

Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Volume 1

Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança

Elza Machado de Melo
Jandira Maciel da Silva
Marco Akerman
Soraia Almeida Belisário
Organizadores



Promoção:



Programa de Pós-Graduação
de Promoção de Saúde e
Prevenção da Violência/UFMG

Apoio:

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Volume 1

Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança

Elza Machado de Melo
Jandira Maciel da Silva
Marco Akerman
Soraia Almeida Belisário
Organizadores



Belo Horizonte, 2016

Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança

Elza Machado de Melo, Jandira Maciel da Silva,
Marco Akerman, Soraya Almeida Belisário
Organizadores

Produção:

Folium Editorial
Av. Carandaí, 161 – SL701
30130-060 – Belo Horizonte / MG
Tel. (31) 3287-1960
E-mail: folium@folium.com.br
www.folium.com.br
Projeto Gráfico: Gabriel Ruggio

Promoção:

Núcleo de Promoção de Saúde e Paz;
Programa de Pós-graduação de
Promoção de Saúde e Prevenção
da Violência/FM/UFMG
Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles,
Por Nós.

Apoio:

Ministério da Saúde

Ficha catalográfica:

P965 Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança / Organização: Elza Machado de Melo; Jandira Maciel da Silva; Marco Akerman; Soraya Almeida Belisário. Belo Horizonte: Folium, 2016. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 1)

338 p.

ISBN: 978-85-8450-016-1

1. Saúde Coletiva. 2. Promoção de Saúde. Participação. 3. Determinantes Sociais. 4. Políticas Públicas de Saúde. 5. Subjetividade. 6. Qualidade de Vida. 7. Saúde do Homem. 8. Saúde da Mulher. 9. Saúde do Idoso. 10. Humanização I. Melo, Elza Machado de. II. Silva, Jandira Maciel da. III. Akerman, Marco. IV. Belisário, Soraya Almeida. V. Título.

CDD – 362.10981

Esta obra é de domínio público, podendo ser reproduzida no total ou em partes, desde que citada a fonte e não alterado seu conteúdo.

Conselho Editorial da Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Andreia Faraini Freitas Setti – CEPEDOC Cidades Saudáveis/USP

Carlos Botazzo – FSP/USP

Cornelis Johannes Van Stralen – CEBES

Dais Rocha – UNB

Elizabete Franco Cruz – EACH/USP Leste

Fabio Carvalho – MS

Francisco Eduardo de Campos/FIOCRUZ/RJ

Helena Wada Watanabi – FSP/USP

Kira Fortune – OPAS/Washington

Laura Feuerwerker – FSP/USP

Lenira Zancan – ENSP/Fiocruz

Liliana Santos – ISC/UFBA

Mara Lisiane de Moraes dos Santos – UFMS

Maria do Carmo Caccia Bava – FMRP/USP

Maria Cristina Marques – FSP/USP

Maria Helena Machado – FIOCRUZ/RJ

Maria do Socorro Dias – Universidade Estadual do Vale do Acaraú/
Escola de Saúde Pública de Sobral

Paulo Nadanovski – UERJ

Patrícia Constant Jaime – FSP/USP

Marília Cristina Prado Louvison – FSP/USP e Associação Paulista de Saúde Pública

Rodrigo Tobias – Fiocruz Manaus

Ronice Franco de Sá – UFPE

Samira Lima – UFRJ

Simone Tetu Moyses – PUCPR

Tales Iuri Paz Albuquerque – UFSE

Ulisses M Azeiteiro Universidade de Aveiro, Portugal

Veruska Prado – UFG

Colaboradores

Alberto Feliciano Macaia

Tenente Coronel do Exército de Angola. Médico diplomado pela Rússia, mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Alexandre Costa-Val

Médico psiquiatra, doutor em Saúde Coletiva (FIOCRUZ). Docente da UFOP.

Alzira de Oliveira Jorge

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Ana Carolina Amaral de Castro Haddad

Assessora Técnica da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gera, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Ana Cristina Magalhães Mesquita

Gerente Adjunto de Unidade Básica de Saúde, distrito sanitário Centro Sul, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Andréa Maria Silveira

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG. Vice-Diretora do Hospital das Clínicas/UFMG.

André José Maria Chimuco

Médico das Forças Armadas de Angola, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Anísio Honorato Campos

Analista Social na Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte – Urbel, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG

Antônio Leite Alves Radicchi

Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Carla Jorge Machado

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Cheila Marina Lima

Profissional da SMS de Goiânia/GO e da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério.

Cláudia Cristina da Cunha

Psicóloga, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Cristiane de Freitas Cunha

Professora da Faculdade de Medicina/UFMG. Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/FM/UFM.

Cristina Gonçalves Alvim

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Deborah Carvalho Malta

Professora da Faculdade de Enfermagem da UFMG.

Denise de Fátima Torres

Enfermeira do HC/UFMG.

Dione Goretti Gomes de Freitas

Fisioterapeuta do Hospital das Clínicas/UFMG, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Dorotéia Fernandes da Silva

Assistente social do Instituto Jenny de Andrade Faria, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Edgar Nunes de Moraes

Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Eliane Dias Gontijo

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Elizabeth Costa Dias

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Elza Machado de Melo

Professora da Faculdade de Medicina/UFMG. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/FM/UFMG.

Fernanda de Castro Aquino

Farmacêutica, vinculada ao NASF/SMSA-BH, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Francisco Panadés Rubió

Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Gisele Marcolino Saporetti

Supervisora técnico-pedagógica dos cursos de pós-graduação da Educação Física NESCON/UFMG, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Graziella Lage Oliveira

Psicóloga. Mestre e doutora em Saúde Pública pela UFMG. Pós doutora em Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisas René Rachou – FioCruz.

Guilherme Canabrava Rodrigues Silva

Aluno de Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG, monitor de Cirurgia Ambulatorial.

Horácio Pereira de Faria

Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Izabel Christina Friche Passos

Professora da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG.

Jandira Maciel da Silva

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Juliana Alves do Carmo

Médica geriatra do Instituto Jenny de Andrade Faria, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Kelly Dias Vieira

Psicóloga. Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG

Kênia Lara da Silva

Professora da Escola de Enfermagem da UFMG.

Lauriza Maria Nunes Pinto

Pedagoga, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Lennon da Costa

Aluno de Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG.

Luciana Diniz Silva

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Luciana Kind

Professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Luzia Toyoko Hanashiro e Silva

Médica, coordenadora do Projeto Lian Gong em 18 Terapias no SUS do município de Belo Horizonte e instrutora de Lian Gong em 18 Terapias.

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro

Psicóloga, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Marco Akerman

Médico Sanitarista. Professor da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Maria das Graças Santos Ribeiro

Psicóloga, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Maria de Fátima Abreu

Engenheira civil e sanitarista, mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Marilene Maria da Silva Lana

Filósofa, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Marina Moreira Scolari Miranda

Residente de Ultrassonografia, Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Materno Infantil de Goiânia.

Marta Aparecida Goulart

Farmacêutica bioquímica, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Marta Maria Alves da Silva

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG). SMS de Goiânia/GO.

Mércia Gomes Oliveira de Carvalho da Saúde.

Profissional da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério.

Mery Natali Silva Abreu

Estatística, doutora em Saúde Pública/Epidemiologia e Professora da Escola de Enfermagem da UFMG.

Myrian Fátima de Siqueira Celani

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Otaliba Libânio de Moraes Neto

Professor do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás (UFG).

Paulo Cesar Machado Pereira

Médico psiquiatra, servidor público, mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Paulo Sérgio Carneiro Miranda

Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Raquel Rondow Bahia

Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde pela UFMG, com formação técnica em Gestão Empresarial pelo SEBRAE-MG.

Rayana Rolla Campos

Residente de Ginecologia e Obstetrícia do HC/UFMG.

Rejane Aparecida Alves

Secretária Municipal de Caputira – MG, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Rogéria Andrade Werneck

Residente de Ginecologia e Obstetrícia do HC/UFMG.

Rosângela Maria de Sousa Botelho Dias

Psicóloga; Especialista em Saúde Mental e em Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente/Divinópolis-MG, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Rosângela Teixeira

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Rosimeire Aparecida da Silva

Psicóloga, técnica do PAIPJ, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG, coordenadora adjunta do CRR Ateliê Intervalo de Redução de Danos (FM/UFMG).

Sandro Laudares

Professor e pesquisador do programa de Pós-graduação em Geografia/ Tratamento da Informação Espacial da PUC Minas e coordenador do curso de pós-graduação em Georocessamento da PUC Minas Virtual.

Soraya Almeida Belisário

Professora da Faculdade de Medicina da UFMG.

Tarcísio Márcio Magalhaes Pinheiro

Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Vanessa de Almeida Guerra

Professora da Escola de Enfermagem da UFMG.

Vânia Elizabeth Simões Duarte

Psicóloga, referência técnica na Coordenação de Lian Gong em 18 Terapias no município de Belo Horizonte e instrutora de Lian Gong em 18 Terapias.

Victor Hugo Melo

Professor da Faculdade de Medicina da UFMG.

Vinicius Ximenes Muricy da Rocha

Médico de Saúde da Família. Professor da UNB.

Vívian Andrade Araújo Coelho

Médica psiquiatra, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG. Docente da UFSJR e da PUC-Minas.

Wilma Guimarães

Terapeuta Ocupacional do Hospital das Clínicas, mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da UFMG.

Sumário

SEÇÃO I – ABORDAGENS TEÓRICO-METODOLÓGICAS	1
Capítulo 1. Promoção de Saúde como Práxis de Autonomia e de Mudança.....	3
Capítulo 2. Algumas Tendências no Debate da Determinação Social da Saúde: para Recuperar Contribuições do Pensamento Latino-Americano e Anglo-Saxão	17
Capítulo 3. Navegar é Preciso, Viver é (Im)Preciso. Notas para Abordagem dos Sujeitos que se Drogam, no Contexto da Saúde Coletiva	37
Capítulo 4. Violência e Promoção de Saúde.....	54
 SEÇÃO II – ANÁLISE DE PROPOSTAS E PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE, SEGUNDO SEUS PRINCÍPIOS, ENFOQUES E ESTRATÉGIAS DE EFETIVAÇÃO	 75
Capítulo 5. Participação Popular e o Aprimoramento das Políticas Públicas em Belo Horizonte	77
Capítulo 6. A Participação Social como Fator de Promoção da Saúde: a Efetividade das Propostas do Planejamento Participativo Regionalizado em Belo Horizonte/MG para a Política Setorial da Saúde... ..	90
Capítulo 7. A Experiência da Utilização da Metodologia do Usuário-Guia em Vítimas de Trauma a Partir da Perspectiva dos Trabalhadores da Saúde e Usuários	105
Capítulo 8. Participação Social, Promoção de Saúde e Prevenção da Violência no SUS	116
Capítulo 9. Intersetorialidade entre Políticas Públicas de Saúde Mental e Assistência Social: Estudo de Caso	129
Capítulo 10. Programa Bolsa Família e Vulnerabilidade Social: Duas Faces da Mesma Moeda	144
Capítulo 11. Programa Bolsa Família: Perfil das Famílias Beneficiárias e Fatores Associados ao Descumprimento da Condicionalidade da Educação	155
Capítulo 12. O Programa Bolsa Família sob o Olhar dos Beneficiários: Estudo de Caso do Município de Divinópolis/MG	170
Capítulo 13. Acesso aos Medicamentos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: um Estudo de Caso.....	185

Capítulo 14. O Profissional da Educação Física na Atenção Primária à Saúde: Uma Análise dos Documentos Produzidos pela Categoria.....	199
Capítulo 15. Promoção da Saúde na Atenção Primária, as Práticas Corporais como Ações Estratégicas em Belo Horizonte: o Caso do Lian Gong	211
Capítulo 16. Humanização: a Percepção dos Diferentes Atores Sociais do Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas/UFMG	219

SEÇÃO III – ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA GRUPOS ESPECÍFICOS.....233

Capítulo 17. O Sofrimento Psíquico em Estudantes de Medicina: a Possibilidade de Escutar em uma Universidade	235
Capítulo 18. Qualidade de Vida dos Pacientes com Hepatite C Crônica	250
Capítulo 19. Perfil Clínico e Funcional de Idosos Frágeis Atendidos em Centro de Referência: Contribuição para a Gestão do Cuidado.....	262
Capítulo 20. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): Reconhecimento Rápido do Idoso Frágil	273
Capítulo 21. Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos à Mulher	289
Capítulo 22. Homens, Vítimas e Autores de Violência: a Corrosão do Espaço Público e a Perda da Condição Humana.....	301

SEÇÃO IV – RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 317

Capítulo 23. Implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Âmbito dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas.....	319
---	-----

Capítulo 7

A EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DO USUÁRIO-GUIA EM VÍTIMAS DE TRAUMA A PARTIR DA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE E USUÁRIOS

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad

Ana Cristina Magalhães Mesquita

Alzira de Oliveira Jorge

Kênia Lara da Silva

O Sistema Único de Saúde (SUS) é produto da discussão e de longa e contundente mobilização política de intelectuais, militantes, gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil, que teve como marco a busca por um sistema de saúde universal, equânime, resolutivo e com participação popular. Possui como marco fundamental sua incorporação na Constituição de 1988, em texto que define a saúde como direito de todos e dever do Estado. Contempla como princípios a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. Esta última é pensada na lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde¹.

Em sua trajetória de quase 30 anos de criação, o atual sistema de saúde brasileiro já registrou momentos de intensos avanços, marcados por programas e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira. Entretanto, ainda vive muitos desafios a serem enfrentados².

Entre os desafios, alguns conceituados autores discutem a relevância da integralidade do cuidado como garantia do direito à saúde. O direito à saúde não se limita a um rol básico de serviços, já que cada indivíduo tem suas necessidades em diferentes situações e complexidades. Dessa maneira, a garantia do direito constitucional à saúde está

atrelada à observância do princípio da integralidade, que prevê a resolução de todas as necessidades de saúde dos usuários, independentemente do nível de complexidade³.

A fragmentação do cuidado e falta de comunicação com a rede assistencial são fatores que vêm se tornando dificultadores para a realização da prática integral de saúde⁴. Nenhum ator ou componente da rede dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde com garantia de cuidado integral e holístico. Para tanto, as soluções devem ser compartilhadas e discutidas em conjunto².

O atual sistema de saúde, organizado por níveis de atenção, não tem dado conta de garantir o acesso e as necessidades de saúde da população no tempo oportuno e com a eficiência e eficácia requeridas. Críticas são direcionadas para essa maneira de organização do sistema, que proporciona processos de trabalho dependentes de especialistas, ligados à matriz biomédica e com fluxos formais de referência e contrarreferência que criam obstáculos à circulação dos usuários, devido a inúmeros procedimentos burocráticos que não garantem o atendimento⁵.

A continuidade do cuidado constitui-se hoje como um dos grandes desafios impostos para as equipes de saúde. Os pontos de atenção das redes formais não se relacionam entre si e, na maneira como está organizado o sistema, não há valorização dos espaços ocupados pelas redes informais que os usuários, trabalhadores e gestores vão construindo ao longo do “fazer”, do dia a dia, em busca do cuidado em saúde.

As chamadas causas externas são outra questão importante que vem crescendo em grandes proporções desde o final da década de 70 e se tornou um dos mais importantes problemas de saúde pública do país. Contudo, a despeito de sua intensidade e capacidade de influir negativamente na qualidade de vida dos brasileiros, os modos de enfrentamento do problema têm sido modestos e pouco eficazes. Paulatinamente, nos últimos anos, têm se consolidado estratégias setoriais e intersetoriais para atuação, agregando esforços da esfera pública e da sociedade civil e o setor saúde tem sido, com todas as suas limitações, um campo pioneiro e estratégico para a identificação das situações do cuidado às vítimas e de produção reflexiva e crítica sobre esse fenômeno⁶.

Minayo e Deslandes observaram em seu estudo que a desospitalização, reabilitação e reinserção social de pacientes vítimas de trauma é um desafio a ser vencido na conexão entre as 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, fortalece-se a necessidade de se pensar esse indivíduo para além do momento da urgência/emergência⁶.

Diversos autores defendem que o enfrentamento desses desafios descritos exige a mudança dos modelos de atenção e gestão em saúde, que objetive ofertar práticas de cuidado integral, humanizadas, contínuas e alinhadas às importantes mudanças no

perfil demográfico e epidemiológico, decorrentes da tripla carga de doenças: infecto-parasitárias, crônicas e causas externas, que têm gerado grande demanda e sobrecarga no sistema de saúde^{7,8}.

Isso posto, investigou-se a oferta de serviços e continuidade do cuidado para o atendimento de urgência, reabilitação e reinserção social de vítimas de trauma nas redes de atenção à saúde de Belo Horizonte, município que possui um sistema de saúde consolidado, no qual 85% da sua população são cobertos pelo Programa de Saúde da Família.

Mediante o reconhecimento do desafio de garantir a continuidade e transferência do cuidado a partir dos dispositivos da contrarreferência e do plano terapêutico singular para esses usuários, foram formuladas as seguintes perguntas orientadoras: como se configura a oferta de serviços na rede de Belo Horizonte e a continuidade de cuidados a pacientes vítimas de trauma, egressos de um grande hospital de trauma? Qual é a percepção desses usuários, seus familiares e profissionais de saúde sobre o atendimento de suas necessidades de saúde, visando à reabilitação e reinserção social?

Elaborou-se estudo que teve como objetivo geral descrever a construção das redes vivas a partir da perspectiva do usuário e/ou seus familiares e profissionais de saúde, tendo como referencial metodológico o usuário-guia no seu percurso em busca do cuidado.

Para atingir tal objetivo foi utilizada a metodologia do usuário-guia. Essa metodologia trabalha com os encontros forjados pelo trabalho vivo em ato, nos encontros dos atores usuário, familiar, trabalhador, gestor, no campo em busca do cuidado. É a construção das redes vivas. Esses encontros foram os disparadores da pesquisa e permitiram, sob a perspectiva dos sujeitos, a análise de processos de trabalho de algumas equipes de saúde, a identificação de protagonismos entre os atores, a interação entre os equipamentos sociais e estações de cuidado da rede na busca da continuidade do cuidado e na reconstrução de memórias que, de alguma forma, estão envolvidas com o cuidado do usuário. O presente capítulo se constitui de um relato da experiência no qual as autoras descrevem a vivência do manejo da ferramenta dessa metodologia, que proporcionou encontros construtores de redes e de saberes.

O Uso da Metodologia do Usuário-Guia Como Ferramenta para Construção de Redes Mais Vivas

A metodologia do usuário-guia pode ser compreendida como o relato da produção do cuidado ofertado a um usuário acompanhado por um ou mais serviços de saúde. Esse relato é entendido como a narrativa dos encontros⁹. São iniciadas a partir do encontro que acontece entre trabalhador de saúde e usuário. Desse ponto em diante, são contemplados todos os outros encontros que perpassam ou são disparados mediante uma relação de cuidado inicial. Nessa perspectiva estão incluídos os encontros entre o usuário e outros

profissionais de saúde, sua família, seus cuidadores, outros serviços de saúde, outros dispositivos sociais como comunidade, amigos, pessoas ou entidades envolvidas no cuidado, etc. Dessa forma, traçam-se os encontros dos encontros e constrói-se uma rede cartográfica de pessoas e serviços envolvidos no cuidado necessário a determinado usuário.

Nesse sentido, entende-se que a produção do cuidado não se limita à realização de procedimentos técnicos e não se dá na relação apenas entre o usuário e o trabalhador. Outro ponto importante quando se lida com essa forma de construir conhecimento em saúde é produzir uma narrativa que tenha como referencial o usuário, portanto, uma descrição do usuário centrada, cujo produto é uma cartografia de como o cuidado e os encontros com este se produzem.

Assim, o usuário-guia apresenta-se como uma possibilidade de análise no qual ele é a principal referência para o entendimento do complexo processo de produção do cuidado em saúde.⁹

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 acompanhamento. Ayres (2009) propõe tratar 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 ao alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade^{10,p.42}.

O usuário-guia, ao percorrer a rede, encontra diversos sujeitos envolvidos na sua produção do cuidado. Ao chamar todos esses sujeitos para a cena, é enriquecido o debate e também ampliado o entendimento sobre o cuidado em saúde, pois se passa 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 compor a cartografia. Perceber as formas que o usuário utiliza para lidar com a sua vida, com seus problemas de saúde, é fundamental para ampliar-se o modo de trabalhar. Sendo assim, no acompanhamento do usuário, é importante ressaltar os modos de existência deste, 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, deve-se atentar para como as equipes de saúde decidiram cuidar.⁹

Essa metodologia 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 se transforma conforme o momento em que se recorda, conforme a

relação que se estabelece. 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 cuidado⁹.

Ou seja, uma concepção de pesquisa/análise que possa trazer o usuário para a centralidade da produção do saber, mas não o olhar para ou pelo usuário, e sim o olhar próprio dele, sua perspectiva, o ponto de vista ao qual ele pertence, permitindo-se percorrer seus caminhos, seus trajetos, não o tomando pela mão, mas se deixando levar por ele, permitindo que aconteça o usuário como guia¹¹. O usuário-guia, como uma forma de ir além do “caso clínico”, do “caso traçador”, além das gerações de metodologias qualitativas que avançam, mas sem um deslocamento, um “descentramento” do lugar do pesquisador.

Como base teórica, utilizou-se o conceito de redes vivas. Essa ideia aposta na mobilidade e no protagonismo do usuário e acredita que a base territorial para as unidades de saúde faz sentido se ela refletir a territorialização de rede social dos indivíduos, suas reais necessidades de acesso aos serviços de saúde. Faz um convite ao olhar integral e holístico do profissional de saúde, integrando o saber do usuário e sua percepção sobre o processo saúde x doença, reconhecendo e valorizando a existência de um “agir leigo” produtor de mundos, quase sempre invisível ou não valorizado por gestores e profissionais de saúde¹².

Essa proposta rompe com o sistema hierarquizado e tradicional de rede, ligado às tecnologias duras e leve-duras e vislumbra uma possibilidade de múltiplas entradas em uma perspectiva horizontal e circular, na qual os usuários teriam livre acesso de acordo com suas necessidades, desenhando fluxos e formando uma “malha de cuidados ininterruptos” organizados de forma progressiva.

Para a utilização da metodologia do usuário-guia, buscou-se inspiração na 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”, que tem como coordenador nacional o Professor Dr. Emerson Merhy e como coordenadora em Minas Gerais a Professora Dr^a. Alzira de Oliveira Jorge, ambos autores de textos que tratam do assunto.

Buscou-se, portanto, à luz de vários conceitos utilizados pela pesquisa Rede de Avaliação Compartilhada (RAC), trabalhar com a metodologia do usuário-guia e perceber sua potência na discussão da continuidade do cuidado para os pacientes pós-internados por trauma, identificando os caminhos pelos quais esses usuários trafegam para buscar o atendimento de suas necessidades e construir as redes vivas a partir dessas.

Investigou-se, por meio de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, dois usuários que receberam alta após um período de internação hospitalar, cuja porta de entrada foi o serviço de urgência e emergência. Pretendeu-se 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 às urgências no SUS.

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 de suas escolhas de vida⁹.

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 o 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 pesquisa¹².

A reconstrução da trajetória assistencial foi disparada pelos relatos dos usuários e dos familiares, combinados com informações coletadas por profissionais de saúde. Isso culminou em um rico banco de dados que, quando comparado aos dados trazidos pelas fontes documentais, como prontuários e sumários de alta, chamaram a atenção a incomparabilidade e incompletude das informações geradas por essas fontes oficiais. Isso se deveu ao frágil diálogo que muitas vezes se pôde perceber entre a equipe, os familiares e usuários e ainda à incipiência dos registros por parte das equipes.

Foram questionadas e observadas todas as interações do usuário, familiares e profissionais com os diversos equipamentos formais, informais e sociais da rede, na busca pelo cuidado, considerando sua perspectiva quanto aos acessos como produção de vida e barreiras existenciais, que vão além de algo físico-geográfico.

Realizaram-se entrevistas/conversas em profundidade com cada sujeito: usuários e seus familiares e trabalhadores de saúde das equipes cuidadoras. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente pelas pesquisadoras. Dúvidas que surgiram em relação ao conteúdo das entrevistas foram sanadas mediante contato telefônico, correio eletrônico e nova visita à unidade de saúde ou casa do usuário/familiar. Algumas dessas conversas foram feitas em grupo, sejam dos familiares ou dos trabalhadores, em que alguns acrescentavam e conversavam sobre detalhes do cuidado ou problemas vivenciados no cuidado a esses usuários.

O conteúdo das entrevistas foi analisado por categorias segundo a técnica da análise de conteúdo de Bardin¹³ e a partir da riqueza dos dados obtidos dos encontros possibilitados pela metodologia do usuário-guia, tendo sido possível a definição de alguns núcleos temáticos que foram categorizados como: vinculação dos usuários-guia e seus familiares com as equipes de saúde da família; capacidade de cuidado dos familiares e a percepção destes acerca das condições de saúde dos usuários-guia; empoderamento dos usuários-guia e seus familiares na garantia do direito à saúde; continuidade do cuidado; existência de movimentos e/ou momentos de redes vivas no acompanhamento dos usuários-guia; e coordenação e responsabilização do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Sob o olhar dos usuários e seus familiares, discutiram-se a vinculação de equipes de saúde da família e usuários, a continuidade do cuidado e a longitudinalidade, o empoderamento dos sujeitos, acesso e resolutividade, além da percepção dos sujeitos para o autocuidado. Pode-se encontrar como achados fragilidades nos processos como um todo, resultando em ausência de integralidade no cuidado oferecido aos usuários, já que a sua garantia está relacionada a se proporcionar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação que transversalizem todos os níveis de atenção à saúde e complexidade, de maneira intersetorial, multiprofissional, transdisciplinar, de forma a garantir todas as necessidades que os sujeitos venham a apresentar.

Evidenciou-se a fragilidade do vínculo entre as equipes e os usuários. O trecho a seguir é um exemplo que retrata a ausência de vinculação entre a usuária, seus familiares (como seus cuidadores) e a equipe de saúde da família, e o mesmo se repete em relação aos trabalhadores.

A usuária em questão fez dois anos de acompanhamento com a mesma equipe para tratamento de hipertensão arterial crônica, tendo sofrido uma queda da própria altura com traumatismo cranioencefálico que causou várias sequelas neurológicas e motoras. No momento da alta, a família transferiu a usuária para outro endereço, aos cuidados de uma nova equipe de saúde da família, ignorando todo o histórico já construído anteriormente.

[...] O posto eu não sei o nome... como tá lá perto da casa da minha irmã eu não sei o nome. A minha irmã sabe. Depois eu posso ligar pra ela e perguntar. A minha irmã já usava e a minha mãe não porque ela usava o do bairro dela. Agora pra ter esses cuidados, esse iniciózinho que ela precisava de ter alguém mais cuidadosa, né, mais assim, tá mais atento, então foi para a casa da minha irmã [...] (Trechos da entrevista da filha da usuária Maria, do dia 22/01/2016).

A descontinuidade do cuidado presente em muitos momentos é contraposta pela ação cuidadora e protagonista dos familiares.

[...] Outra coisa que deu certo foi a organização da família, todo mundo querendo cuidar dela, cada um ajudando como pode, eu mais financeiramente, corren-

do atrás do financeiro, das coisas pra ela, um médico, uma fralda, um remédio. Ela morou com uma irmã e depois com a outra. Todo mundo cuidou do seu jeito [...] (Trecho da entrevista da filha da Srª. Maria, do dia 31/05/2016).

[...] orientou então alguns exercícios que temos que fazer com ela de manhã e a comprar uma almofada. Alguns cuidados de a gente precisa ter para evitar as escaras, né? Eu já providenciei essa questão da almofada, para o bem-estar, um apoio pra mão, bolinha pra ela mexer, né, e não ficar muito parada, mas aí na medida do possível a gente vai tentando melhorar o bem-estar dela, mesmo nessa condição difícil [...] (Trechos da entrevista da filha da usuária Maria, do dia 12/04/2016).

A incipiência da formação de redes com recursos capazes de acolher e resolver as necessidades dos usuários vítimas de trauma, que têm sequelas reabilitáveis e necessitam de reinserção social, também foi observada em ambos os casos.

[...] eu sei que ela tem esse direito, de receber esses cuidados, mas esses cuidados eles vêm, na maioria das vezes... como eu vou dizer... meia-boca ou então assim, "olha, espera que um dia esse cuidado vem. Estamos fazendo o possível para atender, mas no momento é o que tem é isso, é a espera, a espera, a espera e a espera ela gera ansiedade, porque a gente precisa, a gente quer ver as coisas funcionando, quer ver um progresso, quer que haja um progresso, mas se é tudo moroso, como que a gente vai ver a coisa acontecer, a coisa fluir, ela evoluir, né? [...] (Trecho da entrevista da filha da paciente Maria, do dia 11/04/2016).

Observou-se a riqueza dos encontros, do trabalho vivo, forjado em ato, nos quais as redes vão se construindo no cotidiano dos serviços e dos trabalhadores, em alguns momentos com mais força e potência, em outros menos. Há momentos em que a rede é "morta", desconstrói e o usuário ou trabalhador precisam procurar outros caminhos para seguir.

Em relação aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, foi possível percebê-los também como produtores de rede vivas nos seus encontros com os usuários em busca do cuidado. Movimentos ou momentos de redes vivas 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.

Quanto à continuidade do cuidado, na perspectiva dos trabalhadores, também percebemos grandes entraves para sua consolidação, principalmente no tocante à oferta de acompanhamento domiciliar frequente e sistemático pelos profissionais da APS. Tal dificuldade é mais presente na reabilitação física e funcional no domicílio. Nesse sentido, apurou-se que a APS não está fortalecida para ofertar o cuidado necessário a pacientes com tamanha complexidade.

Em relação à coordenação, responsabilização e vínculo do cuidado pela APS, verificou-se que as deficiências na organização dos serviços, na infraestrutura de recursos humanos e em logística geram redução da capacidade do sistema em prover integridade da atenção à saúde. Por outro lado, também existem deficiências relacionadas ao trabalho em equipe e multidisciplinar.

Foi possível ver que parte do processo de construção das redes, que ocorre no cotidiano dos serviços e dos trabalhadores, em alguns momentos tem mais força e potência e em outros muito menos capacidade e potência. Evidenciaram-se a fragilidade do vínculo entre as equipes e os usuários, a descontinuidade do cuidado presente em muitos momentos, contraposta à ação cuidadora e protagonista dos familiares. Além disso, observou-se a incipiência da formação de redes vivas com recursos capazes de acolher e resolver as necessidades dos usuários vítimas de trauma, que têm sequelas reabilitáveis e que necessitam de reinserção social.

Considerações Finais

Os dois usuários-guia escolhidos atuaram como sementes da pesquisa e, portanto, escolhidos pela sua fecundidade, seguiu-se o seu brotamento para traçar as redes de cuidado estruturadas a partir das relações e dos encontros. Dessa forma, buscou-se 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 das linhas de cuidado e, com isso, conseguir suprir uma necessidade de saúde singular ao paciente acompanhado.

Esses encontros os alteram, os afetam, sejam usuários, trabalhadores ou outros sujeitos envolvidos nos encontros, modifica-os, aumentando ou diminuindo a sua potência de ação no mundo. A utilização da metodologia do usuário-guia possibilitou às pesquisadoras a oportunidade de viver a riqueza dos encontros produtores de cuidado para além dos registros obtidos nos bancos de dados. Exploraram-se as conexões do usuário com os profissionais, familiares e destes com as redes formais e informais, gerando uma gama de possibilidades, que é o tramado, são os nós das redes existenciais.

Essas facetas não devem estar dissociadas, o usuário e o trabalhador precisam conhecer a totalidade das informações contadas, seja pela perspectiva e olhar dos técnicos, seja pela perspectiva dos usuários envolvidos no cuidado. Captar essa realidade é também perceber o seu subjetivismo, sem juízos morais ou de valores, uma vez que deve ser realizada procurando atentar para a imensa riqueza de detalhes que cerca o modo de produzir cuidado.

A realização de entrevistas/conversas em profundidade para a observação dos brotamentos dos rizomas na rede, definidos pela riqueza das conexões traçadas pelos sujeitos em busca do cuidado, trouxe e mostrou infinitas possibilidades de busca e

análise de dados novos, já que o mundo da vida se constrói e é forjado em ato, nos encontros produtores de cuidado.

A metodologia do usuário-guia possibilitou ir além dos registros dos bancos de dados e incluir a perspectiva do usuário, dos familiares e dos trabalhadores. A realização desses encontros no contexto de vida dos usuários possibilitou, entre outras coisas, vivenciar como se constroem seus modos de andar a vida e suas redes existenciais. Ao observar os usuários-guia no processo de ir e vir nos diversos encontros de suas existências, capotou-se serem possíveis o enriquecimento e a ampliação do nosso olhar sobre a complexidade do cuidado em saúde no mundo. Ao mesmo tempo, incorporaram-se saberes e expandiram-se possibilidades a respeito do projeto terapêutico singular, em especial para pacientes tão complexos e com exigências grandes de cuidados no pós-alta.

Concluiu-se que a metodologia do usuário-guia permitiu às autoras a análise do brotamento das relações e da intensidade da produção singular do cuidado. Na riqueza desses encontros, do trabalho vivo forjado em ato é que as redes vão se construindo no cotidiano dos serviços e dos trabalhadores. Essa metodologia inovadora permite se fazer pesquisa descobrindo o colorido e a riqueza das relações cotidianas.

Referências

1. Carmo M. O desafio de uma gestão democrática e descentralizada. In: Magalhães Junior HM. (Org.). *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2010.
2. Souza GCA, Costa IC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Revista Saúde e Sociedade*. 2010; 19(03):509-17. [Acesso em: janeiro de 2016]. Disponível em: file:///C:/Users/Jose/Downloads/29666-34469-1-PB%20(2).pdf.
3. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade. 2012. [Acesso em: setembro de 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop1812.pdf>.
4. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*, 2010 set; 14(34):593-605. [Acesso em: setembro de 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>.
5. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. 1997 set; 13(3):469-78. [Acesso em: 20.julho.2016]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>.
6. Minayo MCS, Deslandes SF. 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):1641-49.
7. Brasil. Organização Pan-americana da Saúde. Rede Interagencial de Informações para Saúde. *Demografia e saúde: contribuições para análise da situação e tendências*. Brasília. Organização Pan-americana da Saúde; 2010. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). (Série Informe de Situação e Tendências). [Acesso em: 24 mar. 2014]. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/lidbi/docsonline/get.php?id=276>.

8. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde. Revisita e atualiza o tema. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012 out-dez; 21(4):529-32. [Acesso em: 24 mar. 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>.
9. EPS Em Movimento. *Usuário guia*. 2014. [Acesso em: 24.08.2016]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia>.
10. Ayres JRMC. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/ UERJ-ABRASCO; 2009.
11. Moebus RN, Merhy EE, Silva E. O usuário como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: Cruz KT et al (Orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. [No prelo.]
12. Gomes MPC, Merhy EE. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, 70 ed; 1979.