas 3, 4, 8, 14, 17, 28 e 29).
- Demonstram ausência de alta ou encaminhamento responsável (fragmentos de entrevistas 5 e 6).

- Demonstram necessidade de continuidade do cuidado por equipe de atenção domiciliar (fragmentos de entrevistas 22 e 27).
- Demonstra dificuldade em continuidade do cuidado por especialista (fragmento de entrevista 20).

Neste estudo, percebemos que a continuidade do cuidado pela ESF acontecia, no entanto, com grandes entraves para a oferta de acompanhamento frequente. Em relação à continuidade do cuidado em reabilitação física e funcional, atribuído aos profissionais da equipe NASF, percebemos que são maiores as dificuldades em realizar acompanhamento domiciliar sistemático e, ao mesmo tempo, a uma dificuldade em iniciar este acompanhamento logo após a alta hospitalar.

Dessa forma, percebemos que a continuidade do cuidado domiciliar aos pacientes após alta hospitalar por trauma não foi atingida na sua plenitude pelos profissionais da APS, especialmente, no que tange à reabilitação física e funcional, o que demonstra uma fragilidade na efetivação da linha de cuidado ao trauma, bem como, da garantia do cuidado necessário a esses pacientes.

Mais uma vez, reforçamos o que Minayo e Deslandes (2009) perceberam ao avaliar as conexões das redes intersetoriais e multidisciplinares que articulam a atenção à vítima de acidentes e violências no SUS. Destacam como aspectos mais problemáticos o fraco acompanhamento pós-hospitalar; deficiente transporte de pacientes sequelados; descontinuidade na distribuição de medicamentos; ainda insuficiente acesso ao atendimento domiciliar e acompanhamento sistemático destes pacientes pelas equipes de saúde da família. As redes de reabilitação avaliadas foram consideradas incipientes para a garantia das necessidades dos usuários, além da ausência de recursos humanos e materiais.

Também observaram que a desospitalização, reabilitação e reinserção social de pacientes vítimas de trauma é um desafio a ser vencido na conexão das Redes de Atenção à Saúde e a Linha de Cuidado ao Trauma, ao propor o cuidado integral a esse usuário, desde a sua entrada nas emergências até a sua reabilitação e reinserção social fortalecendo a necessidade de se pensar este indivíduo para além do momento da urgência/emergência (MINAYO E DESLANDES, 2009).

A APS tem sido considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde e para a garantia de melhorias nas condições de saúde da população, principalmente, por

contribuir para a redução das taxas de incidência de doenças e de internação, redução de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis, menores custos e maior equidade na oferta de serviços. Em contrapartida, melhorar a qualidade dos serviços prestados neste nível de atenção ainda é um desafio (CUNHA E GIOVANELLA, 2011).

É importante considerar que, neste estudo, a continuidade do cuidado domiciliar aos pacientes vítimas de trauma com complexidade de cuidado mostrou correlação com a oferta adequada de serviços pela APS, com a necessidade de equipes de atenção domiciliar e com o aprimoramento no suporte logístico municipal como, por exemplo, disponibilizando transporte sanitário para pacientes com indicação de tratamento em serviços especializados em reabilitação e transporte para os profissionais realizarem o acompanhamento domiciliar. Neste sentido, a implementação de práticas avaliativas e de monitoramento da continuidade do cuidado a esses pacientes pode ser um caminho para a percepção de deficiências pela gestão municipal na efetivação da Linha de Cuidado ao Trauma.

Reunindo todas as categorias analisadas o que buscamos é a garantia da integralidade da atenção prestada aos pacientes vítimas de trauma e que necessitam de cuidados após alta hospitalar, em outras palavras, pretendemos entender a capacidade da atenção primária em lidar com os problemas emergentes na população à qual serve (STARFIELD, 2002). Percebemos a APS pouco fortalecida para ofertar o cuidado necessário a pacientes com tamanha complexidade. Ao mesmo tempo, constatamos que boa parte desse cuidado deve ser compartilhado com a APS e que, no contexto relatado, está totalmente delegado a ela.

Por último, observamos que para esses casos o cuidado ainda está fragmentado. Essa fragmentação deve ser entendida pela presença de fragilidades tanto no âmbito da macropolítica quanto da micropolítica do trabalho em saúde.

Em relação à macropolítica, percebemos a existência de lacunas assistenciais importantes como ausência de serviço de atenção domiciliar estruturado; uma incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, considerando populações mais vulneráveis mesmo que inseridas em áreas consideradas de baixo risco; fragilidade na gestão do trabalho com carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; a pulverização dos serviços nos municípios, como no caso das equipes NASF e a falta de suporte logístico, como exemplo, o transporte de profissionais para visitas domiciliares e o de pacientes para clínicas de reabilitação e atendimento especializado. Essas deficiências na

organização dos serviços, na infra-estrutura de recursos humanos e em logística geram uma redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde.

Por outro lado, existem lacunas relacionadas ao trabalho em equipe e ao trabalho multiprofissional.

Com o objetivo de avaliar as ações primárias de saúde, Fausto e Matta (2007) citam Starfield (2002) que define quatro atributos que devem balizar a organização da APS. Esses atributos podem ser reconhecidos como elementos que organizam a APS nos serviços de saúde ou fazem parte do processo da atenção neste âmbito. Quais sejam:

- Primeiro contato: implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
- Continuidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo a delimitação da população às equipes de atenção primária.
- Integralidade: as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.
- Coordenação: significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de um outro serviço.

Considerando esses quatro atributos, os relatos descritos demonstram que alguns foram contemplados pelos profissionais da APS e outros não, sendo que podemos perceber intensidades variadas na percepção de cada atributo. Em relação ao Primeiro Contato podemos dizer que ele foi atingido, uma vez que observamos relatos de demandas de cuidado por parte dos pacientes e seus familiares sendo acolhidas. Para os atributos Continuidade, Integralidade e Coordenação percebemos uma contemplação parcial. Na prática dos

profissionais, não se concretizou a priorização de casos graves, como pacientes acamados em desospitalização por trauma, com o estabelecimento de rotina diferente dos outros pacientes, maior discussão de casos e compartilhamento dos projetos terapêuticos entre os profissionais para possibilitar melhor cuidado. Também observamos que o tempo para o início do tratamento domiciliar foi longo para algumas especialidades, os retornos ficavam em aberto e não seguiam uma frequência regular. Um dos pacientes não teve acesso a todos os profissionais dos quais necessitava.

No contexto do trabalho em saúde, a macro e a micropolítica coexistem e uma interfere na potência da outra. Dessa forma, é importante uma reflexão sobre ambas para a construção de um diálogo que fortaleça o cuidado em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve o intuito de iniciar um processo de conhecimento sobre a efetivação da linha de cuidado ao trauma na rede de atenção ao paciente de Belo Horizonte, utilizando-se de técnicas qualitativas para reconstruir a trajetória assistencial de dois pacientes após alta hospitalar e com necessidades importantes de continuidade do cuidado na rede ambulatorial desta mesma cidade. Buscamos informações relacionadas a todos os sentidos da integralidade para responder se, na prática, esta continuidade do cuidado acontece e se efetiva da perspectiva dos trabalhadores das equipes que se incumbem do cuidado pós-alta.

A conformação das redes de atenção à saúde e das linhas de cuidado são de extrema relevância para a organização dos serviços de saúde. Buscam a integralidade da assistência e a configuração do sistema de saúde como uma rede de serviços e de relações que sejam capazes de promover mudanças no modelo de atenção à saúde.

A proposta da linha de cuidado ao trauma distribui responsabilidades entre os pontos de atenção, porém, para os pacientes acompanhados, observamos uma frágil integração na transferência do cuidado entre o nível hospitalar e a atenção básica e a ausência de outras modalidades de assistência após a alta hospitalar que fosse adequada ao paciente acamado com demandas complexas de cuidado.

No presente estudo, percebemos que os trabalhadores da atenção primária em saúde também são produtores de rede vivas nos seus encontros com os usuários em busca do cuidado. Movimentos ou momentos de rede viva surgiram como forma de suprir deficiências assistenciais e de suporte logístico, tais como: ausência de articulação do cuidado para uma alta responsável, insuficiência na oferta de transporte institucional para o atendimento domiciliar, dificuldades relatadas pelos profissionais para o acompanhamento domiciliar frequente e ausência de equipe de atenção domiciliar.

As entrevistas expressaram que os profissionais da APS, ao mesmo tempo em que assumem uma responsabilização pelo paciente, não conseguem concretizar essa proposta na sua plenitude através do estabelecimento de vínculo e de coordenação do cuidado. Esses dois atributos aparecem em alguns momentos do cuidado, no entanto, se desfazem posteriormente ou não se consolidam com o passar do tempo. Mesmo assim, percebemos que as reuniões de matriciamento entre ESF e NASF são iniciativas e ferramentas importantes para a coordenação do cuidado.

Em relação à continuidade do cuidado, também percebemos grandes entraves para sua consolidação, principalmente, no que tange à oferta de acompanhamento domiciliar frequente e sistemático pelos profissionais da APS. Tal dificuldade é mais presente para a reabilitação física e funcional no domicílio. Neste sentido, observamos que a APS não está fortalecida para ofertar o cuidado necessário a pacientes com tamanha complexidade. Ao mesmo tempo, diferentes profissionais relataram necessidade de compartilhamento do cuidado com equipes de atenção domiciliar e hospitais de reabilitação.

Dessa forma, observamos que o acompanhamento aos pacientes que tiveram alta hospitalar por trauma permanece fragmentado e distante do cuidado integral. Percebemos que as deficiências na organização dos serviços, na infra-estrutura de recursos humanos e em logística geram uma redução da capacidade do sistema em prover integralidade da atenção à saúde. Por outro lado, existem deficiências relacionadas ao trabalho em equipe e multidisciplinar. Evidenciamos dificuldade em priorização de casos graves, com o estabelecimento de rotina diferente dos outros pacientes e um frágil compartilhamento dos projetos terapêuticos entre os profissionais. Também observamos que o tempo para o início do tratamento domiciliar foi longo para algumas especialidades, os retornos ficavam em aberto e não seguiam uma frequência regular.

Durante a realização deste estudo surgiram algumas limitações. O curto período de tempo e a disponibilidade de apenas um profissional para a realização do trabalho de campo culminou na necessidade de estabelecermos um recorte na trajetória do usuário-guia. Constatamos a inviabilidade em cartografar de maneira aprofundada todo o seu percurso em busca do cuidado e optamos em analisar a participação dos profissionais da atenção primária em saúde na continuidade do cuidado. O desenho desta pesquisa também não possibilitou uma análise mais aprofundada sobre o processo de trabalho dos trabalhadores em saúde da atenção básica, o foco das entrevistas foi a sua participação no cuidado e a forma como este era articulado. Outro limite do estudo refere-se à reprodutibilidade inerente à pesquisa social.

Neste sentido, faz-se necessário o aprimoramento da rede de atenção ao paciente vítima de trauma que recebe alta hospitalar com demandas complexas de cuidado para que se possa garantir a continuidade do mesmo e com um menor tempo entre a saída do hospital e o início do acompanhamento por outra modalidade de assistência. A gestão do cuidado ao longo da reconstrução da trajetória assistencial demonstrou estar muito dependente das iniciativas da

família e pouco da busca ativa e mais integradora entre as diversas estações de cuidado e níveis assistenciais.

A metodologia do usuário-guia possibilitou ir além dos registros oficiais e incluir a perspectiva do usuário, dos familiares e dos trabalhadores. A realização de entrevistas em profundidade no contexto de vida dos usuários-guia possibilitou, entre outras coisas, vivenciar como constroem seus modos de andar a vida e suas redes existenciais. A partir dos usuários-guia, ir ao encontro dos trabalhadores da saúde e vivenciar suas realidades e modos de trabalho enriqueceram e ampliaram o nosso olhar sobre a complexidade do cuidado em saúde no mundo da vida. Ao mesmo tempo, incorporou saberes e expandiu as possibilidades do projeto terapêutico singular, em especial para pacientes tão complexos e com exigências grandes de cuidados no pós-alta.

Esta pesquisa também colocou esta autora em auto-análise enquanto trabalhadora da saúde e sujeito social implicado com a construção de um diálogo que fortaleça nossos direitos sociais e contribuiu, imensamente, para o aprimoramento do meu processo de reflexão acerca de problemas tão complexos, possibilitando-me um outro olhar mais ampliado e responsável sobre as interações e relações estabelecidas entre os trabalhadores/gestores e usuários dos serviços.

7. REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 1 edição, 2009, 143p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, 70 edição, 1979.

BELO HORIZONTE. **Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, 2016**. Disponível em: portalpbh.pbh.gov.br/pbh/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=15814&chPlc=15814.

BISOL, C. A. **Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais**. *Estud. psicol. (Campinas)*;29(supl.1):719-726, out.-dez. 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Vol. 8. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, 2002**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria 2.809. **Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013**. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. Disponível

em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 1.663 de 6 de julho de 2012**. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2013.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. **Direito à saúde e integralidade**, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop1812.pdf>.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo; HUCITEC; 1994. 175 p.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n4/04.pdf>.

CECCIM, R.B. **Linha do Cuidado**. Texto para fins didáticos, elaborado para a Unidade de Produção Pedagógica (UPP) Linha do Cuidado, integrante do Curso de Especialização e Residência Integrada em Saúde Coletiva, do Centro de Educação Permanente em Saúde (Ceps), da Secr. Munic. de Saúde de Aracaju (SMS/Aju), 2005. Disponível em: http://linus.husm.ufsm.br/cutenews/data/updocs/Linha_de_Cuidado_-_Ricardo_Burg_Ceccim.pdf.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Eds.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJIMS-Abrasco, 2001. p.113-26.

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**, Campinas (SP), 2003. (mimeo).

COUTO, M.T. et al. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero**. Interface (Botucatu) [online]. 2010, vol.14, n.33, pp.257-270. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. **Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1029-1042, 2011.

EPS EM MOVIMENTO. **Usuário guia. 2014a**. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia>.

EPS EM MOVIMENTO. **Dispositivos de Rede.** 2014b. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/dispositivos-de-redes>.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.** Morosini MVGC, organizador. Modelos de atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 43-67, 2007.

FEUERWERKER, L. M. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS.** Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, volume 2, p. 125-34, 2003. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/condicoes-cronicas-nao-transmissiveis/integralidade_na_assistencia_a_saude_a_organizacao_das_linhas_do_cuidado.pdf.

FRANCO, T.M.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** São Paulo, Editora Hucitec, 2013, 308p.

GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.176p.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Integralidade da atenção e integração de Serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”.** Cad Saude Publica, v.20, supl.2, p.331-6, 2004.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 14, n. 34, Sept. , 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>.

MATTOS, R.A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cad. Saude Publica, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Eds.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.39-64.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas: Unicamp, 2003.

MERHY, E.E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido.** In: Túlio Batista Franco; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45. Disponível também em www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf.

MEHRY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. **Redes Vivas: Multiplicidades Girando as Existências, sinais da Rua.** Implicações para a Produção do Cuidado e a Produção do Conhecimento em Saúde. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n.52, p. 153-164, 2014a.

MERHY, E.E. et al. **Pesquisador In-Mundo.** Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e conhecimento como produção. Cap. 10, p. 26 – 42. Editora Rede Unida. Porto Alegre, 2014b.

MINAS GERAIS. **Projeto de Implantação na Microrregião Centro. Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2013.

MINAYO, M.C., DESLANDES, S.F., GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, editora Vozes, 28 edição, 1993.

MINAYO, M.C. de S.; DESLANDES, S.F. **Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2009, 14.5.

PAIM, J.S. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** Cad. Saúde Pública, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>.

PAULI, L.T.S. **A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal.** 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2001. p.39-64.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

PINTO, D.M. JORGE, M.S.B., PINTO, A.G.A. VASCONCELOS, M.G.F. CAVALVANTE, C.M. FLORES, A.Z.T. ANDRADE, A.S. **Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva.** Rev. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3): 493-502.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS,** 2013, 2 ed, cap. 1, pág 22- 74.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMSA. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2014-2017**, Belo Horizonte, 2014.

SILVA, S.F.; JÚNIOR, H.M.M. **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**, 2013, 2 ed, cap. 2, pág 75-101.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY. E. E. & CARVALHO, L. C. **Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.) *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. **O Sistema Unico de Saude**. In: Campos, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M.D.; CARVALHO, Y.M. *Tratado de Saúde Coletiva*. Sao Paulo: Hucitec, 2009.

VASCONCELLOS, M.M., GRÍBEL, E.B., MORAES, I.H.S. **Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica**. Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S173-S182, 2008.

8. ANEXOS

8.1. Anexo 1 – Roteiro semiestruturado para entrevista com trabalhadores da saúde

Roteiro de entrevista:

- Assinatura do TCLE.
- Pesquisa documental: sumário de alta, encaminhamentos.
- Pergunta:
 - Você acompanha ou acompanhou o paciente Que sofreu um acidente, ficou internado e recebeu alta com necessidades de tratamentos e cuidados. Conte-nos sobre como tem sido a experiência de acompanhar este paciente?
- Itens importantes:
 1. Quais cuidados/tratamentos foram solicitados após alta hospitalar?
 2. Quais cuidados conseguiram ofertar?
 3. Após a alta do hospital o que consideram necessários para garantir a integralidade do cuidado a este paciente?
 4. Paciente recebeu o cuidado que necessitava?
 5. Quais os facilitadores e/ou barreiras encontrados neste processo?
- Observação do pesquisador – diário de campo.
 - Envolvimento no cuidado.
 - Participação como membro de uma equipe.
 - Continuidade do cuidado.
 - Percepção acerca da família e da rede de atenção.

8.2. Anexo 2 – Roteiro semiestruturado para entrevista com o usuário-guia e seus familiares

Roteiro de entrevista – usuário-guia e familiares

- Paciente:
- Cuidador:
- Pesquisa documental: sumário de alta, encaminhamentos.
- Pergunta:
 - Você acompanha o paciente/ seu familiar que sofreu um acidente, ficou internado e recebeu alta com necessidades de tratamentos e cuidados. Conte-nos sobre como tem sido esta experiência?

- Itens importantes:
 1. Quais cuidados/tratamentos foram solicitados após alta hospitalar?
 2. Quais cuidados foram ofertados?
 3. O paciente recebeu o cuidado que necessitava?
 4. De que maneira você, sua família ou amigos/rede social se mobilizaram para garantir que ele recebesse os cuidados que necessitava?
 5. Quais os facilitadores e/ou barreiras encontrados neste processo?

- Observação do pesquisador – diário de campo.
 - Envolvimento e empoderamento no tratamento.
 - Existência de redes vivas
 - Percepção acerca da família e da rede de atenção.

8.3. Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa “Construção de Redes Vivas no Percurso de Vítimas de Trauma com Exigências de Cuidados Após Alta Hospitalar”, que tem como objetivo descrever e analisar a produção do cuidado com foco na rede de urgência e emergência de Belo Horizonte. No caso de aceitar fazer parte da mesma, você responderá a uma entrevista individual que será gravada (áudio), caso você autorize. Também poderão ser observados no domicílio das famílias que acompanham, na unidade saúde da família que está vinculado e na microárea do território onde trabalha.

A sua participação será de grande valor para o conhecimento acerca do cuidado em saúde realizado no SUS. Você tem liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum. Os resultados deste estudo serão tornados públicos e garantido o acesso aos seus dados tanto aos sujeitos da pesquisa como à instituição onde a mesma se realiza.

Como responsável por este estudo, tenho o compromisso de manter em segredo todos os dados confidenciais, sua identidade, e ainda, indenizá-los se sofrerem algum prejuízo físico ou moral em decorrência do mesmo. Assim, se está claro para o senhor (a) a finalidade desta pesquisa e se concorda em participar, peço que assine este documento.

Nós, Ana Cristina Magalhães Mesquita e Ana Carolina Henriques O. A. de Castro, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos relacionados ao projeto de pesquisa e caso haja dúvidas quanto aos aspectos éticos do projeto de pesquisa contactar o Núcleo de Promoção da Saúde e Cultura da Paz – Faculdade de Medicina da UFMG no telefone (31) 3409-9945.

Pesquisadores Responsáveis:

8.4. Anexo 4 – Declaração de aceite em participar da pesquisa

DECLARAÇÃO DE ACEITE EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Eu,

_____ ,

RG nº _____, aceito participar das atividades da pesquisa: “Construção de Redes Vivas no Percorso de Vítimas de Trauma com Exigências de Cuidados Após Alta Hospitalar”.

Fui devidamente informado que responderei a entrevista que será gravada (áudio). Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, e que os resultados deste estudo serão tornados públicos, e será assegurado o anonimato e sigilo quanto à identidade dos sujeitos do estudo.

Local:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

8.5. Anexo 5 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Elza Machado de Melo**
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG