



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

MARCIO COSTA DE SOUZA

REDE DE CUIDADOS EM PESSOAS COM DOENÇA RESPIRATÓRIA
CRÔNICA EM SALVADOR-BAHIA: um estudo no distrito Cabula/Beirú

TESE DE DOUTORADO

SALVADOR

2020

MARCIO COSTA DE SOUZA

**REDE DE CUIDADOS EM PESSOAS COM DOENÇA RESPIRATÓRIA
CRÔNICA EM SALVADOR-BAHIA: um estudo no distrito Cabula/Beirú**

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Aquiles Assunção Camelier

SALVADOR

2020

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

S719 Souza, Marcio Costa de

Rede de cuidados em pessoas com doença respiratória crônica em Salvador-Bahia:
Um estudo no distrito Cabula/Beirú. / Márcio Costa de Souza. – 2020.
118f.: 30cm.

Orientador: Prof. Dr. Aquiles Assunção Camelier

Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Diagnóstico. 2. Atenção centrada no paciente. 3. Atenção integral à saúde. 4. Saúde coletiva. I. Camelier, Aquiles Assunção. II. Rede de cuidados em pessoas com doença respiratória crônica em Salvador-Bahia: um estudo no distrito Cabula/Beirú.

CDU: 616.084

MÁRCIO COSTA DE SOUZA

**“REDE DE CUIDADOS EM PESSOAS COM DOENÇA
RESPIRATÓRIA CRÔNICA EM SALVADOR-BAHIA: UM ESTUDO NO
DISTRITO CABULA/BEIRÚ”**

Tese apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 21 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Bruno Prata Martinez
Doutor em Medicina e Saúde Humana
Universidade Federal da Bahia, UFBA




Prof. Dr. Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciel
Doutor em Fisioterapia
Universidade do Estado da Bahia, UNEB.



Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Doutor em Saúde Coletiva
Universidade Federal Fluminense, UFF.



Prof.^a Dra. Iêda Maria Barbosa Aleluia
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP.



Prof. Dr. Almério de Souza Machado Júnior
Doutor em Medicina Interna
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP.

Dedico a Rose, Marcio Filho, Ana Beatriz e João Rafael, minhas pedras preciosas, que sempre me fizeram acreditar que seria capaz, um muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir na trajetória de minha vida conquistas às vezes dimensionadas como impossíveis, mas a este servo sempre abria os caminhos mais tortuosos.

À Rose, meu amor, por dividir o tempo, o prazer, a vida; e como sempre generosa e companheira, esse sonho só foi possível por você sempre acreditar e me apoiar.

Aos meus filhos Márcio, Ana Beatriz e João Rafael, todas as ausências sempre compreendidas, a reciprocidade do amor sempre demonstrada por vocês de forma intensa me fortalece diariamente e contribuiu de forma salutar.

Aos meus pais, por sempre moveram as montanhas para que os sonhos/desejos dos seus filhos fossem alcançados, e investiram tudo o que puderam da forma mais incrível que um filho pode reconhecer.

Aos meus irmãos, mesmo na distância, a infância sempre retorna nos nossos pensamentos, e as nossas experiências ajudaram a construir a minha vida, e como consequência este trabalho.

Ao meu orientador, sempre paciente, parceiro, um amigo, sempre disponível e capaz, sem você nada disso teria acontecido.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação, pelas trocas e felicidade. Agradecimentos especiais a Jeová Cordeiro, Mara Rissatto, Danilo Rocha e Minna Schleu.

Aos colegas de trabalho, em especial a Fernanda Camelier, a qual fez a aproximação inicial que surgiu todas as ideias que possibilitou esta pesquisa.

Às minhas estudantes de Iniciação Científica Juliana Borges, Rafaela Silva e Vitória Cezar, pela contribuição inenarrável durante todo o percurso do trabalho, cada linha, cada frase tem vocês aqui com muita potência.

A todos os trabalhadores e usuários do SUS representados aqui pelos participantes que viabilizam a pesquisa e a produção de conhecimento de forma permanente na nossa sociedade.

À Universidade do Estado da Bahia, que investiu em mim durante esta jornada e que desta forma contribui para esta conquista e o compartilhamento dela.

“Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo.”

Michel Foucault

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar a rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia, e como objetivos secundários: entender a articulação da rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas nos níveis de complexidade e serviços de saúde; entender a produção de diagnóstico na rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas nos níveis de complexidade e serviços de saúde; e compreender o Itinerário Terapêutico de pacientes com Doenças Respiratórias Crônicas nos diversos níveis de atenção à saúde. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e de cunho exploratório. A mesma foi realizada no Hospital Geral Roberto Santos, ambulatório de Fisioterapia da Universidade do Estado da Bahia e 04 equipes de Saúde da Família, todos pertencentes ao Distrito Cabula-Beirú. Foi utilizada a técnica de saturação para definição dos participantes da pesquisa, totalizando 23. Como técnica para produção dos dados foi escolhida a entrevista semiestruturada e o diário de campo. A análise de conteúdo adaptada por Minayo foi a técnica de análise dos dados. Resultados: Há uma desarticulação da rede de atenção às pessoas que vivem com Doenças Respiratórias Crônicas, associada com a desinformação dos usuários e trabalhadores; o estudo demonstra que os itinerários terapêuticos revelam uma fragilidade na rede, o que dificulta a resolubilidade, além de se instituir redes vivas como saída para o cuidado em saúde; e a produção do diagnóstico é deficitária, fragmentada e ineficiente, principalmente pela dificuldade do acesso. Conclusão: As Doenças Respiratórias Crônicas possuem necessidades singulares, há uma rede fragmentada, todavia existe uma dinâmica e fluidez fora do protocolado; é reconhecida a necessidade de olhar de forma subjetiva para cada paciente e ampliar a rede para contribuir com o diagnóstico e, conseqüentemente, a resolutividade do cuidado.

Palavras chaves: Diagnóstico. Atenção centrada no paciente. Atenção integral à saúde. Saúde coletiva.

ABSTRACT

The aim of this research is to analyze the care network in people with chronic respiratory diseases in the Cabula / Beirú district in the city of Salvador Bahia and as a specific objective: to understand the articulation of the care network in people with chronic respiratory diseases in the Cabula / Beirú in the Municipality of Salvador Bahia at levels of complexity and health services; to understand the diagnosis production in the network of care in people with chronic respiratory diseases in the Cabula / Beirú District in the Municipality of Salvador Bahia at levels of complexity and health services; and to understand the Therapeutic Itinerary of patients with Chronic Respiratory Diseases at various levels of health care in the Cabula / Beirú District in the Municipality of Salvador Bahia. Methodology: research of a qualitative and exploratory nature. The same was done at Roberto Santos General Hospital, Physiotherapy outpatient clinic of the State University of Bahia and 04 Family Health teams, to so belonging to the Cabula Beirú District. the saturation technique was used to define the participants of the research, totaling 23. As a technique for producing the data, the semi-structured interview and the field diary were chosen. The analysis of content adopted by Minayo was the data analysis technique. Results: There is a disarticulation of the network of attention to people living with Chronic Respiratory Diseases, associated with disinformation of users and workers; This study demonstrates that therapeutic itineraries reveal a weakness in the network, which hinders resolvability, and establishes living networks as a way out for health care; and the production of the diagnosis is deficient, fragmented and inefficient, mainly due to the difficulty of access. Conclusion: Chronic Respiratory Diseases have unique needs, there is a fragmented network, but there is a dynamic and fluidity outside the protocol; it is recognized the need to look at each patient subjectively and expand the network to contribute to the diagnosis and consequently the resolution of care.

Keywords: Diagnosis. Patient centered attention. Integral health care. Collective health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	As Dobras no Processo de Subjetivação do Cuidar: Aproximações e Inflexões da Temática	10
1.2	Primeiro Platô: Família e Cuidado	12
1.2.1	Estação São Francisco	12
1.3	Segundo Platô: A Universidade e as Resignificações	16
1.3.1	Estação Nazaré	16
1.3.2	Estação Aprendiz	20
1.4	Terceira Platô: O Ensino, A Fisioterapia e O Mundo.	25
1.4.1	Estação Alagoinhas	26
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	31
2.1	Artigo 1: Produção do cuidado e a rede de atenção a pessoa com doença respiratória crônica: Um estudo de revisão	31
3	METODOLOGIA	40
3.1	Tipo de Estudo	40
3.2	Local do Estudo	40
3.3	Participantes do Estudo	42
3.4	Ferramentas da Pesquisa	43
3.5	Análise da Produção dos Dados	44
3.6	Aspectos Éticos da Pesquisa	44
4	ÍNDICE DE ARTIGOS	45
4.1	Artigo 2 - Articulação da Rede de Cuidados em Pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas no Município de Salvador-Bahia.	45
4.2	Artigo 3 - Itinerário Terapêutico das Pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia.	73
4.3	Artigo 4 - Produção do Cuidado E O Diagnóstico em Pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas: Um Estudo no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador-Bahia.	90
5	DISCUSSÃO	105
6	CONCLUSÕES	108
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	112
	ANEXOS	116

1 INTRODUÇÃO

1.1 As Dobras no Processo de Subjetivação do Cuidar: Aproximações e Inflexões da Temática

[...] um trabalhador de saúde, estaria em permanente construção de sua teia, operando sempre em fluxos-conectivos que traçam uma cartografia interior da micropolítica dos processos de trabalho em saúde.

Túlio Batista Franco

Algumas dúvidas surgiram ao escrever o movimento dos meus encontros com o cuidado e com as Doenças Respiratórias Crônicas, as quais são as bases elementares da pesquisa, assim como com a formação. Inicialmente, foi pensado a partir de um referencial acadêmico, mas no decorrer deste texto será demonstrado que a formação do sujeito trabalhador vai além do que se é aprendido na Universidade ou nos demais campos de aprendizado técnico. Esta é parte do processo de experimentação com o mundo, e o mundo com o sujeito.

Desta forma, este trabalho foi escrito em platôs, que, segundo Deleuze e Guattari⁽¹⁾, é “uma região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma”, que possibilita novas conexões com características múltiplas capazes de produzir agenciamentos, que são implicações produtoras de transformações diante das experiências vivenciadas. Assim, foram escritos três platôs (Família e o cuidado; A Universidade e as ressignificações; O ensino, a Fisioterapia e o mundo), nos quais descrevo momentos de intensos encontros com a produção do cuidado e esta condição de saúde. Há também relatos de vivências que permitiram sentir afetos e afecções, os quais possibilitaram construir novos modos de existência, construir ressignificações a partir destas experiências, como dobras internas do pensamento a partir das experimentações em relação ao cuidado/Fisioterapia⁽²⁾.

Essas dobras são como os processos de subjetivação que nos envolvem na produção de mundo e com o mundo. Neste texto, serão relatadas as experimentações na minha vida, que possibilitaram novos sentidos; a forma na

qual o mundo exterior singularmente implica numa curvatura no interior; a dobra; a construção de novos modos de existência^(2,3).

Nesta proposta de pesquisa, que remete à produção do cuidado, percebemos que, em sua construção, diversas experiências pessoais são conectadas com o momento presente em nossa vida. Todavia, são acontecimentos que, de forma subjetiva, nos conduzem com múltiplas intensidades que desorganizam e avariam o modo de existência cotidianamente, a partir de um mundo produzido por experiências e afecções de forma intensa. Destarte, pode-se perceber o encontro como fonte primordial para a produção subjetiva deste que escreve em três momentos: A vida/família; na Universidade, local que se intitula como produtor de conhecimento científico⁽⁴⁾; e com a produção do cuidado a partir da experiência como fisioterapeuta e docente.

Vale ressaltar que, o encontro entre corpos, o qual tem o poder de afetar e ser afetado⁽⁵⁾, ato que ocorre no cuidar, gera de certo modo uma potência imanente a estes. Desta forma, os corpos são capazes de proporcionarem o bom e o mau, paixões alegres e tristes, produzir vida ou morte, que pode aumentar a potência no agir ou diminuir. Essa é a grande decisão no âmbito entre o trabalhador e usuário na produção do cuidado^(6,7).

Desta forma, a verdade é como uma ilusão que esquece como ela própria é. Assim, a sensibilidade nos faz construir coisas potentes capazes de nos colocarem fora do eixo ou pensando em uma estação, fora dos trilhos de fato, que, repensando a forma de conhecer, há de fato avarias diárias neste processo de construção pessoal e coletiva⁽⁸⁾.

Os caminhos da vida que levaram à escolha da área de saúde, que tem como característica o trabalho afetivo/imaterial, produz a (re)orientação nas formas de contatos/interações com as pessoas, que realizam o serviço e as que as utilizam. Este processo exige uma relação direta, de forma pujante pelas necessidades de prestações de cuidados, numa condição intensa, com a subjetividade, pois, no encontro com o usuário, o mesmo ocorre de maneira dinâmica, plástica, composta de desejos⁽⁹⁾.

Ao escrever o movimento dos meus encontros com o cuidado, minha lembrança percorre sempre meus pais, principalmente minha genitora. Ela sempre teve como ação principal de vida o cuidar das pessoas, desde o dia-a-dia enquanto professora (alfabetizadora) de escola pública, levando muitas vezes os

alunos para casa, ou como a pessoa que “resolve” os problemas de família. Esse papel é exercido até os dias de hoje, nos seus 80 anos de vida.

Representando o movimento, o trem invade de forma intensa e avassaladora a vida, que serão os caminhos percorridos no texto desta produção. Nascido e criado em Alagoinhas, na Bahia, cidade que se fortaleceu com o advento da malha ferroviária, que trouxe seu Francisco Costa Homem (meu avô – acometido por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC) para esta cidade, estabelecendo relações até o fim (início) da sua majestosa vida.

Neste caminhar, por diversas vezes quando criança tive a oportunidade de viajar nos trens de passageiros (hoje não existentes na Bahia, de caráter intermunicipal) com minha família. Uma viagem prazerosa pelo sertão da Bahia com as mais lindas e vastas paisagens, mesmo que, para alguns, seja apenas uma aparência desértica. Entretanto, o trem em movimento possibilita encontros com a natureza, permitindo olhares inusitados e belos.

No primeiro platô, será apresentada a estação que o trem “a vida e o cuidado” caminhou e sofreu dobras e redobras em relação à família e o cuidado. No segundo platô, serão relatadas as estações em que houve as ressignificações da experimentação da Universidade na minha vida. No último, as estações trazem os movimentos referentes às experiências enquanto trabalhador de saúde e docente no cuidar.

1.2 Primeiro Platô: Família e Cuidado

1.2.1 Estação São Francisco

O primeiro acontecimento como dispositivo para novas linhas, experienciado pelo trem “a vida e o cuidado”, foi denominado por este nome por ser de fato o nome da estação de Alagoinhas-Bahia. Por coincidência, faz alusão ao nome do meu avô, e, como relatado anteriormente, este platô relacionado à família foi o primeiro encontro efetivo com o cuidado. Como citei anteriormente, minha mãe foi a grande inspiradora, proporcionando, com seus exemplos, a construção de uma visão diferenciada no que mais tarde consideraria o meu caminho de vida (profissão).

A partir da experiência com a genitora, dois encontros aconteceram nesta estação. Primeiro, com uma tia (irmã de minha mãe) após uma cirurgia de mioma, que teve uma reação à anestesia que a levou a uma parada cardiorrespiratória de oito minutos com sequelas “irreversíveis” (dito pelos profissionais de saúde). Segundo, com o velho Francisco (avô), que, por uma diabetes descontrolada, e após diversos procedimentos, resultou numa sequela de pé diabético com a amputação dos dois membros inferiores, além de um quadro constante de infecções respiratórias em consequência do DPOC.

E a professora sempre à postos, é quem estava na frente de batalha nos hospitais, consultas, D. Lourdes (mãe). Com minha tia, ela deslocou-se para Salvador e acompanhou até onde pôde a todos os procedimentos e ações do seu cuidado, depois trazendo dona Ana (tia) até a sua casa em Alagoinhas, pois a mesma não tinha recursos suficientes para deslocar-se na capital soteropolitana com o intuito de realizar o tratamento. E a professora nos horários vagos, pouquíssimos por sinal, executava a ação de cuidadora “chefe” destas pessoas.

O quadro apresentado era de uma pessoa paraplégica, com o cognitivo depreciado que necessitava de tratamento fisioterapêutico diário, impossível em Salvador pelo custo e mão de obra para deslocar, acompanhar e trazer de volta ao apartamento de quarto andar sem elevador na capital. O ano era de 1990, no qual existia um Sistema Único de Saúde extremamente incipiente e com políticas públicas nada favoráveis ao quadro. E mesmo em condições de pagar os serviços, os mesmos eram caros e de acesso limitado.

Porém um empecilho existia: como conduzi-la ao tratamento em Alagoinhas, se necessitava de duas horas por dia no local a ser realizada a terapia? De que maneira a professora “ocupada” com seus afazeres poderia ficar esse tempo todo?

Neste momento, aparece o passageiro do trem em movimento, um estudante nos seus 13 anos de idade, frequentando o primeiro ano do ensino médio e estudando no turno matutino. Tinha uma afeição especial pela tia/madrinha, que nos mais diversos encontros proporcionaram afetos e afecções que potencializavam a vida, e poderia sim ser um acompanhante nesta jornada a qual se apresentava neste momento.

Pois foi assim que iniciou a referência do cuidado na saúde e a aproximação com a Fisioterapia. Cada dia observando a melhora, de quem tinha

uma condição que fora apresentada com a possibilidade de ser irreversível, os primeiros passos retomados, a cognição melhorando aos poucos, e a vontade de viver expressa neste ser tão amável e que demonstrava uma fortaleza imensa e incalculável. Neste momento, processos de subjetivação eram fortemente introduzidos no meu mundo, a qual me fazia (re) construir a ideia de futuro.

Destarte, essas sensações múltiplas e singulares afetam diariamente o passageiro do trem, e o encantamento em poder cuidar das pessoas rizomaticamente era produzido em si, formado pelo campo imanente com agenciamentos que liberam emoções, felicidades e vontade de devolver vida às pessoas, e certezas iam se construindo na escolha da profissão. Seria um profissional de saúde, mas qual seria de fato a escolha?

Com a melhora, minha tia retornou à Salvador e uma rede de atenção foi organizada para atendê-la, fragilizada, que a levou anos depois a ser novamente paciente, em Alagoinhas, da Fisioterapia. Todavia, o produtor de cuidado agora era aquele ex-adolescente que tinha se tornado fisioterapeuta por afectos potentes de grande intensidade emergidos neste encontro, mas isso aconteceu tempos depois.

É verdade, a necessidade de dar continuidade neste momento de novo na cidade de Alagoinhas, fez o processo de cuidar reencontrar esses corpos, agora como Fisioterapeuta e usuária. Assim, novas trocas e aprendizados foram possíveis de acontecer.

Como um *ritornelo*, o qual pode ser descrito com um símbolo que indica a repetição de compasso(s) ou de frases musicais. Em algumas peças, o primeiro ou o último movimento, retornando em parte ou totalmente, ou seja, de forma rizomática, que não tem nem meio e nem fim, que é passível as idas e vindas deste trem. O passageiro do trem, agora com dezesseis anos, frequentando o terceiro ano do ensino médio, vivenciou outro acontecimento, que proporcionou paixões tristes inicialmente. Sob os cuidados de profissionais, Seu Francisco (avô), por causa da Diabetes, perdeu os seus membros inferiores⁽⁵⁾.

Na memória não escrita ou primária, me faz lembrar um cuidado pelo médico, que inicialmente era hospitalar, depois se tornou domiciliar, com pagamento realizado pela família, com o poder total na mão deste profissional e sem comunicação com a técnica de enfermagem que realizava os curativos E,

principalmente, sem escuta, sem diálogo, com o usuário e familiares sem participar do projeto terapêutico.

Para tornar mais trágica a parada da estação, após sessenta e quatro anos de convivência, dona Francisca (avó) deixa-nos, o que faz o meu avô viver sozinho. E novamente, quem aparece como solucionadora do problema? Dona Lourdes (mãe). Ela se desloca com toda a família e pousa na casa do pai, montando uma rede de atenção, que envolveu uma força tarefa, tendo como “trabalhadores” meu pai, eu e meus dois irmãos, além, claro, da cuidadora “chefe”.

Foram momentos interessantes. Meu pai banhava todos os dias seu Francisco, que não queria ficar despido na frente da filha. As refeições e o deslocamentos dos lugares (mudanças de decúbito) eram tarefas dos netos, as quais me incluía. E foram momentos de trocas fantásticas. Fora as histórias de vida, contadas nos momentos mais felizes que tive perto do meu amado avô.

Ou seja, a DPOC, cujo preditor foi o tabagismo, por anos de uso, era um potente limitador das condições funcionais deste ente querido, que necessitava de cuidados intensos mesmo em domicílio, que me apresentava como algo terrível e devastador na vida. Mas a fisioterapia, no interior, ainda não agia com tanto afinco e muito menos fora solicitada pelos profissionais que ali cuidavam. Sendo assim, outros processos de reabilitação apareceram neste momento de vida, e a Fisioterapia aparece como possibilidade de contribuir no viver de alguém.

Novamente fui capturado pelo ato de cuidar que me certificou a escolha da profissão, a Fisioterapia. Mas, um problema emergiu com grande potência. O que de fato é a fisioterapia? O meu pai queria saber. E diversas vezes fui abraçado pelo dizer de meu pai: “um aluno bom, tem que fazer é medicina ou direito”. Que dilema foi enfrentar a vontade de pessoas que me amavam e queriam o meu “bem”, achando que uma profissão respeitada pela sociedade poderia me proporcionar o melhor. E o dilema maior ainda estava por vir. A faculdade de Fisioterapia na Bahia só de instituição privada e na capital, o que a situação socioeconômica da época não permitia experimentar.

Assim, fiz vestibular na pública, optei pela enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana (1993), e me encontrei novamente triste, insatisfeito, e com uma sensação que não estava no caminho certo. A profissão era linda, instigante, mas não me capturava. Então, mais uma vez inspirada, Dona Lourdes me fez sonhar em um encontro com as estrelas que brilhavam no céu, dizendo:

“filho, faça o que teu coração pede”. E sem que o pai tivesse ciência, me inscrevi no vestibular e passei para fisioterapia, e o meu genitor que até então, não queria, e não sabia o que era, permitiu que eu pudesse ser feliz.

Neste platô, os encontros permitiram que, a partir de acontecimentos, fossem produzidos agenciamentos, os quais acionaram como força propulsora na minha formação enquanto sujeito, o desejo de cuidar, produzindo sentidos em mim, a partir das experiências citadas acima.

1.3 Segundo Platô: A Universidade e as Resignificações

Neste caminho, o trem passa pelos corredores da Universidade, espaço este que é “responsável” pela formação acadêmica do profissional. Entretanto, serão relatados encontros que permitiram a construção subjetiva desse ser, além do que é “contratado” no âmbito acadêmico.

1.3.1 Estação Nazaré

Esta estação concerne a aproximação deste passageiro com o campo científico da Fisioterapia (1994), quando este passageiro/maquinista desceu na Universidade localizada no Bairro de Nazaré, no município de Salvador. Do primeiro ao quarto ano do curso, foram capturas constantes que orientavam para uma prática individual, curativa e que fortalecia o poder do profissional. A maioria dos componentes curriculares (principalmente na área de humanas) nos foram apresentadas desarticuladas com o campo da saúde, sem sentido algum que potencializava um desejo de repugnar estas com a figura do profissional.

Desta forma, um sujeito estava sendo formado sem compreender o coletivo, que não entende a prática como algo duplo (trabalhador/usuário), sem fazer entender o plano subjetivo do cuidar. Assim, a formação era construída sem uma experimentação que privilegiasse um diálogo simétrico entre o trabalhador/usuário, ou seja, a técnica é essencial e soberana no processo de cuidar⁽⁹⁾.

Destarte, o que se ouvia entre os colegas e repetido por mim era, para que servem estas disciplinas? E para ajudar esta concepção, no primeiro dia de aula da disciplina saúde pública, foi verbalizado: para que fisioterapeutas estudam esta

disciplina? Ou seja, apenas experiências que nos afastavam daquele que deveria ser o verdadeiro sentido do cuidar em saúde.

Ou seja, componentes curriculares que poderiam despertar uma visão diferenciada no campo da subjetividade, eram formuladas a partir de orientações pedagógicas tradicionais, principalmente no que se refere à metodologias de ensino-aprendizagem, não permitindo uma participação ativa do aluno no processo de produção do conhecimento, e uma desarticulação no que tange a produção do cuidado⁽¹⁰⁾.

Reforçando esta situação, ouvíamos afirmações ou verdades absolutas que o saber disciplinar como a Anatomia, é a fórmula do sucesso do fisioterapeuta, assim como patologia, histologia, biofísica e as disciplinas profissionalizantes (Fisioterapia Aplicada a Ortopedia, por exemplo). Como eram “verdades”, muitas vezes ditas como absolutas, fomos levados a crer nesta situação, reproduzida até os dias atuais nas escolas de formação do campo da saúde, pois esta forma de produção de conhecimento produz o ensina, ordens e comandos, que são impostos pelos docentes, que segundo Deleuze e Guattari⁽¹⁾ “é a unidade elementar da linguagem, (...) palavra de ordem”.

E as visitas técnicas, conhecer os hospitais, colocar o branco impecável, com o sapato de couro e ainda o jaleco por cima, para transcendermos sobre todos e tudo, impressionava. Às vezes ajudava a ser respeitado nos locais em que passava e onde frequentava, principalmente nos transportes coletivos.

Porém, na formação, a discussão não chegava ao âmbito de cuidar de pessoas. Foram quatro anos de muita teoria sem discussão de casos e a experenciação com cenários de práticas e pessoas, quando fazia uma visita era para conhecer a estrutura de um hospital. E as pessoas que estavam no hospital? Passavam despercebidas pelos colegas que queriam trabalhar em uma Unidade de Terapia Intensiva, ambiente de grande respeito e expressão de poder deste profissional.

É importante ressaltar que, a formação acadêmica deve ir além da formação hospitalar, experimentar outras realidades. Novos cenários, que demonstram a realidade, podem produzir reflexões sobre as práticas e resolutividade, das ações, permitindo ao discente uma ideia de cuidado integral e humanizado⁽¹⁰⁾.

Acolhimento, vínculo, interdisciplinaridade, intersetorialidade, projetos terapêuticos, escuta qualificada, etc.. Anos depois, no mestrado, foram apresentados estes conceitos-ferramenta, principalmente pela dissertação que levou a esta discussão. E os demais colegas? Estão espalhados nas diversas unidades sem esta compreensão? Como deve ser a produção de cuidado destes? Dúvidas existentes, que expressam a singularidade, multiplicidade e heterogeneidade do trabalho em saúde.

É evidente que estas discussões estavam sendo ainda experienciadas na prática, porém nada inovou, e ainda há a sensação de que seríamos os grandes profissionais e com responsabilidade enorme sobre a vida das pessoas, como se estas fossem “escravas” dos “tiranos” de branco, que muitas vezes o são e constroem uma relação potencialmente fragmentada.

Deste modo, a formação ofertada aos trabalhadores de saúde opera em modo geral na aquisição de “conhecimentos sobre doenças e agravos”, o que proporciona a construção de um profissional que prima pela integralidade, sem ter a oportunidade de discutir/vivenciar habilidades e/ou a sensibilidade no campo relacional. Ou seja, há um déficit importante nas estratégias educacionais que permitam abordagem⁽¹¹⁾.

Assim, profissionais/sábios que detêm o conhecimento, serão formados para resolver os problemas dos “pacientes” com suas técnicas e/ou procedimentos, de forma imperativa e poderosa. Era desta forma que as instituições de ensino pensaram (pensam) a formação do trabalhador de saúde.

Em relação à atenção domiciliar, nenhuma experiência foi apresentada na formação. Não ocorriam nas disciplinas teóricas, muito menos nas práticas. O fisioterapeuta estava sendo formado sem conhecer na prática os desafios do cuidar em domicílio, que é um espaço de disputas importantes que determinam dimensões do cuidados fundamentais, como a resolutividade das ações, acesso, acolhimento, dentre outros⁽¹²⁾.

No entanto, processos de subjetivação dentro e fora da universidade permitiram novas formas de pensar/agir sobre o mundo e a forma de receber as experiências do mundo em mim. A primeira delas foi a experiência no Centro Acadêmico, pensar no outro, nos colegas de sala e das outras turmas, essas situações redimensionaram a visão de mundo. A luta pelo bem coletivo, da formação destes, puderam reconduzir os caminhos e as trilhas por ali passadas.

Estar na mesa para discutir melhores condições de ensino-aprendizagem, me fez em diversas vezes repensar no modo de agir com o outro.

Segundo Deleuze⁽²⁾, há uma intensidade na vida das pessoas quando as mesmas se encontram com o poder, pois as tentativas de fugas e de escapar das armadilhas, estas relações com a “força” que vem de fora, estabelecem novos olhares em três dimensões: saber, poder e pensamento. Assim, no meio de um espaço que constrói um profissional individualista, esta experiência de lutar por um coletivo proporcionou uma mudança subjetiva neste ser.

A segunda experimentação foi no campo da militância política. Vivenciar um grupo que neste momento lutava pelas minorias, brigava pela melhoria das condições de vida da população, tinha o diálogo como estratégia de construção coletiva, essas vivências transformavam cada dia o sujeito.

Estas experimentações, que mesmo não estando no projeto acadêmico, mas proporcionaram interferências/implicações éticas e políticas no passageiro, produziram metamorfoses, dobras da vida, rizomas, novas conexões, que a partir dos vários pontos de vista, serão capazes de singularizar a sua relação com o mundo e como o mundo age intrinsecamente em você^(1,2).

O rizoma se caracteriza como um fluxo contínuo nas relações do cotidiano, influenciando diretamente na subjetividade, já que interfere na forma singular de perceber o mundo e definir as ações. Isso proporciona desterritorializações e reterritorializações constantes, através de agenciamentos, perpassando por um nomadismo involuntário do ser e da sua existência, no qual, o mesmo pode ser considerado como um “mapa que deve se construído, desmontável, conectável, modificável, com múltiplas entradas e saídas”, pois o mesmo é constituído essencialmente por pessoas que estão o tempo inteiro redimensionando através da condição nômade/múltipla do ser humano⁽¹³⁾.

Este autor ainda afirma que os encontros foram capazes de constituir agenciamentos que determinaram transformações no plano de consistência (singular/múltiplo), possibilitando a construção de linhas de fuga através de rupturas constantes que a imaterialidade desta condição permite acontecer⁽¹³⁾.

Vale ressaltar que, na prática, todo o conhecimento, independente do local da experimentação, é uma acumulação de símbolos/signos. A sua atuação é o conhecimento sobre a própria experiência, uma verdadeira (in) separação entre a percepção e a ação.

1.3.2 Estação Aprendiz

Esta estação faz parte do processo de aprendizagem da técnica. Ou seja, no quinto ano (estágio), é o momento que o discente coloca em prática tudo que foi teorizado nos anos anteriores, e, quando finalmente poderia ter contato com os “pacientes”, sim pacientes, às vezes éramos obrigados a mudar esta nomenclatura para clientes (assim se encontra descrito no Código de Ética do Fisioterapeuta), fica uma forma mais incandescente para tratar o outro/objeto.

Esta é a relação construída entre trabalhador/usuário, em que o outro é um objeto, principalmente no estágio, um objeto de aprendizagem. Há possibilidade de construir seu conhecimento, muitas vezes dito como a oportunidade de errar, o que constrói uma postura ética/política distante da governamentalidade de Foucault⁽¹⁴⁾, que prestigia o governo de si como atitude ética, crítica, um sujeito livre e o agir pensando no governo dos outros, no qual se torna indissociável, sem “um princípio de agitação e inquietude”. No caso apresentado, apenas demonstra ao estudante um espaço de conhecer para si e não de si.

No campo da formação, não se pode aceitar a edificação de sujeitos que não possam cuidar politicamente de si sem perpassar a interindividualidade. Em diversos campos de discussão, pode ser visto como uma relação de forças, entre o eu e os outros, na busca de não ser governado. Esta é a lógica da formação educacional existente no nosso país, em todos os espaços, mas que predomina fortemente no campo da saúde.

Logo no primeiro dia, estivemos em um grande hospital público soteropolitano, na ala de clínica médica, que tinha especificamente a especificidade de cuidar de pacientes lesados medulares, que somavam vinte e quatro internados na época. Durante a distribuição de pacientes, cada colega ficou com três pacientes e eu fui “agraciado” (palavras do docente) com apenas um. Para o estudioso (passageiro/Maquinista) este caso será de sua responsabilidade, pois o mesmo tinha sido monitor da professora da disciplina específica no ano anterior.

Quem era este caso? J.C. 36 anos, sexo masculino, vítima de trauma por mergulho em águas rasas, com lesão da quinta e sexta vértebra cervical, com tetraplegia. No entanto, o paciente se encontrava a quatro meses de um procedimento cirúrgico realizado no local da lesão para estabilização das

vértebras lesionadas, apresentando escaras de decúbito infectadas e há 21 dias recusava o tratamento de qualquer natureza, inclusive fisioterapêutico. Para o menino estudioso (passageiro/Maquinista), um caso a resolver, que não dependia de tecnologias duras (instrumentos) ou leve/duras (conhecimento técnico), mas de tecnologias leves (relações) que pudessem fazê-lo enxergar a necessidade da terapêutica.

Segundo Merhy et al⁽¹⁶⁾, o processo de trabalho pode ser definido de acordo com a sua composição tecnológica do trabalho, em que o mesmo é composto em trabalho vivo (TV) e trabalho morto (TM), no qual o TV é o trabalho imaterial, realizado em ato e o TM seria os instrumentos, no qual já houve alguma ação sobre o mesmo anteriormente. A partir desta, pode compor uma relação entre o TV/TM que seria denominada de composição técnica do trabalho. Assim, as tecnologias duras são compostas por esses instrumentos em sua base, as leve-duras pelo conhecimento técnico apreendido e as leves pelas relações realizados em ato, trabalho vivo em base. A forma pelo qual é composta a ação do trabalhador de saúde para o cuidar determina a composição tecnológica, e conseqüentemente o modelo tecnoassistencial.

Na aproximação ao leito de J. C. (4 metros de distância), fui interpelado com a pergunta. “Serei sua cobaia? Nem pensar, pode ir tirando seu cavalinho da chuva”. Como uma ducha gelada, a sensação de impotência insurgiu naquele instante; que potência de encontro, e no primeiro instante apenas paixões tristes eram estabelecidas nesta relação. Pois duas horas depois, não tinha avançado, e quando solicitada a ajuda do docente responsável, a resposta da mesma foi que: fazia parte da avaliação do discente a capacidade de atender o paciente, ou eu atendia ou não atendia, o que em relação ao processo avaliativo seria inadequado.

Mas, duas horas depois de diálogo, descobri que o mesmo era compositor, e me ofereci para ser suas mãos e escrever as músicas, tendo como resposta, eu “vou pensar” e como pergunta: “e se você me roubar?” Neste momento, mesmo sem experienciar o conceito de tecnologia leve, de trabalho vivo, utilizo esta ferramenta como estratégia no cuidar.

Quando terminei a primeira música intitulada “verdade brasileira”, ele não se contentou em ver a obra de arte manuscrita no papel de evolução do hospital, interpelando da seguinte forma: “até minha música vai estar interligada com a

porqueira do hospital?” E naquele momento, através desta experimentação, enxerguei pela primeira vez o hospital como algo triste e destrutivo de almas, pois a visão interpelada por todos é que este era o local que curava e salvava a vida das pessoas que precisavam do mesmo. Neste momento então, pode-se perceber a subjetividade operando na produção do mundo do cuidado, não somente no usuário, mas também no mundo do trabalhador. Processos de inflexões singulares, a partir da invasão no mundo de J.C., passaram a invadir o meu mundo, e novos sentidos foram produzidos.

Na minha visão e na maioria dos cidadãos, o Hospital se constitui como um o centro de resolução dos problemas de saúde, e veio à lembrança minha tia, que entrou andando e saiu tetraplégica, e meu avô, que resolveu o problema mutilando-o. Que “droga” de lugar que proporciona escaras a uma pessoa, que os “cuidadores” identificavam-no como problemático, não reconhecendo como ser desejante e respeitando a sua singularidade.

Afectado com aquele acontecimento, no dia seguinte comprei um caderno que serviu para escrever as músicas, e fizemos um pacto de escrevê-las neste que seria o documento oficial das suas composições, que ocorreram até o estágio finalizar (30 dias apenas).

No entanto, neste segundo dia, ainda não consegui avançar na “terapêutica física” (iniciou no terceiro dia o tratamento). E mesmo tendo uma sensação que contribuí para sua vida, a sensação sempre era a de dever descumprido. No final da manhã, durante a discussão, relatei a necessidade de uma ação de psicólogo, assistente social e cirurgião plástico. A resposta foi que tudo já estava sendo feito. É claro, fragmentado e desarticulado, surge em mim de forma intensa um olhar sobre o cuidado de forma diferenciada. As dobras iam causando interferências, resignificando os meus modos de existência.

A partir desse momento, um novo olhar sobre o cuidado insurgiu, o que normalmente ocorre da relação entre o trabalhador da saúde e os usuários, mesmo com a presença das tecnologias duras e leve duras. No momento de intercessão entre mim e J. C., um novo mundo foi construído, o que fez (re) pensar o modo de agir e conhecer novas ferramentas do cuidar. Ou seja, a multiplicidade existente na singularidade de Marcio/passageiro/maquinista desta estação, que está sempre em produção de si e do mundo.

No terceiro dia, veio a “ordem” que precisava: “hoje você poderá fazer a fisioterapia em mim”. Essa fala de J. C. invadiu meu corpo de forma intensa, e ao mesmo tempo em que sentia que avançava tecnicamente, em mim, dentro de mim, sentia algo inexplicável de prazer em poder contribuir com a vida desta pessoa.

Esta situação pode trazer duas reflexões. A primeira, a mudança da prática de saúde de fato em relação à condução da terapêutica, no qual o usuário “determina” quando deve ser iniciada o processo, centrada no desejo do outro e não no profissional⁽¹⁵⁾. E segundo, este processo de acolhimento que vai além do vínculo e da responsabilização, que muda a relação do técnico com o usuário.

Vale ressaltar que, durante todo o momento, nunca encontrei a presença de um familiar ou responsável. Por isso a assistente social sempre era solicitada pela preceptora (somente a mesma poderia solicitar uma interconsulta), e, naqueles momentos, entendia como era importante, pois era talvez, a única que o enxergava como ele era de fato, J. C., o compositor.

A família é sempre uma ferramenta fundamental no processo de cuidar, devendo ser sempre um instrumento de continuidade do trabalho do profissional de saúde, ainda no hospital e complementarmente no lar. Essa parceria garante que esse cuidado seja constante, acelerando o processo de revitalização do corpo e da mente do “paciente-família” associado com o sentimento de afeto que um tem pelo outro.

Segundo Prata *et al*⁽¹⁶⁾, a singularidade e a alteridade familiar, deve ser percebida pelo trabalhador, principalmente no que tange às mudanças de vida que atravessam os seus modos de existência, assim como as mesmas se organizam através de sua estrutura ética-política, o que poderá intervir na produção do cuidado⁽¹⁷⁾.

Durante o mês, os atendimentos foram acontecendo de forma solitária, sempre associado com a escrita das músicas, já que, a partir deste encontro, J.C. mencionava que a inspiração tinha voltado. E até composições em conjunto surgiram, despertando paixões alegres e a capacidade de afetar e ser afetado, experimento afecções que transformam os modos de existência deste aprendiz de trabalhador e deste usuário.

No penúltimo dia, o elogio da preceptora ocorreu, pois na enfermaria o comentário era que JC fazia fisioterapia com o estagiário, e somente com ele, no

período da manhã. Então solicitei que pudesse levar o violão no último dia, para que tivéssemos uma ação de despedida forte e potente nas nossas vidas, o que foi negado, pois, aquele local era específico para tratar as pessoas, e “shows” eram em barzinhos e ambientes similares. Novamente, o ambiente hospitalar como centro das intervenções que “curam” voltou a reinar impossibilitando de experimentar algo diferente entre os trabalhadores e usuários daquele confinamento.

Assim, o mês de estágio passou e três meses depois em outro hospital (em outro campo de estágio), ouvi do coordenador do serviço, “você é o Márcio, até que enfim, J. C. estava te esperando, disse que só confiaria no tratamento se fosse com a sua pessoa”. Como fiquei poderoso, os colegas mencionaram que já estaria passado, e fiz uma solicitação básica, queria uma avaliação em conjunto do psicólogo, assistente social, médico diarista, cirurgião plástico para que fosse de fato construída uma proposta terapêutica compartilhada.

É importante destacar que, nos serviços de saúde, todos os sujeitos devem participar da construção dos projetos terapêuticos singulares, onde a (re) invenção das práticas possibilitem novas formas de agir eticamente, e assim possa produzir através destes atos, uma amplificação e propagação de uma produção de cuidado integral através de um trabalho em equipe fortalecido.

Entretanto, os trabalhadores operam em redes, em que os usuários devem fazer parte desta e em conjunto construí-la, com fluxos contínuos e muitas sem uniformização, formando conexões, com o intuito de produzir de forma resolutiva a saúde do indivíduo.

Por conseguinte, iniciaram as experiências fantásticas, como o primeiro banho fora do leito, realizado em conjunto com o técnico de enfermagem. À primeira vista na cadeira de rodas, na praça em frente ao hospital, estas ações parecem simples ao ser contado, para quem não tem nenhuma disfunção e não pertence ao mundo do hospital, mas que demoraram quase nove meses para (re) acontecer na vida de J. C. e, em conjunto, na minha vida. Nesta estação, outros momentos de captura ocorreram fortemente para o não compartilhamento e atividades que imprimiam uma relação de poder sobre o “paciente”. É muito forte no hospital a presença do poder sobre o corpo, sobre o corpo do outro, que segundo Foucault⁽¹⁸⁾, esta violência ocorrida pelo poder, “fecha todas as possibilidades”, portanto a única possibilidade de ação será sempre a passividade.

Porém, a música voltou na discussão e neste espaço foi autorizado o violão. No momento com todos os usuários e familiares, fizemos a demonstração das músicas de J.C. e algumas solicitadas pelos outros que partilhavam aquela enfermaria. Foi o momento mais potente de todos naquele ano de estágio, pois ainda não tinha experimentado felicidade nos olhos de todos em um único momento.

Pode-se observar que, de fato há uma desconstrução dos territórios existenciais de todos os envolvidos (trabalhadores/usuário/família). Algo que fazia uma verdadeira interação de todos com a vida, uma (re) definição de projetos pessoais éticos-políticos. Ou seja, há uma dinâmica subjetiva da realidade, que dá novos sentidos, estes acontecimentos são múltiplos e complexos.

Entretanto, essas vivências, ocorriam em um espaço em que o trabalhador de saúde domina, sem necessidade de invadir espaços não conhecidos, que é a casa do usuário, no qual pode se deparar com dificuldades não esperadas, principalmente pela falta de conhecimento do sistema familiar em suas inter-relações, pois normalmente a formação profissional não prepara para enfrentar esta realidade, já que o direcionamento dos profissionais é para a cura, individualista e especialista no ambiente clínico-hospitalar.

Os trabalhadores da área de saúde e em especial a Fisioterapia, no qual o passageiro/maquinista faz parte deste universo, culturalmente desde a sua construção enquanto profissão vem apresentando com práticas voltadas para a cura e reabilitação das pessoas que necessitam de suas ações, com o aparato tecnológico como principal dispositivo de ação⁽¹⁹⁾.

1.4 Terceira Platô: O Ensino, A Fisioterapia e O Mundo.

Neste platô, o passageiro maquinista apresenta vivências experimentadas na atenção domiciliar e hospitalar, principalmente enquanto docente de Instituições de Ensino Superior público e privado e como profissional da Fisioterapia, que de alguma forma redesenharam os trilhos e as trilhas da minha vida e dos demais passageiros desse trem.

1.4.1 Estação Alagoinhas

Neste momento, já profissional, no qual inicialmente como atividade técnica teve como partida o Hospital Geral Dantas Bião, no município de Alagoinhas-Bahia. Neste espaço físico, as ações eram facilmente realizadas, pois reproduzia as experiências do último ano de faculdade.

No entanto, apenas 30 horas semanais demandam a ação, sem contar um salário indigno para um trabalhador. Assim, para complementar a atividade, o atendimento domiciliar era realizado nos turnos em que não me encontrava no hospital, e muitos desses atendimentos ocorriam com os usuários com sequelas físicas do hospital, com dificuldade de locomoção, principalmente.

Esses atendimentos eram particulares sem relação com o Sistema Único de Saúde. Neste momento (1999), não havia discussão sobre uma política pública sobre atenção domiciliar. Nos municípios que tinham a Estratégia Saúde da Família, ocorria sobre a égide do Médico, Enfermeiro e técnicos de enfermagem, pois os mesmos formavam a equipe mínima exigida pelo Ministério da Saúde e conduziam assim as ações na Atenção Básica, sem a devida participação dos demais profissionais.

Vale ressaltar que, diversas vezes, deparava-me com a dificuldade na execução do pagamento, o que atrapalhava a continuidade do tratamento, o que a inclui como barreira de acesso importante, que é a econômica. Ou seja, como o setor público não possuía uma política pública específica para as pessoas que detinham uma incapacidade funcional de origem física e conseqüentemente de um fisioterapeuta, o pagamento era efetuado pela família, no qual muitas vezes não conseguia dar continuidade ao processo de cuidar.

Outra dificuldade era o projeto terapêutico, algo que não representava a realidade das ações dos profissionais. Quando ocorria uma atuação de mais de um profissional, era fragmentada, ou seja, sem comunicação de qualquer natureza. Há uma grande lacuna referente à formação dos trabalhadores de saúde, que não valorizam o trabalho em equipe, permitindo-os ainda na graduação, experiências que o aproxime da realidade dos usuários, principalmente de forma interdisciplinar, com o intuito de produzir um cuidado integral.

Vale ressaltar que, sujeitos quando trabalham em equipe podem de fato alterar o rumo das situações do cotidiano, o que estimula a saída da prática fragmentada. Desta forma, a “equipe” seria uma estratégia para construção de um novo olhar para a produção do cuidado, reestruturando o processo de trabalho, resignificando as práticas e os modos de existência dos participantes desta vivência. Assim, novos espaços de fala, escuta, olhares e signos podem ser potencializados⁽¹⁵⁾.

Destarte, tornava-se complicada a resolutividade das ações, fruto de uma formação individualista inequívoca, a qual não era usuária-centrada, e sim nas sequelas/doenças apresentadas pelos mesmos, e que cada campo científico (Fisioterapia, Medicina, Enfermagem, etc.) executava suas tecnologias (duras, leve-duras, leves), sem qualquer articulação entre as mesmas.

Portanto, as práticas eram resumidas, independentes dos usuários, através de ações solitárias. Contudo, momentos de acolhimento, vínculo, responsabilização, escuta qualificada, também eram utilizadas na composição do trabalho vivo, no ato de cuidar, e que no momento, pela experiência/conhecimento do fisioterapeuta em questão, eram efetivas/eficazes na sua essência.

Nesta vivência, entra na História Dona L., Mulher, mãe de 6 filhos, evangélica, trabalhadora a vida inteira para criar os seus entes, que se multiplicaram com a vida dos netos, que dividiam a mesma residência, um pensionato que acolhia principalmente trabalhadores. A mesma tinha sofrido de um Acidente Vascular Encefálico, apresentando hemiparesia (déficit motor em um lado do corpo) a esquerda, comprometendo funcionalmente os membros daquele lado corporal e afasia (perda da fala); evoluindo para dislalia, ou seja, um “derrame” na vida dela e dos demais familiares. Conseqüentemente, não conseguia utilizar as mãos e a não deambulava (caminhava), sentava com apoio de travesseiros. A vida tinha tudo para ser uma “desgraça”, pois o tempo inteiro estava deitada na cama “vendo o dia passar”, e a sua cozinha, que cuidava em alimentar os moradores da pensão e as marmitas entregues na residência, não estavam mais sobre sua responsabilidade.

Mas os encontros foram acontecendo. Inicialmente, o sentar sem apoio tornou-se uma realidade, o deambular (caminhar) com ajuda foram acontecendo, a cadeira de rodas inicialmente passou a ser utilizada (coisa que antes não conseguia fazer, mas logo novas experiências ocorreram).

O único profissional que a mesma visitava em consultório, era o médico que tinha responsabilidade de receitar os anti-hipertensivos e os antiglicêmicos, mas a perda da fala era uma grande barreira para a mesma, a comunicação. Quando comentei sobre a possibilidade do fonoaudiólogo, a família respondia, fonoaudiologia é o que? Não tinham conhecimento e nem economias para mais um profissional, que na rede SUS deste município, naquele momento, também não existia.

Assim, diariamente, nos momentos da terapia física, eu pedia que a mesma falasse meu nome, e para a surpresa de todos, mesmo com certa dificuldade, Dona L. emitiu uma sonoridade compreensiva, diga-se de passagem, a primeira após a lesão, que fez a família chorar e ao mesmo tempo se indignar, pois a primeira palavra dita fora o meu nome, e não de um dos filhos e netos.

Um acontecimento importante surge: a relação trabalhador/família/usuário, juntos em uma possibilidade terapêutica que pôde transformar a vida do outro, é uma invenção de novas possibilidades⁽¹³⁾. Neste momento, a família percebe que o apoio relacional da mesma para com Dona L. deve ser reforçado.

Esta resposta novamente possibilita uma (re) territorialização dos mapas, meu, da família e de Dona L., o centro desta situação, a atenção domiciliar enquanto cenário de atuação. É necessária uma retomada nas práticas, redimensionando-as junto a família e ao usuário, capaz de orientar os rumos da vida de todos, ultrapassando os limites do cuidado específico do usuário, interferindo nas escolhas de vida, resultando em processos de subjetivação, neste caso, escolha profissional.

Esta situação nos remete à definição de corpo vibrátil de Rolnik⁽⁵⁾, quando o descreve como um “corpo que alcança o invisível, sensível à efeitos dos encontros de corpos e suas reações”. Esta é a sensação, a partir do encontro o desejo surge de forma propulsora e potente, resignificando a vida de todos que se encontraram nesta experimentação. E esse encontro ocorreu anualmente no mesmo lugar, até a sua morte, que deixou um vazio naquele espaço, mas que na memória produzia algo que sempre era intenso, e que apesar de estar sendo escrito neste texto, há uma distância produzida entre o saber e o sujeito, entre o que fora memorizado e o que está escrito.

Mais dobras, redobras, é um processo de subjetivação consigo mesmo, se metamorfoseando, ou seja, um Márcio que não para de (re) nascer, que pertence

as quatro pregas/dobras, descritas por Deleuze⁽²⁾: o que nós nos prendemos na dobra; a inflexão produzida na experimentação; o saber, a verdade, a ligação dela conosco; e o lado de fora, o que nos faz dobrar. É como afetar-se a si mesmo, e assim, novos modos de existência são produzidos, o múltiplo ganhando forma neste ser singular, e assim, um passageiro/maquinista se (re) constrói.

Aqui entra em cartaz neste movimento, a casa, o domicílio, o lar de Dona L., lugar potente, um local que remonta a própria existência das famílias em sua organização, são desafios diferentes, que nos faz o tempo inteiro a pensar como enfrentar as singularidades⁽¹⁵⁾. Podemos então perceber que a família, quando está inserida no cuidar, pode provocar ações positivas e transformadoras em diversos aspectos, inclusive no pessoal.

No entanto, a falta de uma equipe interprofissional era evidente, o que tornava mais árdua a ação, porém, sem reduzir o agir deste passageiro, mas que muitas vezes se via sem conseguir respostas e saídas para algumas ações. Assim, entendemos que a ação quando é interprofissional e intersetorial, permite que o cuidado em saúde em todos os espaços se produza de forma mais eficaz, principalmente no âmbito domiciliar⁽²⁰⁾.

No entanto, o trabalhador, em equipe ou não, deve ter como imagem/objetivo a autonomia do outro, representado na comunicação verbal retomada e na melhora funcional, ocorrida com a mudança da mesma de cômodos deambulando e até mesmo quando vai até a porta esperar o bloco passar em ortóstase (em pé), superando inclusive os princípios religiosos. Esta autonomia deve estar ligada diretamente com a produção de vida que o encontro deve alcançar outras dimensões além/corpo anátomo-fisiológico. E que no ambiente domiciliar pela sua característica singular permite novas possibilidades e transformações⁽¹⁶⁾.

Essas e mais experiências me desterritorializaram e me resinificaram o modo de pensar o cuidado, a vida e o que me permitiu caminhar sobre novas perspectivas, e pensar em rede, em subjetividade e outras produções que caminham a minha trajetória e o novo encontro com orientador fomentou esse olhar às pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas, e construímos o projeto atual, no qual apresentamos no formato de tese de Doutorado.

Neste momento, no final da escrita, novamente a doença respiratória entra na minha vida. Meu pai, o cuidador, apresenta um Câncer de pulmão, o qual

colocará este homem em cirurgia no dia 01/11, um dia antes da entrega da Tese na fase final, e novamente muitos encontros me possibilitaram (re) pensar a vida. O meu orientador, o homem que diagnosticou a doença em meu pai e encaminhou para o cirurgião Torácico, seres humanos que me fazem acreditar que o cuidado em saúde vai muito além de técnicas e conhecimento. Da realização dos exames até este momento, vários encontros potentes foram produzidos, isso posso afirmar. A defesa ainda acontecerá, e não sei quais foram os encaminhamentos, mas tenho certeza que todo o processo do diagnóstico e preparação da cirurgia já me produziu outro ser, e tenho certeza que novos encontros surgirão. E neste Rizoma, volto aos três platôs nesta experiência, a Família, a formação e o Ensino.

Diante destas perspectivas, tivemos como objetivo primário: analisar a rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia, e como objetivos secundários: entender a articulação da rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas nos diversos níveis de complexidade e serviços de saúde; entender a produção de diagnóstico na rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas nos níveis de complexidade e serviços de saúde; e descrever o itinerário terapêutico nos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade de pessoas com doenças respiratórias crônicas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Artigo 1: Produção do cuidado e a rede de atenção a pessoa com doença respiratória crônica: Um estudo de revisão

REVISÃO DE LITERATURA



PRODUÇÃO DO CUIDADO E A REDE DE ATENÇÃO A PESSOA COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA: UM ESTUDO DE REVISÃO

CARE NETWORK FOR THE PERSON WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASE: A REVIEW STUDY

**Márcio Costa de Souza¹, Jairrose Nascimento Souza²,
Fernanda Warken Rosa Camelier³, Aquiles Assunção Camelier⁴**

¹Autor para correspondência. Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Docente na Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. mcsouzafisio@gmail.com

²Fisioterapeuta, pesquisadora do Grupo de Pesquisa Micropolítica do Cuidado e Formação em Saúde na Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. mfsio10@gmail.com

³Fisioterapeuta. Doutora em Ciências/Reabilitação. Docente na Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. fcamelier@uneb.br

⁴Médico. Docente na Universidade do Estado da Bahia e na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. aquilescamelier@yahoo.com.br

RESUMO | Introdução: As doenças respiratórias crônicas são consideradas problemas de saúde pública no mundo pela alta prevalência. O poder incapacitante e em alguns casos por levar a morte, desta forma o cuidado integral a essas enfermidades é primordial. **Objetivo:** discorrer sobre a rede de cuidados em pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas (DRC). **Materiais e Métodos:** É um estudo de revisão de literatura no qual foi utilizado artigos científicos e documentos pesquisados na base de dados do Pubmed, Bireme e Google Acadêmico que foram publicados de 2010 a 2016, o qual foram pesquisados os seguintes descritores: assistência centrada no paciente, doenças respiratórias e necessidades e demandas de serviços de saúde, foram selecionados 27 artigos. **Resultados:** Quando se pensa o cuidado, deve-se inicialmente pensar na forma integral e subjetiva no ser humano atendido, e como deve ser produzido na rede de atenção, neste caso em pessoas com DRC. Outro item fundamental no cuidado integral da pessoa com DRC deve ser o olhar aos aspectos multidimensionais dessas enfermidades, que produzem efeitos significativos na capacidade funcional e consequentemente na qualidade de vida, o que necessita de ações interdisciplinares para que tenham resoluções na vida dos doentes e de seus familiares. No entanto, há barreiras de acesso importantes de caráter geográfico e comunicacional que interferem no cuidado à saúde destes agravos. Há ainda uma desarticulação dos pontos de atenção que prejudicam na produção do diagnóstico e tratamento das doenças, no que concerne em número de serviços e funcionalidade dos mesmos. **Considerações finais:** É importante ressaltar que ações que contribuam para a construção de uma rede de atenção para o cuidado integral que atendam às necessidades das pessoas com DRC, que tenham a interprofissionalidade como ação primordial na construção de projetos terapêuticos singulares que produzam efeitos na vida destas pessoas.

Palavras chave: Assistência integral à saúde; Doenças respiratórias; Assistência Centrada no Paciente.

ABSTRACT | Introduction: Chronic respiratory diseases are considered public health problems in the world due to high prevalence, incapacitating power and in some cases leading to death, in this way comprehensive care for these diseases is paramount. **AIM:** to describe the network of care in people with Chronic Respiratory Diseases (CRD). **Methods:** This is a review of literature in which scientific articles and documents were searched in Pubmed, Bireme and Google Academic databases that were published from 2006 to 2016, which the following descriptors were searched: Comprehensive Health Care; Respiratory Tract Diseases; Patient-Centered care and selected 27 articles. **Results:** When thinking about care, one should initially think about the integral and subjective form in the human being attended, and how it should be produced in the care network, in this case in people with CRD. Another fundamental element in the comprehensive care of the person with CRD must be the look at the multidimensional aspects of these diseases, which produce significant effects on the functional capacity and consequently the quality of life, which requires interprofessional actions to have resolutions in the life of patients and Their families. However, there are important geographical and communicational access barriers that interfere with the health care of these diseases. There is also a disarticulation of the points of attention that impair the production of diagnosis and treatment of diseases, in terms of number of services and their functionality. **Conclusion:** It is important to emphasize that actions that contribute to the construction of a network of care for integral care that Attend the needs of people with CRD, who have interprofessionality as a Primordial action in the construction of singular therapeutic projects that produce effects in the lives of these people.

Keywords: Comprehensive Health Care; Respiratory Tract Diseases; Patient-Centered care.

INTRODUÇÃO

As doenças de natureza respiratória que se caracterizam como crônicas são enfermidades que acometem tanto as vias aéreas superiores como das inferiores, no qual as patologias mais comuns são: a Asma, a Rinite Alérgica (RA) e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Estas representam um dos maiores problemas de saúde mundialmente, que atingem centenas de milhões de pessoas de todas as idades em todos os países do mundo; mais de 500 milhões delas vivem em países em desenvolvimento, no caso da DPOC é a quarta principal causa de mortalidade no mundo no qual é responsável por 4,8% destes óbitos¹.

Segundo Carvalho et al., há um crescente aumento do número médio de Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) que elevam consideravelmente com a idade, no qual pode agravar com outra tendência, aumento de comorbidades crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes), principalmente pelo fato que estas condições de saúde apesar de ser tratáveis, não são curáveis².

Pode-se afirmar ainda que as doenças crônicas, além de terem um grande impacto na mortalidade, possuem também forte influência nas morbidades correlacionadas, alterando muitas vezes seu curso natural da doença ou a percepção de saúde³. Assim, portanto, as DRC são responsáveis por grande número de internações hospitalares e atendimentos de saúde não programados ou de urgência, além de provocar alterações funcionais importantes nos indivíduos, podendo desta forma interferir diretamente na qualidade de vida e na percepção de saúde das pessoas acometidas³.

De acordo com estatísticas globais publicadas no ano de 2005, existiu um total de 58 milhões de mortes por todas as causas, sendo determinado que as DRC foram responsáveis por 35 milhões destas mortes no mundo (totalizando 60% do total), o que representa o dobro do número de mortes por todas as doenças infecciosas, condições maternas/perinatais e deficiências nutricionais combinadas no mesmo período⁴. Em função destes dados alarmantes, a 53ª Assembléia Mundial em Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o enorme sofrimento humano causado pela presença das DRC, tendo sido na época solicitado ao diretor da

OMS priorizar a prevenção e controle das DRC com especial para os países em desenvolvimento⁵. Foi criada, desta maneira, a Aliança Global Contra as Doenças Respiratórias Crônicas (GARD), uma união voluntária de organizações, instituições e agências, de âmbito mundial e coordenada pela OMS, com o objetivo principal de reduzir o impacto mundial das DRC por meio de ações a serem realizadas não somente a nível internacional, mas também em âmbito nacional, comunitário e individual³.

Ainda que a nível mundial já se tenha estabelecido que o cuidado com as DRC são prioridade para os profissionais de saúde, no entanto, uma discussão pertinente para a resolutividade dos problemas de saúde é sobre o acesso aos serviços e/ou às práticas de saúde, que alerta sobre a necessidade de atender as pessoas que buscam um cuidado. Este debate tem sido demonstrado em estudo no Brasil e em diversos outros países, no qual há uma consonância no campo das ideias, principalmente sobre a necessidade de ampliação da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase na Atenção Primária, buscando aumentar a capacidade instalada⁶⁻⁸.

Em relação ao Brasil, pesquisas descrevem sobre a existência de uma fragilidade na rede de atenção importante, o que no cuidado do usuário com as DRC se constituem de forma fragmentada, no qual consiste em uma rede de atenção sem comunicação e sem continuidade do cuidado que interfere diretamente no sucesso terapêutico nesta condição de saúde^{5,9}.

Este artigo tem como objetivo discorrer sobre a rede de cuidados em pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas.

METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em um estudo de revisão de literatura, no qual foram pesquisados artigos científicos e documentos nas bases de dados Bireme, Pubmed, e Google Acadêmico, com os seguintes descritores: assistência centrada no paciente, doenças respiratórias e necessidades e demandas de serviços de saúde, na língua inglesa, espanhola

e portuguesa. O período dos artigos escolhidos serão os publicados entre 2010 até 2016. Após análise de adequação dos artigos sobre a temática estudada foram selecionados 27 artigos científicos nas bases de dados. Para esta seleção, foi realizada uma leitura do material obtido, inicialmente título e resumos, para a escolha inicial e depois todo o artigo, feito assim a seleção para atender ao objetivo do estudo.

Na avaliação, inicialmente foi realizado a pré-análise, no qual foram organizados os materiais e foram escolhidos os documentos que foram analisados e formulados de acordo com os objetivos gerais e fundamentamos a pesquisa. Em sequência foi procedida a exploração dos artigos, os quais foram escolhidos se os mesmos se encaixassem no perfil da pesquisa através de uma leitura minuciosa do texto, a fim de explorar o material e por fim, foi realizado o tratamento dos resultados, dos conteúdos dos documentos e artigos, classificando os elementos semelhantes e distintos para serem inseridos segundo as suas características.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS: APRESENTAÇÃO E CONCEITOS

Faz-se necessário esclarecer que a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende por Doença Respiratória Crônica as enfermidades de longa duração tanto das vias aéreas quanto de outras estruturas dos pulmões. Esta entidade descreve que centenas de milhões de pessoas sofrem diariamente de pneumopatias crônicas, no qual, mundialmente 235 milhões de pessoas têm asma, 80 milhões portam a DPOC (de estadiamento moderado a grave), sendo que quase 90% das mortes por DPOC ou Asma ocorrem em pessoas baixa e média renda. Existem ainda milhões de outras pessoas que são acometidas de vários outros tipos de doenças respiratórias crônicas, que não possuem qualquer tratamento ou diagnóstico¹⁰.

Vale ressaltar que as estimativas epidemiológicas preveem um aumento importante no número de pessoas com DRC, o que nos concerne afirmar que há uma necessidade do acréscimo do tratamento nos pacientes com doenças pulmonares preexistentes, pois o agravamento destas condições de saúde limitam a terapia, e alguns casos há uma necessidade de um cuidado com um objetivo e supervisão dos

pacientes, bem como seus familiares, no final da vida, o que torna um desafio de toda a equipe que o acompanha principalmente no tratamento de casos agudos dessas enfermidades¹¹⁻¹³.

A DRC na vida da pessoa enquanto patologia afeta diretamente na qualidade de vida do indivíduo e da família que o cerca, pois, a mesma é capaz de provocar alterações na capacidade funcional, que como consequência proporcionar um grande impacto econômico e social. Desta forma limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, com consequências na vida do paciente e de sua família.¹

Portanto, em decorrência desse valor subjetivo na vida da pessoa acometida e da família surge uma condição importante a ser analisada que é o cuidado com um olhar singular e integral, em que o doente deve ser atendido com uma percepção dos trabalhadores (interdisciplinar) de saúde além da clínica^{14,15}. Assim, o poder do cuidar pode ser entendido como uma ferramenta capaz de orientar e emancipar pessoas, e devem ser responsáveis por ações desta natureza os trabalhadores de saúde (todos que atuam nos serviços de saúde), gestores ou usuários. A partir das ações interdisciplinares, há uma necessidade que a troca de saberes ocorra também entre os usuários e os profissionais¹⁴.

Na visão e entendimento sobre a determinação do processo de saúde/doença e da interprofissionalidade é de fundamental importância que toda a equipe de saúde tenha uma visão biopsicossocial do sujeito valorizando e respeitando toda sua vivência e seus saberes e seus interesses. Para cuidar, todos nós devemos nos apoderar da responsabilidade e do conhecimento do cuidar. Dessa forma, é muito importante a formação que vá além do biologicismo dos profissionais de saúde⁹.

No entanto, para que a interprofissionalidade e esse olhar subjetivo do cuidar seja eficaz, faz necessário que uma rede de cuidados seja organizada com as mais diversas configurações tecnológicas, composta por equipe multidisciplinar. Esta rede deve ser composta pelos serviços de Atenção Primária, Média Complexidade e Alta Complexidade, de forma articulada, com capilaridade e ações organizadas com referência e contra-referência eficazes⁸.

Para que estas ações ocorram, há uma necessidade de discussão do processo de trabalho em todos os espaços que promovam atenção à saúde às pessoas com DRC, que fortaleçam o trabalho em equipe e a produção do cuidado e opere em uma lógica humanizada com ações que promovam esta condição sejam realizadas, com o acolhimento; a atenção centrada na pessoa e família; construção de Projetos Terapêuticos Singulares, a formação de educação permanente em saúde, o fortalecimento do apoio matricial, incentivo do autocuidado e formação de grupos para apoio terapêutico, estas aparecem como tecnologias do cuidar integral que apoiem às existentes⁸.

Para entender todo o processo do cuidar de pessoas com DRC é importante conhecer o itinerário terapêutico na rede de cuidados para atender as necessidades dos mesmos, na busca pelo reconhecimento das barreiras de acesso, e quais redes são construídas a partir das dificuldades encontradas ou das soluções aparente, fora do padronizado pelo sistema de saúde vigente, que produz uma observação no impacto social desta realidade e uma visualização da rede¹⁷⁻¹⁹.

A Organização Mundial de Saúde através da Aliança Global contra as Doenças Respiratórias Crônicas (GARD) – reúne organizações de todo mundo) em suas publicações sobre as doenças respiratórias evitáveis, descreve a DPOC e a Asma como condições de saúde que interferem na qualidade de vida das pessoas, no qual o tabagismo e rinite aparecem como coadjuvantes do processo, que associadas alteram progressivamente o quadro das pessoas afetadas¹⁹.

Cuidados a pessoas com Doença Respiratória Crônica

As doenças respiratórias crônicas mais estudadas são a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Asma, Rinite Alérgica (RA) e o Tabagismo, pois as mesmas são consideradas como prioritárias no Brasil. No caso da DPOC e do Tabagismo pela alta taxa de mortalidade, e nos casos da Asma e RA, pelas evidências de morbidade e impacto no cotidiano das pessoas, além do déficit funcional e consequentemente da redução da percepção da qualidade de vida das pessoas afetadas¹.

Cuidados a pessoas com DPOC

Além do alto poder de mortalidade, os portadores da DPOC, quando tem esta condição agudizada (denominado de exacerbações da DPOC), tem sido um dos problemas dos serviços de saúde, o que pode aumentar o fluxo de entrada destas pessoas nas emergências hospitalares. Para reduzir estas exacerbações, há uma necessidade de um cuidado integral ao doente, para isto outros instrumentos devem ser utilizados para avaliar a verdadeira condição de saúde da pessoa acometida pela disfunção. Assim, teste funcionais para atividades de vida diária, teste sistêmicos, de qualidade de vida e sobre o grau da dispneia devem complementar a avaliação dos profissionais que os acompanham, além de uma articulação dos pontos de atenção em saúde.

Não obstante, a funcionalidade também é um marcador determinante para o prognóstico desta doença, principalmente no que tange as alterações musculoesqueléticas, que estão associadas com disfunção proteica, e consequentemente com a gravidade e prognóstico, portanto, testes que avaliem a funcionalidade devem ser utilizados para completar o olhar sobre a pessoas com DPOC²⁰.

Cuidados a pessoas com Asma e Rinite Alérgica (RA)

Destarte, com a produção da linha de cuidado para pessoa com Asma e RA, necessita de alguns dispositivos fundamentais para a construção e a sua manutenção, como o planejamento, estruturação da logística e a formalização da integralização dos diversos pontos de saúde ou não. A falta de planejamento nas ações de saúde é algo histórico em nossa realidade; a rede de cuidados de forma organizada e capaz de ser resolutiva, ainda é algo que estamos longe de perceber; e a integralização dos sujeitos nos diferentes equipamentos é algo que precisa ser discutido e aprimorado, para entender que o processo saúde/doença necessita ser dimensionado de forma mais ampla no cotidiano dos serviços de saúde²¹.

Outra orientação está na formação permanente das pessoas envolvidas no processo de cuidar, que sejam capazes de identificar, classificar e manejar pessoas com Asma e RA de forma adequada, o que reduz assim a morbidade e a mortalidade

da doença, redimensionaria a qualidade de vida da pessoa com a doença e de seus familiares. Os doentes, os familiares e a comunidade envolvida no processo deve também fazer parte deste momento de educação permanente. É papel da Atenção Primária coordenar o cuidado em saúde, ampliar a sua atuação e também estabelecer uma articulação eficaz entre os centros de referência e da atenção especializada²¹.

Destaca-se ainda que, o problema do cuidar, não reflete somente na Asma e RA, mas em geral, o que nos faz pensar na formação dos profissionais, que deve ser discutida com maior amplitude. Ou seja, vai além das questões que envolvem os estabelecimentos, ou apenas o acesso, mais, a qualidade dos trabalhadores na rede de atenção também deve ser um ponto a ser interrogado^{22,23}.

No Reino Unido, um estudo realizado destacou a necessidade de integração dos serviços para tornar mais eficaz o manejo da pessoa com Asma e RA, com ações de educação permanente para construir habilidades mais sólidas no quesito comunicação entre os usuários e trabalhadores²².

Cuidados a pessoas com dependência ao Tabaco

A rede de cuidados para o controle do tabagismo deve ser descentralizada e intersetorial, ou seja, que se aproxime da população e que outros setores, não somente os da saúde, estejam imbuídos nesta ação. Com ações educativas e com qualidade da ação do trabalhador de saúde¹.

Estudos demonstram que nas ações desenvolvidas para a cessação do tabagismo, as mulheres são as maiores participantes, apesar de serem as que mais fracassem no processo. Quando compara pessoas que procuram o serviço com as que tentam parar de fumar sozinhas, o sucesso na terapêutica chega a ser de seis vezes maior, o que fortalece a necessidade de ação das unidades de saúde²⁴.

No Brasil, mais da metade das unidades de cuidados primários relatam alguma ação de saúde para atuar na cessação do tabagismo, com ações direta dos trabalhadores, no entanto, o acesso aos fármacos acontece em apenas 32,8% dos estabelecimentos pesquisados²⁵.

Elementos como ansiedade e depressão devem ser considerados na terapêutica, assim como a motivação, pois estes elementos associados interferem diretamente no sucesso ou fracasso na tentativa de parar de fumar, o que exige de uma habilidade interdisciplinar no cuidado das pessoas com esta dependência química^{25,26}.

Destaca-se que, o cuidado integral a pessoa e aos seus familiares, deve ser uma estratégia em toda a rede de saúde, pois a responsabilidade do cuidado deve ser compartilhada e não responsabilizada apenas ao ambiente que configura como estratégica para aquela condição, desde as unidades de cuidados primários aos estabelecimentos de alta complexidade¹.

Vale a pena ressaltar que, o cuidado a pessoa com tabagismo exige uma permanente capacitação para que os trabalhadores possam de fato estabelecer condutas capazes de reconduzir este processo. No entanto o comprometimento dos trabalhadores, o déficit da estrutura dos estabelecimentos, a desigualdade na capacitação entre trabalhadores (entre as profissões e entre o nível médio e superior), e a alta rotatividade, aparecem como elementos que dificultam a implementação deste cuidado integral a pessoa com tabagismo²⁷.

Em outro estudo realizado no Brasil, verificou-se que o fato de se estabelecer pontos de atenção para atender pessoas com dependência química com o intuito de deixarem de fumar, em que é oferecido terapias de grupo, atendimentos individuais e se utilização de fármacos, encontrou um número elevado de pessoas que não pararam de fumar ou recaíram (71,9%), o que permite uma discussão sobre as práticas de saúde adotadas pelos trabalhadores²⁹.

Para atender a esta demanda, o Brasil construiu uma nova portaria que estabelece o cuidado nas redes de atenção a pessoa que utiliza o tabaco, no qual institui as seguintes diretrizes: reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; articulação de ações inter setoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; estabelecimento

de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a responsabilização compartilhada dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado²⁹.

A atenção Primária normalmente aparece como um potente articulador das ações de promoção de saúde para reduzir os agravantes e orientar a pessoa e a família sobre os principais dispositivos, além de realizar atividades educativas nas comunidades, individuais ou coletivas, no qual deve fortalecer a comunicação ativa, e se necessário um acompanhamento contínuo.

Acessibilidade a rede de cuidados das doenças respiratórias crônicas

Uma discussão pertinente para a resolutividade dos problemas de saúde é sobre o acesso aos serviços e/ou às práticas de saúde, que alerta sobre a necessidade de atender as pessoas que buscam um cuidado. Este debate tem sido demonstrado em estudo no Brasil e em diversos países do mundo, onde há uma consonância no campo das ideias, principalmente sobre a necessidade de ampliação da cobertura dos serviços em todos os níveis de complexidade, com ênfase na Atenção Primária, com o intuito de aumentar a capacidade instalada^{30,31}.

Para entender todo o processo do cuidar em pessoas com DRC é importante conhecer o itinerário terapêutico na rede de cuidados para atender as necessidades dos mesmos, na busca pelo reconhecimento das barreiras de acesso, e quais redes são construídas a partir das dificuldades encontradas ou das soluções aparente, fora do padronizado pelo sistema de saúde vigente, que produz uma observação no impacto social desta realidade e uma visualização da rede¹⁶⁻¹⁸.

A gestão do cuidado a pessoa com DRC implica na utilização de competências cognitivas e instrumentais que de fato possibilitem uma melhora terapêutica no cotidiano, deve-se acreditar na promoção de uma

condição de saúde a partir da realidade e com a visibilidade na qualidade de vida do doente³².

Nesta gestão, há dimensões que são imanentes para produzir o cuidado. As dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e a societária, A individual refere-se ao modo singular de se viver a vida, as pessoas são múltiplas e estão em processo de subjetivação constante; a familiar, pois há uma alteridade no atendimento importante entre hospital, ambulatório e domicílio, a família possui formas de agir diferenciadas; na profissional, a competência técnica, associadas com a postura ética, produz várias formas de estabelecer o cuidado; a lógica organizacional, as formas de diálogo, de trabalho em equipe, podem ser determinantes para o cuidar; a dimensão sistêmica, não pode ser desconsiderada, os modelos em que as redes e qualidade dos serviços fazem com que novas redes sejam estabelecidas; a dimensão societária, reflete nas formas de viver da sociedade em geral.

Num contexto da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, com práticas e saberes compartilhados, é fundamental que conhecer a visão das pessoas afetadas, as suas implicações no cotidiano, que normalmente determinam o seu isolamento social³².

Assim, os anseios e desejos do usuário devem ser inclusos no projeto terapêutico, principalmente no que concerne as suas expectativas, anseios, preocupações, crenças, experiências e efeitos ao tratamento proposto, no intuito de potencializar a terapêutica e seus resultados, pois na realidade muitos das pessoas produzem particularmente sua rede de cuidados muitas vezes longe do que estabelecido nas redes formais, no sistema público de saúde, assim como no privado, mas é capaz de produzir uma rede informal (Família, autocuidado, outros locais) que contribuem para a produção do cuidado na aposta da subjetivação do ser^{14,18}.

Conseqüentemente, a participação da pessoa a um programa de reabilitação pulmonar em pessoas com DRC, pode ser potencializada com a produção de vínculo entre o usuário e o trabalhador de saúde, desta forma barreiras existentes principalmente o que tange o acesso podem ser minimizadas e manter-se no tratamento proposto^{33,34}.

Se os programas de reabilitação resolverem de fato as necessidades dos usuários com DRC, no qual promovam a saúde, não somente objetivando a doença, e com apoio interdisciplinar, aumentam as chances de sucesso ao tratamento³⁵.

Uma dimensão a ser respeitada, é a participação efetiva dos cuidadores na formulação dos projetos terapêuticos, estas pessoas convivem com a dor e sofrimento das pessoas com DRC, desta forma, sabem detalhadamente da evolução da doença, e esta cumplicidade pode oferecer um compartilhamento de informações que normalmente são fundamentais para a solução dos problemas³⁶.

Destarte, este cuidador também precisa de um olhar diferenciado, pois normalmente ocorre redução da sua qualidade de vida propiciada pela sobrecarga que a doença oferece, como consequência, poderá interferir na qualidade da atenção dada ao doente²¹.

Destaca-se ainda que, o acesso aos serviços de saúde em momentos de crise pode facilitar o processo de reabilitação, o que deixa o usuário mais tranquilo, no entanto, quando essa barreira surge, a tensão existente pode inclusive piorar o quadro, aumentando assim a sua gravidade, há uma real necessidade de disponibilização de profissionais capazes de agir e de centros de reabilitação e tratamento específicos para estas pessoas^{22, 33-35}.

Algumas ações podem interferir na piora o quadro como: a utilização correta do inalador e das medicações, vacinação, conhecimento sobre fatores de risco, realização de atividades físicas e uma nutrição balanceada contribuem para uma vida mais saudável e reduz o agravamento da doença³¹.

Um problema constante nos sistemas de saúde em geral é o financiamento do mesmo, e nos cuidados primários ou integrais da pessoa com DRC não são diferentes, mesmo em países europeus que tem história de acesso universal essa situação ocorre, o que interfere diretamente nas condições de vida das pessoas que utilizam e necessitam dos serviços para ter uma melhor qualidade e prolongamento da vida³⁷.

Diante de uma patologia crônica e que pode levar a fatalidade, os usuários acometidos e os prestadores de serviços de saúde necessitam de um fluxo de necessidades com a garantia de continuidade e

flexibilidade nos serviços para permitir que ambos os prestadores de cuidados de saúde e pacientes para atender às demandas crescentes e muitas vezes imprevisíveis desta doença ao longo do tempo²⁰.

Para além desta situação, há situações em que o sistema de saúde aparece invisível para os usuários, ou seja, não tem visibilidade das unidades de referência para a população, o que pode ser uma barreira importante em relação a falta de informação/conhecimento sobre os pontos de atenção existentes que contribuem para o cuidado em saúde de pessoas com esta determinada patologia.

Segundo o caderno da Atenção Primária que trata a DRC, o manejo dessas doenças em grau leve deve ser realizado pela Atenção Primária, no qual atua com maior proximidade da família e da realidade dos mesmos, com o papel de articular com a rede de cuidados disponíveis em outros níveis de atenção ou na própria Atenção Primária¹.

A tríade da Atenção Primária, a saúde da família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os serviços de atenção domiciliar devem caminhar de forma sólida, independentes, porém em redes, que se conectam, se cruzam, mas são autônomas, assim, estas ações devem ser articuladas com o intuito de produzir o cuidado integral nos agravos existentes, e neste caso nas DRC.

Destarte, o processo de trabalho deve ser pautado no acolhimento, na atenção centrada na pessoa e na família, cuidado continuado, atenção multiprofissional, na construção de Projetos terapêuticos singulares na regulação da rede, no apoio matricial, no acompanhamento não presencial, no atendimento coletivo, e no autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante destacar que, para atender as necessidades de saúde das pessoas com DRC, é fundamental a construção da rede de cuidados potentes que integrem de fato ações de natureza interdisciplinar com um olhar subjetivo sobre as pessoas que sejam capazes de dar resolutividade e produção de vida em todos os cidadãos que as utilizem.

Estas ações devem ser articuladas no serviço de saúde e produzam uma rede de cuidados nos diversos pontos de atenção, reconstruindo geograficamente as ações para que melhorem as barreiras e consequentemente a comunicação na equipe e entre os serviços de saúde, e assim as pessoas com DRC possam ter uma melhora na qualidade de vida e na funcionalidade perceptíveis no cotidiano entre o próprio ser e seus familiares.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi viabilizada parcialmente através de Bolsa do Programa de Apoio à Capacitação de Docentes e Técnicos Administrativos da UNEB (PAC-DT), da Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Souza MC, Souza JN, Camelier FWR e Camelier AA participaram da concepção, delineamento, busca dos dados, redação do artigo científico, revisão do artigo e aprovação da versão final.

CONFLITOS DE INTERESSES

Camelier AA reporta pagamentos por palestras e consultorias recebidos da Aztra-Zeneca, Glaxo-Smith-Klein, Novartis e Boehringer-Ingelheim, à parte do escopo do trabalho submetido. Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido pelos demais autores (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Respiratórias Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. Carvalho AK, Menezes AMB, Camelier A, Rosa FW, Nascimento OA, Perez-Padilla R et al. Prevalence of self-reported chronic diseases in individuals over the age of 40 in São Paulo, Brazil: the platino study. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):905-12. doi: [10.1590/S0102-311X2012000500009](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500009)
3. Bousquet J, Dahl R, Khaltaev N. Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases. *Eur Respir J*. 2007;29(2):233-9. doi: [10.1111/j.1398-9995.2007.01307.x](https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2007.01307.x)
4. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*. 2005;366(9496):1578-1582. doi: [10.1016/S0140-6736\(05\)67341-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67341-2)
5. World Health Organization. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Geneva: World Health Organization; 2007.
6. Crawford ND, Blaney S, Amesty S, Rivera AV, Turner AK, Ompad DC et al. Individual- and neighborhood-level characteristics associated with support of in-pharmacy vaccination among ESAP-registered pharmacies: pharmacists' role in reducing racial/ethnic disparities in influenza vaccinations in New York City. *J Urban Health*. 2011;88(1):176-85. doi: [10.1007/s11524-010-9541-6](https://doi.org/10.1007/s11524-010-9541-6)
7. Osen H, Chang D, Choo S, Perry H, Hesse A, Abantanga F et al. Validation of the World Health Organization tool for situational analysis to assess emergency and essential surgical care at district hospitals in Ghana. *World J Surg*. 2011;35(3):500-504. doi: [10.1007/s00268-010-0918-1](https://doi.org/10.1007/s00268-010-0918-1)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
9. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, de Oliveira JA, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(2):433-44. doi: [10.1590/S1413-81232004000200019](https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200019)
10. de Oliveira PC. Apresentações clínicas da DPOC. *Pulmão RJ*. 2013;22(2):15-18.
11. Zanini GM, Bastos CCBC, Nobre JRS, Tavares KO. O envelhecer na percepção de pessoas com pneumopatias crônicas submetidas à reabilitação pulmonar. *RBCEH*. 2013;10(1):42-51. doi: [10.5335/rbceh.2013.3054](https://doi.org/10.5335/rbceh.2013.3054)
12. Pfeifer M. Chronic critically ill patients from a pneumological perspective. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2013;108(4):279-80. doi: [10.1007/s00063-012-0192-0](https://doi.org/10.1007/s00063-012-0192-0)
13. Kreuter M, Herth FJF. Supportive and Palliative Care of Advanced Nonmalignant Lung Disease. *Respiration*. 2011;82:307-16. doi: [10.1159/000330730](https://doi.org/10.1159/000330730)
14. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 2012;6(2):151-63. doi: [10.18569/tempus.v6i2.1120](https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120)
15. de Souza MC, de Araújo TM, de Andrade FA, França AJ, Souza JN. Produção do cuidado e necessidades de saúde em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. *O Mundo da Saúde*. 2014;38(2):139-48.
16. Cabral ALLV, Martinez-Hernández A, Andrade EIG, Cherchigliá ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte na produção científica no Brasil. *Cienc Sau Col*. 2011;10(11):4433-42. doi: [10.1590/S1413-81232011001200016](https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016)

17. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, de Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção primária à saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014;53:114-24.
18. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, da Cruz KT, Franco TB. As redes vivas: multiplicidades gerando existências. Implicações para a produção do cuidado e a produção do cotidiano em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014;52:153-64.
19. Organização Mundial da Saúde. *Vigilância global, prevenção e controle das doenças respiratórias crônicas: Uma abordagem integradora*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde; 2008.
20. da Silva HE, Zipperer A. A correlação entre o desempenho físico funcional de membros inferiores e a gravidade da doença pulmonar obstrutiva crônica. *Fisioter mov*. 2013;26(2):379-387. doi: [10.1590/S0103-51502013000200015](https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000200015)
21. Stelmach R, Neto AC, Fonseca ACCF, Ponte EV, Alves G, Araújo-Costa IN et al. Programas e centros de atenção a asmáticos no Brasil; uma oficina de trabalho: revisitando e explicitando conceitos. *J Bras Pneumol*. 2015;41(1):3-15. doi: [10.1590/S1806-37132015000100002](https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000100002)
22. Shaw D, Siriwardena AN. Identifying barriers and facilitators to ambulance service assessment and treatment of acute asthma: a focus group study. *BMC Emerg Med*. 2014;14(18):1-9. doi: [10.1186/1471-227X-14-18](https://doi.org/10.1186/1471-227X-14-18)
23. Giacomelli IL, Steidle LJM, Moreira FF, Meyer IV, Souza RG, Pincelli MP. Hospitalized patients with COPD: analysis of prior treatment. *J Bras Pneumol*. 2014;40(3):229-237. doi: [10.1590/S1806-37132014000300005](https://doi.org/10.1590/S1806-37132014000300005)
24. Pawlina MMC; Rondina RC; Espinosa MM; Botelho C. Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2015;41(5):433-439. doi: [10.1590/S1806-37132015000004527](https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000004527)
25. Ramos LR, Malta DC, Gomes GAO, Bracco MM, Florindo AA, Mielke GI et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):837-844. doi: [10.1590/S0034-8910.2014048005249](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005249)
26. Pawlina MMC; Rondina RC; Espinosa MM; Botelho C. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(2):113-20. doi: [10.1590/0047-2085000000014](https://doi.org/10.1590/0047-2085000000014)
27. Portes LH, Campos EMS, Teixeira MRB, Caetano R, Ribeiro LC. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014;19(2):439-448. doi: [10.1590/1413-81232014192.04702013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.04702013)
28. Sattler AC, Cade NV. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013;18(1):253-264. doi: [10.1590/S1413-81232013000100026](https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100026)
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2013 abr 8; Seção 1:56.
30. Balarajan Y, Selvaraj S, Subramanian SV. Health care and equity in India. *Lancet*. 2011;377(9764):505-15. doi: [10.1016/S0140-6736\(10\)61894-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61894-6)
31. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Equity in maternal and child health in Thailand. *Bull World Health Organ*. 2010;88(6): 420-7. doi: [10.2471/BLT.09.068791](https://doi.org/10.2471/BLT.09.068791)
32. de Queiroz MCCAM, Moreira MAC, Rabahi MF. Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. *J Bras Pneumol*. 2012;38(6):692-699. doi: [10.1590/S1806-37132012000600003](https://doi.org/10.1590/S1806-37132012000600003)
33. Szeffler SJ. Advances in pediatric asthma in 2014: Moving toward a population health perspective. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;135(3):644-652. doi: [10.1016/j.jaci.2014.12.1921](https://doi.org/10.1016/j.jaci.2014.12.1921)
34. Black HL, Priolo C, Akinyemi D, Gonzalez R, Jackson DS, Garcia L et al. Clearing clinical barriers: enhancing social support using a patient navigator for asthma care. *J Asthma*. 2010;47(8):913-919. doi: [10.3109/02770903.2010.506681](https://doi.org/10.3109/02770903.2010.506681)
35. Tapp H, Hebert L, Dulin M. Comparative effectiveness of asthma interventions within a practice based research network. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(188):1-10. doi: [10.1186/1472-6963-11-188](https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-188)
36. Okoniewska B, Santana MJ, Groshaus H, Stajkovic S, Cowles J, Chakrovorty D et al. Barriers to discharge in an acute care medical teaching unit: a qualitative analysis of health providers' perceptions. *J Multidiscip Healthc*. 2015;8:83-89. doi: [10.2147/JMDH.S72633](https://doi.org/10.2147/JMDH.S72633)
37. Teichert M, Schermer T, Nieuwenhof LVD, de Smet PA, Wensing M. Prevalence of inappropriate prescribing of inhaled corticosteroids for respiratory tract infections in the Netherlands: a retrospective cohort study. *npj Prim Care Respir Med*. 2014;14086:1-7. doi: [10.1038/npjpcrm.2014.86](https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2014.86)
38. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface*. 2011;15(37):589-599. doi: [10.1590/S1414-32832011000200021](https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021)

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória. A abordagem qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas, que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo, traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação.

Como filosofia, buscamos uma aproximação à Cartografia, não no plano geográfico, mas sim no território existencial, pois entender a vida como um processo de construção exige do pesquisador que esteja atento ao movimento, para isso o mesmo deve estar apto à perceber os efeitos no próprio percurso da investigação. Acredita-se no encontro como potencializador na produção de afetos e afecções que devem ser emersos e percebidos na pesquisa^(21,22).

O pesquisador que utiliza a cartografia deve expropriar a priori dos seus conceitos pré-estabelecidos, se apropriar em todos os momentos que se envolve na pesquisa, acreditando na singularidade e multiplicidade da vida, no qual todas as entradas são interessantes e devem ser exploradas, que se produzem através de uma ligação com o território existencial das pessoas, desta forma, possibilita que, todo o processo ocorra subjetivações.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Cabula/Beirú, Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Estado da Bahia e no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), centro de referência para estas enfermidades, localizadas em Salvador-Bahia, cidade que é a capital do Estado da Bahia, localizada na região Nordeste brasileira.

Todos os ambientes pesquisados estão localizados no Distrito Cabula/Beirú, que é uma das doze regiões administrativas da Secretaria Municipal de Saúde. Entre a população de Salvador-BA que está estimada em 2.907.902 pessoas, este distrito tem aproximadamente 380.000 habitantes.

O conceito objetivo de Distrito Sanitário deve ser compreendido sobre duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS em um município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão, se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão, portanto, o processo de construção é imanente a formação do SUS (SMS).

Os pontos de atenção no Cabula/Beirú, de responsabilidade Municipal, são de Atenção Primária e da rede de atenção Psicossocial, no qual podemos citar: Unidade de Saúde da Família do Calabetão, Unidade de Saúde da Família do Dóron, Centro de Saúde do Pernambués, Unidade de Saúde da Família do Pernambuezinho, Centro de Saúde da Engomadeira, Centro de Saúde da mata escura I e II, Santo Inácio I e II, Unidade de Saúde da Família da Sussuarana, Unidade de Saúde da Família Arenoso, Unidade de Saúde da Família da Saramandaia, Unidade de Saúde da Família do Barreiras, Unidade de Saúde da Família do Cabula VI, 6º Centro de Saúde do Rodrigo Argolo, 1º Centro de Saúde Eunísio Teixeira, Centro Social Urbano do Pernambués, Centro de Atenção Psicossocial Eduardo Saback, CAPS Álcool e Drogas do Pernambués (SMS). Destes, a pesquisa se fez presente em 04 Unidades de Saúde da Família: Arenoso, Pernambuezinho, Estrada das barreiras e Cabula VI. Entre as escolhidas, duas delas possuem o cuidado de cessação ao tabagista, sendo assim, escolhemos outras duas que não tinham o serviço. Vale ressaltar que, estas são as únicas que possuem este cuidado específico.

A Universidade do Estado da Bahia é instituição que existe desde 1983, com 29 departamentos em todo estado da Bahia. Em Salvador, neste distrito possui o departamento de Ciências da Vida que tem 06 cursos da área de Saúde (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e Nutrição) e entre as Clínicas escolas, a de fisioterapia tem um serviço que atende pessoas com doenças respiratórias. Sendo este o único serviço do Distrito Cabula/Beirú de reabilitação neste campo de atuação, no qual buscamos pessoas atendidas no referido local.

Outro local a ser pesquisado foi o Hospital Geral Roberto Santos, unidade de alta complexidade que pertence ao Governo do Estado da Bahia e tem a responsabilidade de atender a população deste distrito e de outras localidades. O

local utilizado como fonte de pesquisa desta unidade, foi o ambulatório para doenças respiratórias crônicas.

O HGRS é um hospital de emergência da rede pública, possui 640 leitos e é considerado também um hospital de ensino, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação. O mesmo possui serviços de emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia geral, pneumologia, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, maternidade de alto risco, dentre outras especialidades.

3.3 Participantes do Estudo

A amostragem de qualidade é, portanto, aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas definições. Para Minayo⁽²³⁾, a pesquisa qualitativa, na busca do real que não pode ser quantificado, ou seja, aprofunda-se no significado das ações, no qual corresponde um espaço mais profundo dos processos, fenômenos e relações estabelecidas entre os sujeitos e as suas práticas, em que muitas vezes não conseguimos a reduzir a operacionalização das variáveis.

Portanto, por ser uma pesquisa de natureza qualitativa, o quantitativo dos sujeitos pesquisados não é uma preocupação, pois o intuito é o aprofundamento e abrangência do fenômeno estudado, desta forma, o critério não se baseia nos números. Assim, a amostragem ideal é aquela que possibilita observar as múltiplas dimensões.

A composição da amostra foi escolhida a partir da saturação das respostas, deste modo, em vista as questões colocadas aos entrevistados, que contribui para a efetivação dos objetivos da pesquisa, e os pesquisadores notam que nada substancialmente de novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados, define assim os números dos participantes ^(23,24).

Os participantes do estudo foram formados por trabalhadores de saúde do HGRS, trabalhadores de saúde da USF e usuários acometidos por DRC e familiares e/ou cuidadores de pessoas com DRC. Quando definimos trabalhadores, podem ser qualquer pessoa que atue naquele ambiente, independente da formação específica para saúde (médicos, enfermeiros, atendentes, e demais trabalhadores do serviço).

Como critério de inclusão os trabalhadores de saúde serão aqueles que atuem diretamente com as pessoas com DRC, tanto no HGRS, como na USF e quanto aos usuários, pessoas que sofram ou que cuidem das enfermidades estudadas. Quanto ao critério de exclusão: menores de 18 anos e não desejo de participação do estudo.

3.4 Ferramentas da Pesquisa

O processo da pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, ela se desenvolve em interação dinâmica, retroalimentando-se e reformulando-se constantemente^(25,26). Desta forma, foi escolhida a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) para apreensão dos dados que foram coletados. Esta ferramenta, segundo Minayo⁽²³⁾, visa apreender o ponto de vista dos sujeitos, na qual a mesma facilita a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação, o que deixa o pesquisador e o participante do estudo livres para discorrer sobre o tema proposto. Durante as entrevistas foi utilizado um gravador (Motorola XT 311) como forma de garantir a fidedignidade dos depoimentos, todavia, foi apenas utilizado com a devida autorização do participante. Para a realização da entrevista estruturada, a mesma possui um roteiro em que se divide em quatro tópicos e que cada tópico tem alguns subtópicos. O primeiro tópico é intitulado de **Rede de cuidados**, com os **subtópicos**: Dispositivos, estrutura, processo; o segundo é **Articulação da rede, com os subtópicos**: Integralidade do cuidado, intersectorialidade, Níveis de atenção; o terceiro tópico é: **Produção de diagnóstico** com o **subtópico**: Projeto Terapêutico Singular, Pontos de atenção, interdisciplinaridade, Referência/Contrarreferência, Gestão de casos, coordenação do cuidado e apoio matricial; e finalizando, o último **subtópico** é: **itinerário terapêutico, com os subtópicos**: Resolubilidade, acolhimento/vínculo e cuidado continuado.

Para facilitar as discussões, o diário de campo foi utilizado como ferramenta o tempo inteiro, por todos os espaços utilizados na pesquisa. Já a utilização do diário de campo, com roteiro semiestruturado (APÊNDICE C) consta os principais analisadores para efetivação da pesquisa.

Outra ferramenta que pode ser utilizada foi a análise documental, a mesma tem como finalidade de complementar a produção de dados por entendermos que

são fontes de dados importantes que ajudaram na construção do estudo, neste caso poderão ser utilizadas os prontuários dos usuários escolhidos como guias.

3.5 Análise da Produção dos Dados

O método de análise dos dados foi o de conteúdo adaptado por Minayo²³, no sentido de sistematizar os dados para uma análise. Foram realizados os seguintes passos: inicialmente fizemos a **ordenação dos dados** por meio de um mapeamento de todos os dados obtidos (transcrição de gravações, releitura de material, organização de gravações e dos dados do diário de campo). Por conseguinte, foi realizado a **classificação dos dados**, quando identificamos os sentidos e posteriormente elaboramos as categorias empíricas. Por fim, o momento da **análise final**, articulamos os dados empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa e documentos, promovendo a relação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática. Ao formular sentidos devemos cruzar as informações obtidas nas diferentes ferramentas de pesquisas. Para a construção dos sentidos foi realizada a leitura flutuante e exaustiva das informações colhidas. Diante dessas informações articulamos os dados das entrevistas, com o do diário de campo.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Assim, a pesquisa foi iniciada após a concordância dos sujeitos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foi exposta a proposta do estudo; objetivos; justificativa; riscos e benefícios, como também, a permissão para a divulgação do conteúdo da gravação, transcrição literal e publicação dos resultados da pesquisa, mantendo, no entanto, a garantia do sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos do estudo. O mesmo foi aprovado no CEP da Universidade do Estado da Bahia sob o nº do **CAAE**: 61478016.0.0000.0057, baseado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

4 ÍNDICE DE ARTIGOS

4.1 Artigo 2 - Articulação da Rede de Cuidados em Pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas no Município de Salvador-Bahia.

----- Forwarded message -----

From: **Ciência & Saúde Coletiva** <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Date: qui, 21 de fev de 2019 às 22:55

Subject: **Ciência & Saúde Coletiva** - Manuscript ID CSC-2019-0520

To: <mcsouzafisio@gmail.com>

Cc: <mcsouzafisio@gmail.com>, <vi.cezaar4@gmail.com>, <jucsborges@hotmail.com>, <r.santoss1507@gmail.com>, <rnfisio10@gmail.com>, <fcamelier@uneb.br>, <aquilescamelier@yahoo.com.br>

21-Feb-2019

Dear Dr. Souza:

Your manuscript entitled "ARTICULAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS EM PESSOAS COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BAHIA.

ARTICULATION OF THE CARE NETWORK FOR PEOPLE WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASES IN THE MUNICIPALITY OF SALVADOR-BAHIA" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the **Ciência & Saúde Coletiva**.

Your manuscript ID is CSC-2019-0520.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the **Ciência & Saúde Coletiva**.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office



Ciência & Saúde Coletiva**ARTICULAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS EM PESSOAS COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BAHIA.****ARTICULATION OF THE CARE NETWORK FOR PEOPLE WITH CHRONIC RESPIRATORY DISEASES IN THE MUNICIPALITY OF SALVADOR-BAHIA**

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Assistência Integral à Saúde, Doenças Respiratórias, Serviços de Saúde

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3 **ARTICULAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS EM PESSOAS COM DOENÇAS**
4
5 **RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BAHIA**
6
7

8
9
10
11 ARTICULATION OF THE CARE NETWORK FOR PEOPLE WITH CHRONIC
12
13 RESPIRATORY DISEASES IN THE MUNICIPALITY OF SALVADOR-BAHIA
14
15

16
17
18
19
20
21 **RESUMO**
22
23
24

25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Objetiva-se com esta pesquisa compreender a rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula no Município de Salvador Bahia. A pesquisa é uma abordagem qualitativa, exploratória, pautada na cartografia. Foi realizada no Hospital Geral Roberto Santos, Unidades de Saúde da Família do Distrito Cabula e no Serviço de Fisioterapia Respiratória da Universidade do Estado da Bahia. A composição da amostra totalizando 15 participantes com realização de uma entrevista semiestruturada, sendo escolhida pela saturação de respostas. Os dados foram analisados diante da ordenação, a classificação e articulação dos dados empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa. As entrevistas mostraram que a Atenção Básica ainda tem debilidades no que diz respeito à conexão com os demais níveis de atenção em saúde para dar o suporte às DRC com uma rede ainda fragmentada, por outro lado, foi reforçada a importância das concepções subjetivas do cuidado e formação de equipes interdisciplinares na construção de rede de cuidados. A desarticulação encontrada entre os serviços de Saúde do Distrito Cabula, é desafiadora e alerta para mudanças assertivas na produção do cuidado.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde. Doenças respiratórias, Serviços de Saúde

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

ABSTRACT

People with Chronic Respiratory Diseases (CRD) need a comprehensive and articulated care production. The objective of this research is to understand the care network in people with chronic respiratory diseases in the Cabula / Beirú District in the city of Salvador Bahia. The research is a qualitative, exploratory approach, based on cartography. It was performed at the Hospital Geral Roberto Santos, Family Health Units (USF) of the Cabula / Beirú District and at the Respiratory Physiotherapy Service of the Bahia State University. The composition of the sample totaling 15 participants with a semi-structured interview, being chosen by the saturation of responses. The data were analyzed before the ordering, the classification and articulation of the empirical data with the theoretical reference of the research. The interviews showed that Primary Care still has weaknesses regarding the connection with the other levels of health care to support the CRD with a still fragmented network, on the other hand, the importance of the subjective conceptions of care and training of interdisciplinary teams in the construction of care network. The disarticulation found among the Health services of the Cabula / Beirú District, is challenging and alert for positive changes in the production of care.

Keywords: Comprehensive Health Care, Respiratory Tract Diseases, Health Services.

INTRODUÇÃO

As Doenças Respiratórias Crônicas (DRC) são afecções de longa duração tanto das vias aéreas superiores quanto das inferiores, sendo as enfermidades mais comuns: a asma, a rinite alérgica, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e o tabagismo. A OMS

1
2
3 (Organização Mundial de Saúde) afirma que centenas de milhões de pessoas sofrem
4
5
6 diariamente de Doenças Respiratórias Crônicas, sendo que existe uma estimativa de que 235
7
8 milhões de pessoas têm asma, 80 milhões portam de moderada a grave DPOC. Quase 90%
9
10 das mortes ocorrem em pessoas com baixa e média renda, e há ainda milhões de outras que
11
12 são acometidas por vários outros tipos de pneumopatias crônicas, que não possuem qualquer
13
14 tratamento ou diagnóstico ¹.

15
16
17 Mediante a este quadro epidemiológico importante, acrescenta-se outro lado que é o
18
19 fato destas doenças interferirem diretamente na qualidade de vida das pessoas acometidas e de
20
21 suas famílias, principalmente, porque podem vir a limitar as capacidades funcionais do
22
23 indivíduo, tendo impactos sociais e econômicos relevantes. Nessa perspectiva, surge a
24
25 necessidade de pensar no cuidado integral e holístico por parte dos gestores, trabalhadores de
26
27 saúde de maneira interprofissional e interdisciplinar e para além da clínica ²⁻³.

28
29
30 Uma rede de cuidados, composta por as mais diversas tecnologias e uma equipe
31
32 interprofissional, permite que a interdisciplinaridade e a concepção subjetiva do cuidado
33
34 sejam efetivas de fato. Esta rede deve ser articulada pelos serviços de Atenção Primária,
35
36 Média Complexidade e Alta Complexidade para efetuar ações organizadas com referência e
37
38 contrarreferência eficazes ⁴.

39
40
41 Dentre as diversas condições que afetam o trato respiratório, a rinite alérgica e asma
42
43 precisam de mecanismos especiais de planejamento, manutenção, estruturação da logística,
44
45 formalização e integralização dos pontos de saúde, pois estas apresentam uma alta prevalência
46
47 e alteram o cotidiano da vida das pessoas em sua qualidade de vida e incapacidade ⁵. A DPOC
48
49 tem processos de exacerbações que aumentam contingente de pessoas das emergências
50
51 hospitalares e para diminuição destas exacerbações é fundamental que haja avaliação
52
53 constante desses pacientes para inferir a sua capacidade funcional, grau de dispneia e
54
55 qualidade de vida, o que também exige articulação dos pontos de saúde, uma desarticulação
56
57
58
59
60

1
2
3 dos níveis de atenção podem interferir negativamente no cuidado da pessoa com DPOC, que
4
5 tem uma alta taxa de mortalidade ⁶.
6

7
8 No que diz respeito ao tabagismo, o cuidado permeia por ações educativas e qualidade
9
10 nas ações do trabalhador de saúde. Aspectos como ansiedade e depressão devem ser levados
11
12 em consideração, pois estão associados ao fracasso ou sucesso em parar de fumar, isso
13
14 implica uma abordagem completamente interprofissional e uma rede de cuidados intersetorial
15
16 e descentralizada⁷⁻⁸.
17

18
19 Apesar destas necessidades, a rede de cuidados organizada, com capacidade resolutive
20
21 parece distante da realidade, e para tanto a integralização dos sujeitos precisa fazer parte de
22
23 discussões e da busca de um melhoramento, na tentativa de proporcionar aos serviços de
24
25 saúde uma ressignificação do cuidado no processo saúde/doença ⁵.
26
27

28
29 Há necessidade de qualificação permanente das pessoas envolvidas no cuidar, para que
30
31 sejam capazes de identificar, classificar e manejar pessoas com DRC de forma adequada.
32
33 Portanto, são imprescindíveis reflexões sobre a qualidade dos trabalhadores da rede de
34
35 atenção. É a eficácia desta rede que irá proporcionar redução de morbidade e mortalidade,
36
37 trazendo ainda novo dimensionamento da qualidade de vida do doente e da sua família. Deve-
38
39 se ressaltar que o doente, seus familiares e a comunidade devem fazer parte e construir de
40
41 forma coletiva a educação permanente, e assim (re) pensar a escuta no processo de trabalho⁵.
42
43

44
45 De maneira geral, no Brasil, a rede de cuidados ainda se configura com uma grande
46
47 fragilidade, principalmente no que tange comunicação e continuidade no desenvolvimento do
48
49 cuidado. Existe uma fragmentação notória na articulação desta rede, o que inviabiliza um
50
51 projeto terapêutico bem sucedido para as afecções crônicas de maneira geral, em particular as
52
53 DRC ⁹⁻¹⁰.
54

55
56 Diante desse contexto referenciado, objetiva-se com este estudo analisar a articulação
57
58 da rede de cuidados em pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas no Distrito Cabula/
59
60

1
2
3 Beirú no Município de Salvador, Bahia. Isso é importante para o desenvolvimento tanto de
4
5 estratégias que possam ser construídas para atender as necessidades destas pessoas como de
6
7 outras condições de saúde que também exigem construções mais efetivas de redes de cuidado.
8
9

10 11 12 **METODOLOGIA** 13 14 15

16
17 A pesquisa é uma abordagem qualitativa¹¹. O estudo foi realizado nas Unidades de
18
19 Saúde da Família (USF) do Distrito Cabula/Beirú; no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)
20
21 centro de referência para estas enfermidades, principalmente nesta área geográfica do
22
23 município de Salvador, na Bahia; e o serviço de Fisioterapia Respiratória da Universidade do
24
25 Estado da Bahia (UNEB).
26
27

28
29 O Distrito Cabula/Beirú possuem 08 unidades de Saúde da família, sendo escolhidas
30
31 de forma intencional 04 unidades, pois duas destas possuem o serviço de cuidado à pessoa
32
33 com Tabagismo, assim escolhemos outras duas que não possuem o serviço. O Hospital Geral
34
35 Roberto Santos (HGRS), unidade de média e alta complexidade que pertence ao Governo do
36
37 Estado da Bahia e tem a responsabilidade de atender a população deste distrito e de outras
38
39 localidades, tendo esta unidade um ambulatório para atender pessoas com doenças
40
41 respiratórias crônicas.
42
43

44
45 O serviço de Fisioterapia Respiratória da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) se
46
47 configura como um serviço de demanda aberta que presta serviços a pessoas com DRC, em
48
49 sua maioria encaminhada dos serviços ambulatoriais especializado do HGRS. É uma
50
51 iniciativa docente-assistencial que atende serviços de fisioterapia para melhoria da qualidade
52
53 de vida das pessoas com estas afecções e funciona vinculado ao curso de Fisioterapia do
54
55 Departamento de Ciências da Vida (DCV) no campus I da UNEB, localizado no bairro do
56
57 Cabula, em Salvador, Bahia.
58
59
60

1
2
3 A composição da amostra foi escolhida a partir da saturação das respostas, em vista as
4
5 questões colocadas aos entrevistados, com a efetivação dos objetivos da pesquisa. Foram ao
6
7 todo 23 entrevistados entre trabalhadores de saúde das USF e usuários acometidos por DRC
8
9 tanto no HGRS quanto nas USF e serviço de Fisioterapia, e familiares e/ou cuidadores de
10
11 pessoas com esta condição de saúde. Definem-se como trabalhadores quaisquer pessoas que
12
13 atuem naquele ambiente, independente da formação específica para saúde (médicos,
14
15 enfermeiros, atendentes, e demais trabalhadores do serviço).

16
17
18
19 Os critérios de inclusão estabeleceram que os trabalhadores de saúde fossem aqueles
20
21 que atuam diretamente com as pessoas com DRC na USF, já dentre os usuários, foram às
22
23 pessoas que sofressem ou que cuidassem das enfermidades estudadas. Quanto ao critério de
24
25 exclusão: são menores de 18 anos e não desejo de participação do estudo, além de
26
27 trabalhadores que fossem vinculados ao local, mas não trabalhassem neste distrito com
28
29 pessoas com DRC, os usuários e seus familiares que não tivessem ou cuidasse de DRC.
30
31

32
33 Portanto, as entrevistas entre os trabalhadores das USF, os usuários e familiares nas
34
35 unidades estudadas, foram realizadas diante de um roteiro semiestruturado, com tópicos e
36
37 subtópicos. O primeiro tópico é intitulado de rede de cuidados, com os subtópicos: dispositivos,
38
39 estrutura e processo. O segundo foi Articulação da rede, com os subtópicos: integralidade do
40
41 cuidado, intersetorialidade e níveis de atenção. Esta ferramenta visa apreender o ponto de vista
42
43 dos sujeitos. Durante as entrevistas foi utilizado um gravador (Motorola XT 311) como forma de
44
45 garantir a fidedignidade dos depoimentos, com devida autorização documentada e assinada do
46
47 participante.
48
49

50
51 O método de análise dos dados foi à análise de conteúdo adaptado por Minayo¹³. No
52
53 sentido de sistematizar os dados para uma análise, foram realizados os seguintes passos:
54
55 inicialmente foi feita a ordenação dos dados por meio de um mapeamento de todos os dados
56
57 obtidos (transcrição de gravações, releitura de material e organização de gravações). Por
58
59
60

1
2
3 consequente, foi efetuada a classificação dos dados, quando se identificou os analisadores e
4
5 posteriormente foram elaboradas as categorias empíricas. Por fim, estruturaram-se os dados
6
7 empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa e documentos, promovendo a relação entre
8
9 o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.
10
11

12 Assim, as entrevistas foram iniciadas após a concordância dos sujeitos por meio da
13
14 assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde tinha exposta a
15
16 proposta do estudo; objetivos; justificativa; riscos e benefícios; a permissão para a divulgação
17
18 do conteúdo da gravação; transcrição literal e publicação dos resultados da pesquisa,
19
20 mantendo, no entanto, a garantia do sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos do estudo, o
21
22 qual estará baseado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde sobre as Diretrizes e
23
24 Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Este trabalho contou
25
26 ainda com aprovação final no Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da
27
28 Bahia (CAAE: 61478016.0.0000.0057).
29
30
31

32 33 34 35 **RESULTADOS E DISCUSSÃO** 36 37 38 39

40 Ao se tratar de DRC, espera-se que o acompanhamento das afecções dentro da rede
41
42 seja realizado pela Atenção Básica por ser este o nível primário e, portanto, de maior contato
43
44 com o cotidiano dos usuários dos serviços em saúde. Os serviços de Média e Alta
45
46 Complexidade são complementares a isto. Sobre esta temática, dentro das entrevistas, apenas
47
48 os entrevistado 2, 11 e 14 fazem acompanhamento periódico na Unidade Básica de Saúde,
49
50 curiosamente trata-se, para o entrevistado 11, do mesmo local que acontece do seu Programa
51
52 de Cessação do Tabagismo e para a entrevistada 2 corresponde ao seu local de trabalho.
53
54 Seguem as falas nas quais os usuários relatam sobre as Unidades de Atenção Básica como
55
56 local para o cuidado em DRC:
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

[...] Não, nunca fui (ao posto de saúde) por problema respiratório [...]
(Entrevistado 10, usuário do HGRS).

[...] Às vezes (vai ao posto de saúde) quando eu dou as crises assim, às
vezes... Que o respiratório é uma doença muito falsa, na mesma hora
que a pessoa tá bem, a pessoa tá cansando, gritando. [...] (Entrevistado
15, usuário do serviço de Fisioterapia Respiratória da UNEB).

[...] Eu tenho plano de saúde, mas não tirei não. Apesar do plano, quem
cuida deles é Dra. Renata. Aqui (na USF) a primeira Doutora que
cuidava do meu filho era Dra. Graça, no postinho, depois se tornou
Dra. Larissa que era lá de cima (da UBS). [...] (Entrevistada 2, usuária
e profissional da Unidade de Saúde).

Nota-se pelas falas que o cuidado as pessoas na Atenção primária não avançam
quando se diz respeito às DRC, somente acontece quando há o programa de tabagismo, que é
pontual e ocorre por pessoas qualificadas para tal, o que não significa que haverá atendimento
para todos os cidadãos.

Desta forma, as doenças crônicas, principalmente de grau leve, devem ter seu manejo
realizado pela Atenção Básica (AB) segundo o que é preconizado pelo Caderno da Atenção
Primária que trata de DRC. O papel da AB deve ser o primeiro ponto de articulação de rede
de cuidados e promover maior aproximação da realidade e da família do indivíduo, além de

1
2
3 proporcionar o acesso aos cuidados disponíveis nos outros níveis de atenção e na própria
4
5 Atenção Primária¹⁴.
6

7
8 O estudo feito por Queiroz *et al*¹⁵ revelou que 71,4% de subdiagnóstico da DPOC em
9
10 indivíduos com fatores de risco atendidos na Atenção Primária e os indivíduos com
11
12 diagnóstico presuntivo prévio, apresentaram maior expressão clínica da doença no momento
13
14 da avaliação do estudo e maior índice de obstrução brônquica¹⁵ refletindo em como para o
15
16 universo das doenças respiratórias crônicas a Atenção Básica é inconsistente no diagnóstico,
17
18 automaticamente os serviços de Média Complexidade ficam sobrecarregados por doentes em
19
20 estágios mais exacerbados e complicados das DRC.
21
22

23
24 Os entrevistados 2, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14 e 15 são acompanhados em serviços de Média
25
26 Complexidade, destes apenas a entrevistada 2 tem acompanhamento na Atenção Básica
27
28 conjuntamente. Os entrevistados 16, 17, 18 e 19 são trabalhadores da Unidade de Média
29
30 Complexidade A comunicação entre os níveis de atenção é rara, o que faz a correlação entre
31
32 os serviços de saúde prestados ao usuário ser incipiente, como evidenciado na fala da
33
34 entrevistada 2 que além de profissional de saúde é mãe e cuidadora de duas crianças
35
36 acometidas por DRC. Ao ser questionado se há comunicação entre o Otorrinolaringologista
37
38 que acompanha seus filhos e a médica da sua Unidade de Saúde:
39
40
41
42
43
44

45 [...] Não. Quando eu vou para o otorrino, ele pergunta sobre a pediatra
46
47 dela e digo que a médica é da minha equipe e trabalha comigo e ele
48
49 me diz que quando for uma coisa leve, eu posso levar para pediatra
50
51 que ela trata de uma alergia. [...] (Entrevistada 2, usuária e profissional
52
53 da Unidade de Saúde).
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Quando questionada sobre a articulação da rede, a enfermeira que trabalha na Unidade
4
5 de Média complexidade a mesma responde,
6

7
8
9
10 [...] na verdade, a gente não sabe muito bem como funciona no posto
11
12 de saúde, não conversamos nada sobre, mas percebemos que muitos
13
14 não são tratados as doenças respiratórias lá (Entrevistada 17,
15
16 profissional da média complexidade).
17

18
19
20
21 Pode-se perceber que há uma desconexão potente entre os setores, o que nos permite
22
23 afirmar que não há caminhos que levem a esta articulação, o que pode contribuir para
24
25 dificultar o cuidado. Segundo Malta, no Brasil, a rede de cuidados se estabelece com uma
26
27 grande fragilidade, em especial quando se trata da comunicação e continuidade no
28
29 desenvolvimento do cuidado. A fragmentação notória na construção destes elementos da rede
30
31 não torna possível um processo terapêutico efetivo para as afecções crônicas de maneira geral,
32
33 e em particular as DRC⁹⁻¹⁰.
34
35

36
37 Em estudo os significados de Integralidade feitos com profissionais de Unidades
38
39 Básicas de Saúde de um município do estado de São Paulo, mostrou que de maneira
40
41 independente do modelo tecnológico, estes trabalhadores revelaram que se constituir no
42
43 centro de comunicação entre os pontos da Rede de Atenção em Saúde é uma função distante
44
45 da prática cotidiana. A incompreensão acerca da importância da Atenção Básica e de suas
46
47 especificidades demonstradas pelos demais níveis encontra-se como determinante deste
48
49 distanciamento¹⁶.
50
51

52
53 É preciso se conceber que o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o
54
55 nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contra fluxos (referência e
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

contrarreferência) do sistema de atenção à saúde e é constituído pela Atenção Básica como coordenadora do cuidado e demais serviços de saúde que atendam a necessidade do usuário ¹⁷.

Uma análise especial dos entrevistados 1, 3, 11, 12, 13, 14 e 15 correspondentes a profissionais e usuários do programa de tabagismo de duas Unidades Básicas de Saúde distintas, revela que foram aqueles a demonstrarem mínima conexão entre os serviços de Atenção Básica e Média Complexidade. Apesar disso, os entrevistados 1, 3, 16 e 18, enquanto profissionais, criticam a falta de retorno ou a dificuldade de acesso após os encaminhamentos realizados na Atenção Básica, solicitando complementaridade de exames pelos serviços de Média Complexidade o que é percebido na fala da entrevistada 1:

[...] A impressão que eu tenho é que não funciona porque raramente chega o retorno para nós. Basicamente, quando precisa de uma especialidade, o médico faz uma requisição solicitando e a gente encaminha o paciente, faz uma ficha de referência se necessário, mas desse tempo que eu estou aqui nunca vi uma contra referência. O paciente sai e a gente fica com aquela sensação “será que vai voltar?”. Inclusive a gente tem discutido muito aqui na Unidade essa questão das Redes de Atenção à Saúde. [...] (Entrevistada 1, profissional da Unidade de Saúde).

[...] Foi ótimo! Ele me passou uns exames pra fazer, tô fazendo, não recebi o resultado pra levar, fiz vários tipos de exames, tô esperando o resultado pra levar. Já peguei 3 resultados, tá faltando 2, pra poder levar pra ele. [...] (Entrevistado 11, usuário da Unidade de Saúde).

1
2
3 Não há fluxos, não há comunicação, não me lembro de ter recebido
4
5 nenhum documento que exija resposta de uma unidade de saúde
6
7
8 (Entrevistado 16, usuário da Unidade de Média Complexidade).
9

10
11 Diante das falas acima, reafirma a falta de uma organização dos serviços que permitam
12 um fluxo, e a partir deste, haja uma comunicação efetiva entre os serviços de saúde que
13
14 ordenem o cuidado entre os mais diversos níveis de complexidade, e assim, atenda as
15
16 necessidades.
17
18

19
20 Vale ressaltar quem o potencial de fatalidade das DRC faz com que os usuários e
21 prestadores de serviços necessitem de um fluxo que garanta continuidade e flexibilidade por
22 parte dos serviços permitindo que as demandas muitas das vezes imprevisíveis dos
23 prestadores do cuidado e pacientes sejam atendidas⁶, formando sistemas de referência e
24 contrarreferência eficazes e conectados.
25
26
27
28
29
30
31

32 Os fluxos e as condições para encaminhamentos devem ser definidos dentro da
33 construção das linhas de cuidado. Mesmo enquanto persistir o acompanhamento na atenção
34 especializada, a Atenção Básica deve continuar informada da situação de saúde do usuário,
35 bem como acompanhar o desenvolvimento do plano de cuidado. Os critérios para a alta
36 devem ser pactuados, assim como as condições para o seguimento desse usuário no nível
37 primário de atenção à saúde ⁴.
38
39
40
41
42
43
44
45

46 É sabido que dentro do processo de articulação de rede há inserção tanto do público
47 quanto do serviço privado, além das alternativas que dinamicamente os usuários se utilizam
48 para suprirem às faltas desta rede em relação às suas necessidades em saúde. Desta maneira
49 dentro deste estudo os entrevistados 2, 6 e 13 complementam o acompanhamento em saúde
50 com serviços particulares, e na fala da entrevistada 3, enquanto profissional há também este
51 reconhecimento de uso de serviços particulares.
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

[...] Quando foi em outubro de 2015 eu comecei a sentir que tava cansando muito aí eu fui pra o Dr. que é pneumologista. [...] Eu fui no serviço do plano de saúde [...] (entrevistada 13, usuária do serviço de Fisioterapia Respiratória da UNEB).

[...] Não, porque eu sou funcionária da prefeitura, eu sou aposentada, então por eu ter assistência médica eu nunca ia à Unidade. [...] (Entrevistado 6, usuário do Hospital Geral Roberto Santos).

[...] Agora a minha filha tem otorrino (...). Ele é do plano (...). Meu filho era pelo plano que eu tinha. Quando o otorrino foi para o plano, ele me disse “qualquer coisa me procure lá ou na Faculdade de Medicina” porque ele trabalha lá e tem uma clínica particular. Então qualquer coisa ele me diz não fica trazendo aqui não que é muita agonia muita gente [...] (Entrevistada 2, profissional e cuidadora de crianças com DRC da Unidade de Saúde).

Há uma relação direta e sem percepção de um limite, no cuidado no que concerne à modalidade do serviço em ser público ou privado, há uma interface entre ambas. Em pesquisa que estudou a utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte, os usuários exclusivos do SUS utilizaram a rede básica enquanto que os beneficiários da saúde suplementar acessaram os níveis secundário e terciário: ambulatórios, clínicas e hospitais privados¹⁸. Isso denota tal qual as falas dos entrevistados, que dentro da rede de atenção uma das maiores fragilidades encontradas na Média Complexidade é

1
2
3 acessibilidade, e o serviço privado vem no sentido de ser complementar e suprir esta
4
5 demanda.
6

7
8 As referências e contrarreferências são pontos cruciais para a articulação da rede
9
10 ocorrer de maneira efetiva. Perfazem-se pela conexão entre os pontos de saúde os níveis de
11
12 atenção integrando entre si. Os entrevistados 1, 3 e 12 enquanto trabalhadores da Atenção
13
14 Básica restringem apenas ao Hospital Estadual Otávio Mangabeira a figura de centro de
15
16 referência em DRC, contraditoriamente, o Hospital Geral Roberto Santos que tem
17
18 ambulatório especializado em DRC não foi citado pelos profissionais, e percebe-se na fala da
19
20 profissional a sensação de não conhecimento do ambulatório específico na rede e no distrito.
21
22 Por outro lado muitas vezes o encaminhamento parte do próprio usuário, que sabe de algum
23
24 serviço mais próximo e solicita o encaminhamento. As falas exemplificam:
25
26
27

28
29
30
31 [...] Pra tabagismo? De referência não..., Mas pra algumas doenças
32
33 respiratórias tem o Octávio Mangabeira, né? Paciente de tuberculose...
34
35 [...] (Entrevistada 12, profissional da Unidade de Saúde).
36
37

38
39
40 [...] Mora lá perto da Engomadeira. Aí eu falei com minha médica,
41
42 minha pneumologista que me acompanha lá e ela me deu o pedido pra
43
44 vir pra cá. Aí eu vim. [...] (Entrevistada 13, usuário de serviço de
45
46 Fisioterapia Respiratória da UNEB).
47
48

49
50
51 [...] não sei quantas unidades tem no distrito, mas vejo que as pessoas
52
53 do bairro vem para serem atendidas, mas, vemos que elas não são
54
55 encaminhadas pelos médicos para cá, a maioria é alguém que indica ou
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

a emergência que informa as pessoas sobre o ambulatório (Entrevistado 16, usuário da Unidade de Média Complexidade).

Mesmo se tratando de unidades de Saúde da família que possuem uma população adscrita, percebemos nas falas que no caso do tabagismo não há restrição e é aberto para toda e qualquer pessoa, moradora de Salvador ou de qualquer outra cidade, basta apenas desejar para de fumar.

Os fluxos entre os serviços pressupõem acompanhamento, responsabilização do prestador de serviço/profissional/ cuidador para com o usuário. O consumo de tecnologias duras (exames, procedimentos) implica num retorno ao “cuidador”, que definirá sempre pela necessidade de novos procedimentos, ou pela instituição de determinada terapêutica. O percurso pela linha de cuidado baseia-se na existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico adequado àquele usuário, que comandará o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência. No entanto, o deslocamento no processo assistencial atual, ainda é centrado em procedimentos, atos desconexos e fragmentados, como que substituindo os mecanismos de responsabilização. A retomada de uma perspectiva de um projeto terapêutico adequado a cada usuário na sua singularidade implica um fluxo de referência e contrarreferência contínuo e monitorado pelos atores que figuram como “gestores do cuidado”, ou cuidadores⁹.

As concepções subjetivas fazem parte de uma gestão de cuidado integral às pessoas com DRC. Dentro deste contexto, as subjetividades devem considerar as dimensões próprias dos sujeitos, tanto de usuários quanto de profissionais dos serviços. As entrevistas 11, 13, 14 correlacionam suas concepções subjetivas dentro do processo de cessação do tabagismo. O

1
2
3 entrevistado 14 remete a importância da religião na sua concepção de cuidado e na decisão de
4
5 abstinência do cigarro, conforme descrito nas falas:
6
7

8
9
10 [...] Eu fumava uma carteira de cigarros por dia, tinha dia que até 2
11
12 carteiras por dia quando tava bebendo gostava de fumar um... E agora
13
14 tô fazendo a refeição bem melhor, tô dormindo melhor, aquele cansaço
15
16 que tinha, eu subia essa *ladeirazinha* e já subia cansado, hoje em dia eu
17
18 já fui lá e voltei duas vezes hoje... Não tenho mais aquela dor... Já tá
19
20 bem melhor... Entendeu? (...) Tudo (melhorou) até fisicamente, com a
21
22 esposa em casa... É ruim demais... Esse mês que tô eu já melhorei
23
24 muito, não tô bom, mas já melhorei muito . [...] (Entrevistado 11,
25
26 usuário da Unidade de Saúde).
27
28
29

30
31
32 [...] Eu parei porque desci às águas, eu tava na igreja, fui batizado. Aí
33
34 eu disse Esse é o último. Lembro-me como se fosse hoje, acabei de
35
36 almoçar, acendi um cigarro, só tinha um mesmo. Acendi aquele cigarro
37
38 e nunca mais. Fui pro rio, fui pro rio lá na Pituba, aí desci as águas, e
39
40 graças a Deus até hoje. Cigarro e bebida parei tudo, graças a Deus parei
41
42 tudo. [...] (Entrevistado 14, usuário do serviço de Fisioterapia da
43
44 UNEB).
45
46
47
48
49

50
51 Enquanto profissionais as entrevistadas 1 e 3 falam sobre as perspectivas pessoais dos
52
53 pacientes e quanto estas são importantes e devem ser consideradas dentro do processo do
54
55 cuidar e do autocuidado. Corroborando, a fala da profissional e do usuário abaixo,
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

[...] Basicamente no primeiro encontro é mais a questão emocional, explicar sobre a importância de se ter um hábito mais saudável, o quanto seu corpo vai sofrer passando de um hábito para o outro porque mudar de hábito, em geral, não é uma tarefa fácil então tem muito essa parte de conhecimento a ser passado, mas tudo em uma linguagem muito leve. [...] (Entrevistada 1, profissional da Unidade de Saúde).

O caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços com suporte às ações necessárias, projeto terapêutico adequado, processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência, contudo esse percurso não é impessoal, mecânico, desvinculado de sentimentos e impressões. Configura-se por parte do usuário e do cuidador subjetividades relacionais decorrentes do encontro de ambos⁹. Por isso, a fala da entrevistada 3 sobre os aspectos emocionais e a utilização de uma linguagem leve para uma melhor abordagem do usuário é dotada de significação e significados do cuidado e da produção para além de redes físicas e sólidas, de redes emocionais e afetivas com todos os envolvidos.

De maneira geral, as DRC implicam mudanças importantes na qualidade de vida pessoal, na capacidade funcional, na dinâmica familiar do indivíduo. Isso acarreta em limitações físicas, emocionais e intelectuais do doente, bem como repercussões econômicas e sociais, contribuindo significativamente para sofrimento de todos os envolvidos¹³.

Os entrevistados 13 e 15 afirmam que com a cronicidade das afecções o autoconhecimento sobre o funcionamento do organismo consegue fazê-los identificar quando é preciso a oxigenioterapia ou pausar em um exercício físico mais intenso. Segue trecho da fala da entrevistada 13 que relata sobre esta questão:

1
2
3 [...] “Que eu botei na cabeça que se eu começar a me viciar com isso,
4 se eu botar o pulmão, ele já tá lenhado né? Se eu botar pra viciar só
5 funcionar com químicos, eu vou ser uma dependente de remédios.
6 Então eu só pego na bombinha quando eu sinto que a coisa vai
7 ultrapassar. Que meu limite de saturação é 93 no repouso e 87 no
8 esforço. Então eu já sei disso, eu já sei calcular o negócio. Então se eu
9 sinto que tá ultrapassando aí eu vou pego uma bombinha, ou então de
10 manhã, a Seritide que é duas vezes: de manhã e de noite, aí quando eu
11 acordo eu vou “Bom vou tomar Seritide”. Mas fora isso, tranquilo. Eu
12 cheguei aqui cansando muito. Agora no descanso nem parece que
13 tenho.” [...] (Entrevistada 13, usuária do serviço de Fisioterapia da
14 UNEB).
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

33 Na realidade muitas pessoas acabam por produzir suas próprias redes de cuidado
34 distante daquilo estipulado dentro das redes de saúde formais, dos sistemas público e privado
35 de saúde, estabelecendo assim uma rede informal através da família, autocuidado dentre
36 outros locais e aspectos. Reforça-se a produção do cuidado conformada a partir da
37 subjetivação do ser. Denota-se a partir daí a importância da inclusão dos anseios e desejos do
38 usuário no projeto terapêutico, considerando suas expectativas, preocupações, crenças,
39 experiências, efeitos de tratamento proposto, potencializando dessa maneira os resultados
40 terapêuticos de uma rede bem articulada, que se entenda a possibilidade de construção de rede
41 vivas de cuidado ³⁻¹⁵⁻¹⁹.
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52

53 Na pesquisa de Zanini *et. al*, sobre a percepção do envelhecer para pessoas com DRC,
54 os entrevistados relataram que é importante aceitar e encarar a pneumopatia crônica, pois,
55 dessa forma, ganham força para persistirem na luta diária do tratamento contínuo e é preciso
56
57
58
59
60

1
2
3 conviver com a doença da melhor maneira possível, buscando adaptar o seu modo de ver a
4 vida com a doença crônica¹⁹. Essa melhor convivência dar-se por concatenada com as
5 entrevistas 13 e 15, que falam sobre reconhecer quando há necessidade de remédio,
6 oxigenioterapia ou simplesmente parar um exercício por chegar ao limite respiratório
7 razoável, mostrando que este autoconhecimento sobre como o próprio organismo lida com a
8 cronicidade da pneumopatia é fator positivo para melhoria na qualidade de vida destas
9 pessoas.
10

11
12
13
14
15
16
17
18
19 A equipe que presta os serviços para pessoas com DRC deve necessariamente primar
20 por uma gestão de cuidados com equipe multiprofissional. Esta atenção é pautada em
21 encontros periódicos e discussão dos problemas em saúde dos indivíduos e da população. Os
22 núcleos distintos de saberes e práticas de cada campo profissional de atuação devem
23 construir estratégias conjuntas de intervenção que vão desde atendimentos compartilhados a
24 discussão de casos. Sobre isto, os entrevistados 1, 3 e 12 contam em suas unidades de saúde
25 com o auxílio de equipes multiprofissionais com as quais atuam conjuntamente. Na fala do
26 entrevistado 11 é evidenciado o cuidado realizado por profissionais de diferentes áreas de
27 atuação da saúde,
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41

42 [...] Então a gente foi desenvolvendo mesmo ao longo do período com
43 ajuda dos manuais e eu tinha feito também uma capacitação há dois
44 anos sobre o tema... Então cada área atua de forma específica.
45 Nutrição mesmo a gente pede apoio pra ajudar nessa questão de como
46 se alimentar melhor, pelas mudanças que ocorre também após o
47 paciente deixar de fumar. O educador físico a gente pediu ajuda
48 também porque ele pode auxiliar nessa questão da atividade física, né
49 pra melhora desses pacientes. A fisioterapeuta também nos ajudou em
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

uma das sessões pela questão da parte respiratória, exercícios respiratórios, a parte da fissura quais exercícios eles poderiam fazer nesse momento, nessa questão da meditação. Odontologia também... Enfermagem também no cuidado de como evitar as recaídas cuidados em gerais também [...] (Entrevistada 12, profissional da Unidade de Saúde).

Todo mundo teve. Ele teve lá conversou com a gente, mas ela não era psicóloga não... Ela era... (nutricionista). Individual (sobre o atendimento). Primeiro foi um, na outra semana foi o outro... Aí teve o professor de física também... Bem feito tudo isso. [...] (Entrevistado 11, usuário da unidade de saúde).

Nas falas acima evidencia a importância do cuidado ser para além de multi, mas interprofissional, no qual se estabelece uma conexão no cuidar para além de uma estratégia profissional, e avança para eficácia no cuidado de modo integral, e principalmente, de forma resolutive.

Assim, a interprofissionalidade é outro componente do cuidado holístico e eficaz que deve ter destaque dentro do contexto das DCR. Isso porque estas afecções crônicas demandam da equipe de saúde um olhar biopsicossocial para questões subjetivas que permeiam as vivências e os saberes do indivíduo e de seus familiares. Torna-se necessário por parte do profissional de saúde uma formação que ultrapasse os limites do modelo biologicista⁹. Para efetivamente o cuidar adquirir esse caráter interdisciplinar e integral, fica evidente a carência de uma rede bem articulada e organizada, suprida de tecnologias e recursos humanos que alimentem as conexões e hierarquias entre os serviços de saúde da

1
2
3 Atenção Primária, a Média Complexidade e Alta Complexidade permitindo a sistematização
4 eficaz das ações de referência e contrarreferência ⁴.

5
6
7
8 A gestão de cuidados a pessoas com DRC exigem competências cognitivas e
9 instrumentais e atitudinais que viabilizem manejos terapêuticos cotidianos proporcionando
10 qualidade de vida ao doente¹⁵. Dentro desta gestão existem dimensões a serem consideradas,
11 são elas: a dimensão individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e a societária.
12 A individual refere-se ao modo de viver de cada pessoa levando em conta as múltiplas formas
13 de subjetividade de cada um; a familiar mostra-se pelas diferentes maneiras de agir da família
14 aos diferentes ambientes ambulatoriais, hospitalares e domiciliares que o doente é atendido, a
15 profissional diz respeito às capacidades técnicas e éticas; a estrutura organizacional se
16 configura pelas formas de diálogo e o trabalho em equipe; a dimensão sistêmica faz com que
17 a partir dos modelos das redes e qualidade dos serviços novas redes se estabeleçam; a
18 societária, reflete nas formas de viver da sociedade em geral.

19
20
21 A linha do cuidado parte da premissa da produção de saúde de forma sistêmica, a
22 partir de redes macro e micro institucionais que podem ser fragmentadas por fatores como a
23 deficiência da rede de serviços e inexistência de ofertas específicas, como exames não
24 cobertos, dentre outras carências ⁹. Esta associação fica clara quando se retoma a fala da
25 entrevistada 1, que além de denunciar a deficiência explícita da rede propõe se discutir as
26 Redes de Saúde dentro do seu ambiente profissional.

27
28
29 Ao mesmo tempo Mehry²¹ traz em seu conceito sobre Redes Vivas singularidades que
30 dizem respeito à territorialidade e ao próprio cuidado, podendo os usuários transitar por
31 distintas redes, ainda que partam de uma rede disparadora, contrapondo com o conceito de
32 rede sólido e inteiro preconizado pelo Ministério da Saúde e fazendo, portanto das Redes
33 Vivas fragmentárias e em acontecimento²¹. Entende-se por esse contexto que os entrevistados
34 2 e 13, que buscam alternativas em serviços privados, lançam mão desta fluidez inerente ao
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 cuidado e a dinamicidade da rede que se forma ao redor dele. Os entrevistados 11 e 14
4
5 incorporam às suas concepções pessoais de cuidado à cessação do tabagismo, e a introdução
6
7 nos serviços da rede é marcada por estas subjetividades. Ainda sobre esta fluidez, às
8
9 concepções subjetivas, corroboram porque se depreende das falas da entrevistada 13 que uma
10
11 rede não se compõe apenas do sólido e do inteiro, ela engloba perspectivas pessoais que irão
12
13 fazer os modelos terapêuticos e diagnósticos dos serviços de saúde serem efetivos ou não para
14
15 cada sujeito.
16
17

18
19 A estruturação de uma equipe interprofissional participativa configura novas linhas de
20
21 cuidado que viabilizem processos menos mecânicos pautado apenas em produção de
22
23 procedimentos. O caminhar na rede exige a segurança estabelecida a cada microprocesso de
24
25 trabalho específico determinados por cada produto de serviços/ profissionais envolvidos.
26
27 Sendo que cada microunidade (unidade de saúde, ambulatório especializado, laboratório)
28
29 fornece insumos umas às outras, idealmente integrando-se entre si⁹ e prestando qualificada
30
31 assistência via uma rede eficaz. Ao se propor modelos assistenciais novos, pautados em
32
33 integralidade há de se analisar os processos de trabalho desses profissionais para compreensão
34
35 e organização dessa assistência na articulação da rede.
36
37

38
39 Desta forma, a constituição de uma Atenção Básica disparadora da articulação de rede,
40
41 um cuidado pautado nas subjetividades do encontro entre usuários de serviços e profissionais
42
43 de saúde, com fluxos bem referenciados e conectados, equipes multidisciplinares e integradas
44
45 compondo o que se expressa pelo trabalho vivo com tecnologias leves, ou seja, saberes que
46
47 resultam numa produção de cuidado liberando o potencial transformador e qualificado da
48
49 assistência⁹.
50
51

52 53 54 55 56 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 57 58 59 60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

As pessoas que convivem com Doenças Respiratória Crônicas têm demandas em serviços de saúde específicas que devem ser analisadas e atendidas da melhor maneira possível, visando sempre qualidade de vida. Dentro do Distrito Sanitário Cabula/Beirú a Atenção Básica como ponte entre a articulação dos serviços de nível primário e nível secundário de atenção ainda se mostraram muito aquém do que é preciso para atender às necessidades dos usuários. No entanto, concepções subjetivas de cuidado e equipes multidisciplinares são conceitos que a rede mesmo com suas deficiências assistenciais de prestação de serviços tenta abordar e reconhece a importância.

A desarticulação evidencia que há muito trabalho a se fazer, mas por outro lado à compreensão de que novos conceitos como a fluidez e a dinamicidade da rede existem, proporciona a incorporação de novas perspectivas do usuário e dos profissionais na construção de novas articulações. Especificamente neste Distrito Sanitário dentro do Município de Salvador, Bahia este reconhecimento deve ser o caminho para o debate por soluções, e se faz como possibilidade de pioneirismo no processo de elaboração de modelagens assistenciais de saúde mais assertivas e inovadoras.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira PC. Apresentações clínicas da DPOC. Pulmão RJ, 2013;22(2):15-1
2. Souza, MC. et al. Produção do cuidado e necessidades de saúde em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. O mundo da saúde, v. 38, n. 2, p. 139-48, 2014.
3. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, 2012, 6(2):151-63.

- 1
2
3
4
5
6 4. Brasil. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à
7
8 saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 9
10 5. Stelmach R et al. Programas e centros de atenção a asmáticos no Brasil; uma oficina de
11
12 trabalho: revisitando e explicitando conceitos. J Bras Pneumol. 2015;41(1):3-15.
- 13
14
15
16
17 6. Silva Helton Eckermann da, Zipperer Adria. A correlação entre o desempenho físico
18
19 funcional de membros inferiores e a gravidade da doença pulmonar obstrutiva crônica.
20
21 Fisioter. mov. 2013; 26(2): 379-387.
- 22
23
24
25
26 7. Pawlina MMC; Rondina RC; Espinosa MM; Botelho C. Depressão, ansiedade, estresse e
27
28 motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. J Bras Pneumol.
29
30 2015;41(5):433-439.
- 31
32
33
34
35 8. Ramos LR et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in
36
37 Brazil. Rev Saúde Pública 2014;48(5):837-844
- 38
39
40
41
42 9. Malta DC et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante
43
44 dos modelos assistenciais. Ciênc. saúde coletiva, 2004, 9(2), p.433-44.
- 45
46
47
48
49 10 World Health Organization. Global surveillance, prevention and control of chronic
50
51 respiratory diseases. Who publications: Geneva, Suíça, 2007.
- 52
53
54
55
56 11. Passos, E.; Kastrup, V.; Escossia, L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-
57
58 intervenção e produção de subjetivação. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- 59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

11. Zanini GM, Bastos CCBC, Silva JR, Tavares KO. O envelhecer na percepção de pessoas com pneumopatias crônicas submetidas à reabilitação pulmonar, RBCEH, 2013, 10(1): 42-51.

12. PMS/SMS - Prefeitura Municipal de Salvador, Secretaria Municipal de Saúde , 2007. Distritos Sanitários. Salvador: Secretaria Municipal de Saúde.

13. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2012.

14. Brasil. Doenças Respiratórias Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

15. Queiroz MCCAM, Moreira MAC; Rabahi MF. Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. J. bras. pneumol, 2012;. 38(6):692-699.

16. Macedo, Lilian Magda de e Martin, Sueli Terezinha Ferrero. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2014, v. 18, n. 51 [Acessado 27 Outubro 2018] , pp. 647-660.

17. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011.

18. Passos, E.; Kastrup, V.; Escossia, L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetivação. Porto Alegre: Sulina, 2009.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

19. Castanheira Carlos Henrique Campos, Pimenta Adriano Marçal, Lana Francisco Carlos Félix, Malta Deborah Carvalho. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte. *Rev. bras. epidemiol.*
20. Szeffler SJ. Advances in pediatric asthma in 2014: Moving toward a population health perspective. *J ALLERGY CLIN IMMUNOL*, 2015, 135(3): 644-652.
21. Merhy et al. As redes vivas; multiplicidades gerando existências, Implicações para a produção do cuidado e a produção do cotidiano em saúde. *Saúde em debate*, 2014, 53: 153-64.

4.2 Artigo 3 - Itinerário Terapêutico das Pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi compreender o Itinerário Terapêutico de pacientes com Doenças Respiratórias Crônicas nos diversos níveis de atenção a saúde no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia. O estudo trata-se de uma abordagem qualitativa exploratória, tendo como ferramentas para produção de dados entrevistas semiestruturadas com 23 informantes entre usuários e profissionais de saúde. As principais problemáticas identificadas foram as consequências de uma comunicação ineficiente nas Redes de Atenção à Saúde, o deslocamento excessivo do usuário no processo do cuidado e o convênio de saúde oculto no SUS. Conclui-se que, apesar das dificuldades existentes em conseguir colocar em prática o objetivo das Doenças Respiratórias Crônicas em aperfeiçoar a comunicação entre as redes de atenção à saúde, a análise do Itinerário Terapêutico serve como uma ferramenta de subsídio para melhor compreender como se deve atuar no processo terapêutico destes pacientes.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde. Doenças respiratórias, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this research was to understand the Therapeutic Itinerary of patients with Chronic Respiratory Diseases at the various levels of health care in the Cabula / Beirú District in the Municipality of Salvador Bahia. The study is an exploratory qualitative approach, having as tools for data production semi-structured interviews with 23 informants among users and health professionals. The main problems identified were the consequences of inefficient communication in the Health Care Networks, the excessive displacement of the user in the care process and the concealed healthcare agreement in the SUS. It is concluded that, despite the difficulties in achieving the objective of Chronic Respiratory Diseases in optimizing communication between health care networks, the Therapeutic Itinerary analysis serves as a subsidy tool to better understand how to act in the therapeutic process of these patients.

Keywords: Comprehensive Health Care, Respiratory Tract Diseases, Health Services.

INTRODUÇÃO

O estudo sobre Itinerário Terapêutico (IT) concede uma forma para compreender todo o processo de adoecimento de uma pessoa, desde o aparecimento dos primeiros sinais/sintomas, em seu diagnóstico, até a maneira pela qual a doença é interpretada pelo enfermo e seus familiares, e sobre como lidam com tal situação. Pode-se afirmar que o IT passou a ser considerado na elaboração do cuidado sob a luz de um conceito denominado comportamento do enfermo (*illness behaviour*), termo que surgiu em 1960 através de Mechanic e Volkart(1).

A literatura atual remete a importância que o estudo sobre o IT permite, no que diz respeito às interpretações dos processos, que as pessoas ou grupos sociais optam, analisam e aderem a determinados tratamentos (2). É de suma importância a compreensão do IT de um enfermo, haja vista que uma doença pode acometer uma pluralidade de pessoas de esferas socioculturais distintas que, portanto, não comungam de uma única trajetória. A análise do IT traz um viés extremamente relevante pautado em identificar de forma dinâmica o processo de construção das histórias individuais que caracterizam dado contexto patológico. As investigações sobre itinerários terapêuticos, ainda que seja uma linha de raciocínio recente no Brasil, detém de potencial suficiente para subsidiar a forma como a qual os serviços de saúde se organizam e/ou como estes podem aprimorar a forma de organização para iniciar ou dar continuidade ao processo do cuidado (3).

Estudar os caminhos/percursos de um determinado agravo pode ser crucial para entender o processo de cuidar e sua resolutividade, principalmente o que tange as doenças respiratórias crônicas (DRC), que podem ter diversos fatores etiológicos. Segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) do Ministério da Saúde (4), fora observado que entre os anos de 2003 e 2012 as doenças do aparelho respiratório estavam entre as cinco principais causas de internações hospitalares. Estes dados, que evoluem ao longo dos anos, são alarmantes e questionáveis sobre quando e quais as condições de cuidado ao qual estas pessoas são submetidas e como estas o interpretam.

Desta forma, o modo como as diversas formas de DRC são negligenciadas predispõe ao agravo da patologia e esta evolução não passa despercebida pela análise do IT, posto que, seus estudos tradicionais denotam da importância em

compreender os fatores extra biológicos da morbidade. O entendimento acerca do comportamento do enfermo traduz as definições populares sobre doença, as crenças muitas vezes não questionadas no modelo biomédico e a percepção sobre os processos terapêuticos (2). O subsídio maior da compreensão de um IT é a comunicação, por isso o Ministério da Saúde criou em 2010 as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que propõem que todas as informações sobre um enfermo sejam compartilhadas e atualizadas entre os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária (5,6).

Porquanto, o estudo do IT é uma opção viável para que seja feita toda a construção da compreensão do quadro patológico de outrem, identificando através de uma nova perspectiva, que não a biomédica, o significado que as pessoas atribuem às suas aflições em diversos contextos. Diante do exposto este trabalho tem como objetivo compreender o Itinerário Terapêutico de pacientes com Doenças Respiratórias Crônicas nos diversos níveis de atenção à saúde no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia.

METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de uma abordagem qualitativa, exploratória que foi realizada em quatro Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Cabula/Beirú escolhidas de forma intencional. Por ser uma pesquisa de natureza qualitativa, o quantitativo dos sujeitos pesquisados não é uma preocupação, pois o intuito é o aprofundamento e abrangência do fenômeno estudado, portanto, o critério não se baseia nos números, assim, amostragem ideal foi aquela que possibilitou observar as múltiplas dimensões sobre IT de pessoas com DRC.

A composição da amostra foi escolhida a partir da saturação das respostas, desta forma, em vista as questões colocadas aos entrevistados, contribuíram para a efetivação do objetivo da pesquisa, totalizando 23 entrevistados.

Os participantes do estudo foram formados por trabalhadores de saúde do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), trabalhadores de saúde de algumas Unidades de Saúde da Família (USF) e usuários acometidos por DRC e familiares e/ou cuidadores de pessoas com esta condição de saúde. Quando definimos trabalhadores, pôde ser qualquer pessoa que atua naquele ambiente,

independente da formação específica para saúde (médicos, enfermeiros, atendentes, e demais trabalhadores do serviço).

Como critério de inclusão os trabalhadores de saúde foram aqueles que atuam diretamente com as pessoas com DRC na USF e quanto aos usuários, pessoas que sofram ou que cuidem das enfermidades estudadas. Quanto ao critério de exclusão: foram menores de 18 anos e os que não desejaram participar do estudo.

Durante as entrevistas, foi utilizado um gravador (Motorola XT311) como forma de garantir a fidedignidade dos depoimentos, todavia, foi apenas utilizado com a devida autorização do participante. Para a realização da entrevista estruturada, a mesma possuía um roteiro em que se motivou compreender a análise do itinerário terapêutico de pessoas com DRC.

No sentido de sistematizar os dados para uma análise, foram realizados os seguintes passos: ordenação dos dados por meio de um mapeamento de todos os dados obtidos (transcrição de gravações, releitura de material, organização de gravações, dos dados do diário de campo, das fontes documentais). Por conseguinte, foi realizado a classificação dos dados, quando identificamos os núcleos dos sentidos e posteriormente elaboramos as categorias empíricas. Ao momento da análise final, articulamos os dados empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa e documentos, promovendo a relação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Assim, a pesquisa foi iniciada após a concordância dos sujeitos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde estava exposta a proposta do estudo; objetivos; justificativa; riscos e benefícios, como também, a permissão para a divulgação do conteúdo da gravação, transcrição literal e publicação dos resultados da pesquisa, mantendo, no entanto, a garantia do sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos do estudo, o qual esteve baseado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.(CAAE:61478016.0.0000.0057).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa teve participação de 23 entrevistados, entre usuários portadores de DRC no Distrito Cabula/Beirú no município de Salvador-Bahia e profissionais de saúde desta mesma área. A construção do estudo se baseou nos relatos sobre itinerário terapêutico, caracterizando a relevância em compreender a trajetória do paciente e o entendimento do profissional dentro do processo do cuidado. Através das entrevistas, no que tange a proposta do IT foram analisados três pontos relevantes: as consequências de uma comunicação ineficiente nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), o deslocamento excessivo do usuário no processo do cuidado e o convênio de saúde oculto no SUS.

COMUNICAÇÃO E AS REDES DE ATENÇÃO

O acesso aos serviços de saúde pública para o tratamento de doenças respiratórias crônicas (DRC) é ineficaz para o paciente desde a descoberta clara do seu diagnóstico, assim como acaba por ser conflitante para a elaboração e efetiva produção do cuidado por parte dos profissionais de saúde, principalmente os que atuam na Atenção Básica (7). A compreensão sobre DRC tem um viés de cunho extremamente popular, que acaba por causar certa negligência na busca por atendimento profissional, fato que contribui para que muitas pessoas iniciem um tratamento quando a doença já está avançada.

Grande parte dos usuários do SUS são avaliados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) até que sejam identificadas as limitações da atenção básica para a continuação do tratamento, momento em que o profissional é orientado a encaminhar o paciente, através de regulação, para um atendimento especializado em doenças respiratórias. Este encaminhamento é efetivo através das Redes de Atenção à Saúde (RAS), modelo organizacional preconizado pelo Ministério da Saúde a fim de integrar e estabelecer uma linha de comunicação direta entre os sistemas de saúde municipais e estaduais com o intuito de garantir os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade (8).

Um dos conflitos pioneiros na análise do itinerário terapêutico é, justamente, a insegurança que o profissional tem quando encaminha o paciente através das

RAS; posto que não tenha havido, na prática, a devolução das contrarreferências informando a evolução do paciente para o setor básico, situação que acaba obstruindo a integralidade que deve haver entre os sistemas municipais e estaduais. A dificuldade em conseguir efetiva integralidade entre os estes setores de esferas distintas, acaba por perpetuar um sentimento de vazio na equipe profissional da atenção primária envolvida no processo do cuidado, como fora relatado por um dos entrevistados.

[...] Eu nunca vi um caso de um paciente voltar para cá ou voltar a ficha de contrarreferência. Embora existam as Redes de Atenção à Saúde, temos muito esse sentimento de perda, é como se a gente “jogasse o paciente no meio da Rede e ele se perdesse naquele emaranhado” e ficamos pensando onde está o paciente que eu encaminhei e não voltou. (Entrevistado 1)

Nota-se nesta fala que há uma dificuldade organizacional dos serviços de saúde, que acaba refletindo no cuidado fragilizado que acomete os pacientes com DRC. É inevitável a importância da atenção secundária, que denotam as demandas de média complexidade, com atendimento especializados que são extremamente necessários para o claro diagnóstico de algumas DRCs, mas se não houver clara comunicação com a atenção primária, o tratamento do doente acaba sendo concedido de forma fragmentada. A precaução em estabelecer essa troca de informações, preconizadas através das RAS, salienta a importância da atenção básica por ser a porta de entrada para o tratamento das DRCs devendo ter uma assistência abrangente destinada a este serviço, sendo essencial para o entendimento do itinerário terapêutico do doente, o que era observado no campo, durante a pesquisa o quanto as pessoas não conheciam/entendiam a rede.

Portanto, uma das características essenciais das RAS é, justamente, formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção a fim de aperfeiçoar o serviço de saúde e contemplar todos os usuários com um trabalho interprofissional de excelência (9). Entretanto, uma das problemáticas alarmantes expostas durante a pesquisa, através da perspectiva dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária, é que na prática não tem existido uma comunicação segura entre os diferentes níveis de atenção. O esclarecimento ineficaz entre o corpo profissional da atenção primária e secundária prejudica diretamente o processo de

atenção à saúde de pessoas com DRC, fragmentando o cuidado e estendendo seu itinerário terapêutico.

Uma das consequências do déficit na comunicação entre os níveis de atenção reflete no fato de que as informações sobre o funcionamento das RAS não são passadas para os usuários porque nem mesmo os profissionais conseguem compreender sendo que as redes de atenção fazem parte de um projeto da saúde pública brasileira na tentativa de aperfeiçoar os serviços, melhorar a qualidade sanitária, deixar os usuários satisfeitos e conferir máxima redução em custos dos sistemas de atenção à saúde (10). Porquanto, a negligente comunicação sobre como trabalhar nas redes acaba dificultando uma metodologia existente para intervir beneficemente no processo do cuidado desobstruindo as barreiras de uma terapêutica fracionada.

Tais lacunas de silêncio entre os protagonistas do cuidado acabam caracterizando a rede com um aspecto (des) funcional fragmentado. É crucial salientar que a organização das RAS compreende que o desempenho em equipe é baseado na mútua influência que distintos profissionais exercem uns com os outros objetivando desenvolver o melhor trabalho dentro das possibilidades cabíveis (11). A informação é a ferramenta de subsídio para o acesso do usuário ao tratamento e a omissão desta compromete a oferta de uma assistência mais adequada, afirmativa apontada na fala de alguns entrevistados entre pacientes e profissionais de saúde.

[...] Aí eu fui perguntar para a coordenadora do Distrito onde eu teria acesso porque estava pesquisando na internet, mas eu não achava as Redes de Salvador. Então ela me respondeu “ah, assim... é uma coisa complicada”, naquele momento eu tive o sentimento de que nem ela mesmo sabe. (Entrevistado 1)

[...] Inclusive, tem pessoas onde eu moro que eu disse que ia marcar um pneumologista aqui e disseram: “E lá marca exame?”. Eu disse que marcava, porque tem gente que nem sabe. (Entrevistado 9)

[...] Não, nunca me informaram. Eu fiquei até sabendo pela moça (a farmacêutica) que meu pai quando teve tuberculose

tinha direito a medicamento, tinha que ter uma ajuda de custo porque ele ficou sem trabalhar, aí simplesmente ninguém me falou nada. (Entrevistado 4)

A desarticulação das práticas de produção de saúde vai contra o princípio de integralidade do SUS, limitando ações de atenção à saúde na prestação do cuidado ao enfermo (12). Além de não colaborar com o conceito das RAS, impossibilitando uma assistência integral com foco no usuário que facilite o seu deslocamento na rede. Tal problemática impede outra instância como a promoção de uma relação médico/paciente mais humanizada, sensível à perspectiva do doente, haja vista que, a produção do cuidado é constituída em caráter subjetivo, podendo ser reconstruída de acordo com os individuais itinerários terapêuticos(11). A ineficácia da comunicação pode acarretar diversos prejuízos que prolongam o processo terapêutico de pacientes com DRC, sendo importante entender que suas consequências vão surgindo em longo prazo acometendo um sentimento de impotência entre os sujeitos envolvidos (profissionais, pacientes e familiares), por não conseguirem se adaptar com tal falta de integração. Foi muito comum, ouvir relatos de diversas pessoas o quanto caminharam até chegar ao hospital, principalmente na questão tempo, pois havia casos de pessoas que moravam próximo do hospital, mas que não sabiam do serviço de saúde prestado que atendia a sua necessidade.

O CAMINHAR EXCESSIVO NA “REDE”

Durante a análise do itinerário terapêutico fora possível detectar que a falta de informação dos funcionários e usuários sobre o funcionamento e especializações das redes de atenção à saúde no que diz respeito ao atendimento de pessoas com DRC, demonstra ser um dos motivos pelo qual o usuário se desloca de forma excessiva em busca da resolubilidade. Tal situação inviabiliza destreza no atendimento aos enfermos, tornando incompatível a formalização de uma assistência que consiga atender às efetivas necessidades dos usuários. Além de salientar a perspectiva de um sistema de saúde fragmentado que por ineficiência constrange o processo de cuidado do paciente (13). As afirmativas

expostas são consistentes de acordo com esta pesquisa, sendo traduzidas em algumas falas dos entrevistados.

[...] Foram 4 anos de sofrimento com meu filho, na emergência, de eu não dormir de noite porque tinha que ficar acordada, tinha que elevar o travesseiro, tinha que elevar a cabeceira da cama dele para ele respirar melhor para ele poder conseguir dormir. (Entrevistado 2)

[...] Eu andei muito em hospital diferente fazendo tratamento e eles colocavam sempre na ficha “asma crônica”. Só que eu nem sei como se diagnostica asma. (Entrevistado 5)

[...] Não perguntam nada, só escutam a gente. Médico desse tipo, principalmente público, é raro. (Entrevistado 10)

[...] Toda vez que ele vai, ele vai direto para UTI porque a dispneia dele fica muito forte, ele sente muita falta de ar e fica lá uns 3 ou 4 dias até aliviar. Quando alivia jogam ele para o Otávio Mangabeira e lá foram 2 internamentos, no Ernesto Simões foram 3, no total 5. (Entrevistada 4)

A hegemonia do modelo biomédico, ainda tão focado na patologia, entrelaça os entraves que os dados princípios do SUS tentam desobstruir ao ofertar um serviço que propõe acesso universal à saúde. Tal paradoxo presente no sistema público de saúde consegue afetar de forma negativa e direta o processo do cuidado dos usuários por impossibilitar a compreensão de questões subjetivas e psicológicas que acompanham qualquer doença (14). O forte modelo terapêutico mecanicista resiste na saúde pública ainda que sejam elaborados novos métodos de interagir no processo do cuidado, como agrega às redes de atenção à saúde, motivo pelo qual é fornecida uma assistência paliativa aos pacientes com DRC permitindo que estes se desloquem muitas vezes durante o itinerário terapêutico. A implantação de um sistema que unifica a saúde, como rege a Lei 8.080/90 que regulamenta o SUS, é um privilégio reconhecido por muitos brasileiros. Entretanto, o acesso universal e integral aos serviços de saúde, pré-estabelecidos legalmente, ainda é um desafio contemporâneo.

Na experiência do campo, percebe-se que as informações incompletas dadas aos pacientes sobre o funcionamento do sistema de saúde pública e as RAS já contextualizam um cenário em que os doentes e os familiares ficam submetidos, a traçar um itinerário terapêutico sem esclarecimento de doença respiratória crônica. É importante salientar que ainda há certa dificuldade para que os profissionais de saúde se adaptem ao sistema de comunicação existente nas RAS, deixando-os por vezes sem respostas para alguns questionamentos dos portadores de DRC, como indicações de especialistas diferentes do que os pacientes já tenham conhecimento. A longa espera em conseguir marcar uma consulta, ser encaminhado através de regulação ou atendido numa situação de sofrimento também influencia no desestímulo que o enfermo atribui ao seu cuidado.

Ademais, há a possibilidade destes pacientes não serem bem recepcionados no dia da consulta devido à alta demanda que os profissionais carregam para conseguir contemplar todos os atendimentos do dia. É importante compreender que, quão mais curto for o espaço de tempo do profissional durante a consulta, mais restrito ele pode ficar em conseguir fazer uma ideal análise sobre o IT do paciente. Outro fator desestimulante para os enfermos verificado nesta pesquisa, são as dificuldades demográficas, econômicas e sociais que grande parte dos pacientes assistidos no distrito Cabula/Beirú em Salvador-Bahia enfrentam durante o excessivo deslocamento no processo terapêutico (15). Segundo relato de alguns entrevistados, tais situações dificultam muito no processo do cuidado.

[...] Muitas vezes dentro da Atenção Básica a gente não tem a ferramenta necessária para resolver o problema dele, então o que a gente faz é encaminhar. (Entrevistado 1)

[...] Alguns fazem pelo plano e trazem, mas se for pelo SUS, tem vezes que acaba o grupo (de tabagismo) e não me trazem os exames. (Entrevistado 3)

[...] Fico em casa. Eu tomo a nebulização, tomo comprimido e meloro. Porque não tem transporte assim pra gente ir, eu

sou de um povoado e o Hospital fica em Monte Santo.
(Entrevistado 7)

Nas falas acima, observa-se que há uma dificuldade de acesso para alguns procedimentos, o que se justifica pela burocracia existente e pouco explorada pelos profissionais e pessoas doentes da rede pública, causando insatisfação em muitos usuários e levando-os conseqüentemente a optar por investir em seguros de saúde particulares a fim de aperfeiçoar o tempo na busca por atendimento e realização de exames (16). Era muito comum ouvir os usuários comentarem que chegam ao ambulatório sem diagnóstico, sem ter feito nenhum exame para o diagnóstico de suas enfermidades, o que não era uma particularidade das DRC.

Ainda que existam dificuldades financeiras na vida dos portadores de DRC entrevistados neste estudo, as tentativas para tentar superar os obstáculos burocráticos e a longa espera por consulta que regem a assistência de saúde pública fazem com que o sistema privado de saúde seja uma opção vantajosa para cessar o deslocamento excessivo que estes enfermos são submetidos durante o itinerário terapêutico.

[...] Por causa dos meus filhos, foi por eles. Para mim eu me viro, corro aqui e ali. Já no particular tem uma garantia melhor. É um acesso mais fácil. (Entrevistada 2)

[...] Marcar clínico, alguma coisa, pedir um check-up. Eu sempre marco no particular. (Entrevistada 9)

É notável, através das falas dos entrevistados, que há uma falta de direcionamento aos portadores de DRC e seus familiares dentro da Rede para viabilizar a melhor forma de tratamento deste quadro patológico, o que acaba direcionando para o setor privado a resolubilidade da questão. Segundo Viegas et. al. (16), a acessibilidade é um fator subsidiado pela resistência a obstáculos ecológicos, financeiros e organizacionais para procurar e obter cuidado, assim como pela capacidade da população para superar estes obstáculos. O excessivo deslocamento que o usuário carrega como forte característica em seu itinerário terapêutico compreende a diminuta acessibilidade à uma assistência de qualidade,

e a comunicação fragmentada entre os diversos níveis de atenção e os pacientes demonstram a dificuldade que existe para mudar esse perfil assistencial.

O CONVÊNIO OCULTO NO SUS

A comunicação ineficaz ou a falta desta, dá abertura para um viés que se pode intitular de “Rede Viva”, pois o acesso às distintas instituições especializadas em DRC é feita de modo informal entre as pessoas. Os privilégios não institucionais existentes entre usuários do SUS e profissionais atuantes dentro do sistema fazem com que estas pessoas consigam alcançar a consulta desejada sem, necessariamente, enfrentar todo o trâmite burocrático que a Rede estabelece (17). O somatório de tantas lacunas e problemáticas na produção do cuidado de pessoas com DRC, caracteriza uma atitude recorrente entre alguns pacientes durante o itinerário terapêutico, mesmo aqueles que têm plano de saúde particular: marcar consulta com especialista através de contatos pessoais.

[...] Não, só que procurasse uma avaliação com o pneumologista. Eu tenho uma filha que trabalha na APAE, tem muitos anos, e com o conhecimento com uma médica que trabalha aqui, ela conseguiu. É muito difícil marcar com esses tipos de médico. (Entrevistada 5)

[...] Sua consulta foi marcada através de uma amiga aí né?/ É.../ É parente né?/ É. (Entrevistada 8)

[...] Apesar do plano, quem cuida deles é Dra. Maria (nome fictício) aqui na USF. (Entrevistada 2)

Diante das falas dos entrevistados, pode-se afirmar que a comunicação informal atrelada às amizades no setor público de saúde, permite a resolução dos problemas para muitos usuários. Em detrimento de conseguir evitar tantas burocracias das RAS, dentro de um cenário onde o doente portador de DRC necessita de cuidado especializado, mas se depara com pouco direcionamento, essas indicações informais permitem que sejam contemplados com o atendimento

mais rápido. Esta condição cria uma situação nova e diferente nos mecanismos que regem o SUS (18), caracterizando uma condição diferente no sistema. De acordo com o Ministério da Saúde (19) os seis princípios regidos por esta Carta são: (1) o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, (2) direito a tratamento efetivo e adequado para seu problema, (3) direito ao atendimento acolhedor, humanizado e livre de qualquer discriminação, (4) direito a atendimento que respeite a sua pessoa seus valores e seus direitos, (5) todo cidadão tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada, (6) todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores de saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. A dificuldade em se fazer cumprir o que preconiza o Ministério da Saúde neste documento acaba dando margem para que os usuários criem um convênio de saúde oculto no SUS, conseguindo através das mais diversas formas a resolubilidade da sua situação de saúde, desde a marcações de consultas, à realização de exames.

Consequentemente, a “Rede Viva” acaba sendo mais eficaz para quem tem DRC, pois obtém informação, atendimento, diagnóstico e início de um possível tratamento sem necessitar mais se deslocar tantas vezes pela Rede. Compreende-se, então, que as barreiras de acesso ao tratamento para pessoas com DRC estão enraizadas na falta de conhecimento e desinformação sobre o funcionamento das redes de atenção à saúde tanto por parte dos profissionais, como dos usuários. Tal perspectiva abrange um cenário onde há dificuldades para a comunicação e articulação dos diversos níveis de atenção na elaboração do cuidado formalizando uma assistência paliativa que não consegue solucionar as necessidades biológicas e subjetivas dos portadores de doença respiratória crônica (20).

CONCLUSÃO

Com fundamento nos dados do presente estudo, identificou-se o Itinerário Terapêutico (IT) percorrido por pessoas com doenças respiratórias crônicas (DRC). O estudo evidenciou que grande parte dos pacientes e profissionais de saúde são desinformados sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde

(RAS), caracterizando um processo de cuidado ainda muito fracionado entre os diversos níveis de atenção, conduta adversa ao que rege os princípios das RAS.

O conhecimento sobre o trajeto que pessoas com DRC percorrem ao longo do seu tratamento é de extrema relevância no projeto terapêutico, haja vista que, pode subsidiar estratégias organizacionais e estruturais para que as redes de atenção consigam alcançar o que se objetiva para as RAS: oferecer cuidados qualificados e segurança aos pacientes. Apesar dos desafios envolvendo a difícil comunicação devido às escassas informações que permeiam os protagonistas do cuidado e os usuários das redes de atenção, o entendimento do IT de um paciente é de extrema importância por ser uma das formas de conhecê-lo sob a ótica da sua perspectiva sobre o binômio saúde-doença que são informações facilitadoras para a elaboração terapêutica do cuidado, além de (re) conhecer as redes vivas produzidas no cotidiano por todos os atores envolvidos no processo.

A partir dos dados coletados, também é possível afirmar que as doenças do aparelho respiratório não acontecem isoladas, e comungam de diversos fatores que fogem da compreensão biologicista. O maior bônus que a proposta de análise do itinerário terapêutico fornece é compreender que o portador de DRC existe para além da sua doença, com características subjetivas e psicológicas importantes e que tentar colocar esse perfil intrínseco dentro do planejamento do cuidado confere maior probabilidade do paciente não arrefecer e aceitar o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Coqueiro JM, Oliveira AE, De Figueiredo, TAM. Itinerários Terapêuticos de Sujeitos com Diabetes Mellitus: Linhas Fortes e Fracas. Rev. Enferm. UFPE [Internet]. Recife, 2018 [acesso em 2018, Jul 13], 12(6): 1554-62. Disponível em:
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231706/29247>
2. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WDS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [acesso em 2019, Fev 6] , 21(3):843-852. Disponível em:
<www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/entre-fluxos-e-projetos-

terapeuticos-revisitando-as-nocoos-de-linha-do-cuidado-em-saude-e-itinerarios-terapeuticos/15245 >

3. Cabral ALLV, Martinez-Hemaez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Rev. Ciências & Saúde Coletiva [Internet] . Rio Janeiro. 2011 [acesso em 2018, Jul 13], 16 (11): 4433-4442. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200016&script=sci_abstract&tlng=pt>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. 2018 [acesso em 2018, Jul 19] Disponível em: <www.datasus.gov.br>.
5. Zuim, RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2018, (28(02): 1-19.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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).Diário Oficial da República Federativa do Brasil.2010, dez 31 [acesso em 2018, 11 Ago]. Seção 1.p 88 Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>.
7. Souza MC, Souza JN, Camelier FWR, Camelier AA . Produção de cuidado e a Rede de Atenção à pessoa com Doença Respiratória Crônica: um estudo de revisão. Revista Pesquisa em Fisioterapia. 2017;7(4):574-582.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. [Internet]Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 2018, Jul 20]. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4175045/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%20-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Redes de Produção de Saúde. (Formação de Apoiadores) (Oficina 3) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 [acesso 2018, Jul 20]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/apresentacao_marilene_-_redes_de_producao_de_saude.pdf>.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Rev. Ciências e Saúde Coletiva. Scielo [Internet]. 2010 [acesso em 2018, Ago 7], (15:5)2297-2305. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >.
11. Lima SAV, Silva MRFD, Carvalho EMFD, Pessoa EÂC, Brito ESVD, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife.

- Physis Revista de Saude Coletiva. Scielo [Internet]. 2015 [acesso em 2018, Jul 24]. 25(2):635-656. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf> >.
12. Macedo LM, Martin STF. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu). Scielo [Internet] 2014 [acesso em 2018, Jul 20], 18(51): 647-660. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400647.>
 13. Rover MRM, Vargas-Peláez CM, Farias MR, Leite SN. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2016, 26,(2): 691-711.
 14. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, 23 (3):861-870.
 15. Backes DS, de Souza MHT, Marchiori MTC, Colomé JS, Backes MTS, Lunardi Filho WD. (2014). O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Scielo [Internet]. 2014 [acesso em 2018, Jul 21]; 22(6): 1026-1033. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-01026.pdf>.
 16. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde Soc. [online], São paulo. 2015 [acesso em 2018, Jul 21], 24(1):100-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902015000100100&script=sci_abstract&tng=pt>.
 17. Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes RI. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. Saúde e Sociedade [online]. 2017[Acessado 6 Fevereiro 2019], 26(2) : 435-447.
 18. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990, 20 set., p.18055.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 2. ed. Ministério da Saúde [Internet] Brasília, DF, 2007 [acesso em 2018, Ago 11]. 9 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>.

20. Arruda C, Lopes SGR, da Luz Koerich MHA, Winck DR, Meirelles BHS, de Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. Escola Anna Nery. Scielo [Internet]. 2015 [acesso em 2018, Jul 24] ; 19(1): 169-173. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>> .

4.3 Artigo 4 - Produção do Cuidado E O Diagnóstico em Pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas: Um Estudo no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador-Bahia.

RESUMO

A referida pesquisa teve como objetivo entender o processo de produção de diagnóstico em pacientes com Doenças Respiratórias Crônicas, no Distrito Cabula/Beirú, no Município de Salvador-Bahia. O presente estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória, tendo como instrumento para produção de dados entrevistas semiestruturadas realizadas em 4 Unidades de Saúde da Família (USF), um centro de referência em Fisioterapia e o ambulatório do Hospital Roberto Santos do Distrito Cabula/Beirú; participando assim não só usuários como também profissionais de saúde, totalizando 23 participantes. Os principais núcleos de sentidos criados foram a ausência de assistência e os agravos no diagnóstico e na sobrevivência do paciente e a relação profissional-paciente, atuação do profissional na produção de diagnóstico DRC. Nesta perspectiva, conclui-se que o cuidado em saúde no processo de produção de diagnóstico assume um papel determinante na sobrevivência do paciente, norteador assim, em todo o caminho que irá percorrer no seu processo saúde-doença, nos diferentes níveis de complexidade.

Palavras chaves: Diagnóstico. Atenção centrada no paciente. Atenção integral à saúde. Saúde coletiva.

ABSTRACT

This research aimed to understand the diagnostic production process in patients with Chronic Respiratory Diseases in the Cabula / Beirú District in the city of Salvador-Bahia. The present study deals with a qualitative, exploratory approach, having as an instrument for the production of data semi-structured interviews carried out in 4 Family Health Units, a reference center in Physiotherapy and the outpatient clinic of the Roberto Santos Hospital of Cabula District / Beirú, thus participating not only users but also health professionals, totaling 23 participants. The main nuclei of senses created were the absence of assistance and the aggravations in the diagnosis and in the survival of the patient and the professional-patient relationship, professional performance in the production of CRD diagnosis. In this perspective, it is concluded that the health care in the diagnostic production process assumes a determinant role in the patient's survival, thus guiding him in all the way in which he will go through his health-disease process at different levels of complexity.

Keywords: Diagnosis. Patient centered attention. Integral health care. Collective health.

INTRODUÇÃO

O processo de produção de diagnóstico, no que tange ao tempo e fidedignidade do mesmo, tem se apresentado cada vez mais como um dos fatores preponderantes na sobrevida do paciente, tanto positivamente como negativamente (1). Versando por essa perspectiva, a legitimidade do processo de trabalho em saúde se efetiva no estabelecimento de estratégias que prezam pela produção do cuidado de forma sistêmica e integral ao paciente, o tornando assim sujeito vivo e ativo do seu processo saúde-doença.

Em meio à conjuntura atual, com o aumento expressivo nos casos de Doenças Crônicas em meio ao perfil epidemiológico da população, tendo como uma das mais latentes as Doenças Respiratórias Crônicas-DRC, é estritamente necessária a organização de uma rede de atenção que priorize a humanização das práticas de saúde, para um maior sucesso no conduzir deste usuário dentro de uma linha de cuidado, na qual se iniciará desde a produção e definição do diagnóstico.

Fisiopatologicamente, as Doenças Respiratórias Crônicas, também denominadas de DRCs, caracterizam-se como uma disfunção de natureza crônica que podem acometer tanto as vias aéreas superiores e inferiores como também outras estruturas dos pulmões (2) gerando assim, limitações físicas, emocionais e intelectuais na vida da pessoa acometida por esta doença. É importante salientar que a DRC pode ser ocasionada por diversos fatores que vão desde o tabagismo, poluição ambiental e alérgenos, e/ou até mesmo por algumas doenças como esquistossomose e doença falciforme. Além disso, pneumonia, bronquiolite e tuberculose, por causarem cicatrizes nas vias aéreas, também podem ser consideradas fatores de risco sobre essas doenças (3).

As DRCs constituem atualmente um dos principais problemas de saúde no que tange a magnitude de acometidos na população. Isso tem representado um alto índice de custos para o seu financiamento, tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS) devido aos gastos individuais de um doente crônico, como também para economia como um todo, em função de custos agregados, afastamentos do trabalho e perda de produtividade, o que contribui também perdas financeiras para as famílias que possuem pessoas com DRC. (4). De acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016 (5) por meio dos

dados estatísticos coletados pelo Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponíveis no DATASUS, durante os anos de 2003 a 2013, ocorreram 6.876.361 internações hospitalares no SUS por DRC, sendo as faixas etárias mais prevalentes aquelas acima de 70 anos e menores de 1 ano para ambos os sexos. Em relação à mortalidade, de 2003 a 2013, foram registrados 685.031 óbitos por DRC no país, com uma média das taxas de mortalidade de 32,6/100 mil habitantes (5).

A partir dos dados referidos, é inegável afirmar que ainda exista uma significativa necessidade de investimento técnico e financeiro por parte do capital público para o Sistema Único de Saúde. Entretanto, a real “solução” dessa demanda está muito aquém do quesito financeiro. De acordo com o Ministério da Saúde (3), para que haja uma efetiva redução da morbimortalidade por essas doenças é necessário o estabelecimento de uma linha de cuidado que acolha a pessoa doente de modo integral em todo o seu processo saúde-doença, assistindo-o assim, desde o seu diagnóstico e conseqüentemente até o seu tratamento.

No entanto, para que haja uma maior eficácia na terapêutica do paciente por meio do cuidado assistencial, interprofissional e integral, é necessário que o arcabouço estrutural do trabalho em saúde evidencie ações e práticas que atendam e norteiam a chamada subjetividade do paciente/sujeito (6). Segundo Canesqui (7) a saúde e a doença não são objetos tão modernos, mas se transformam e influenciam-se pelos novos objetos, os quais são pertencentes à natureza e à cultura. Desse modo, o processo saúde-doença em concomitância ao seu contexto histórico-evolutivo, perpassa por um processo contínuo de (re)construção no que tange a sua especificidade, a qual emerge da singularidade do meio e do próprio sujeito.

Entretanto, nesse momento afloram algumas indagações importantes: Em qual momento e de qual forma a produção de cuidado se estabelece efetivamente na linha do processo saúde-doença? As respostas para esses questionamentos provocaram (e ainda provocam) diversos equívocos entre os profissionais de saúde. Isso por que, muitos acreditam que o cuidado se inicia somente no momento da aplicação de procedimentos e técnicas no que tange ao tratamento e a terapêutica. Contudo, segundo Santos (8), é necessário saber compreender o que está ocorrendo para poder agir em conformidade, implicando assim que se

tenha de proceder à elaboração de um diagnóstico. Desse modo, a produção do cuidado em saúde não deve apenas se estabelecer na ação do tratamento e sim, desde a produção de diagnóstico a partir da demanda do paciente com pensamento na prevenção de doenças e na promoção de saúde.

Partindo dessa perspectiva, um diagnóstico precoce, bem estruturado e mediado pelo cuidado em saúde contribui para um aumento nas chances de sobrevivência do paciente. Por meio dessas explicações, esta referida pesquisa tem como objetivo Entender o processo de produção de diagnóstico em pacientes com Doenças Respiratórias Crônicas no Distrito Cabula/Beirú, e os impactos na vida e na terapêutica destas doenças em relação ao tempo e o modo no qual o mesmo produzido. Dessa forma, o diagnóstico se torna o norteador de toda terapêutica a ser percorrida ao longo do processo saúde-doença do mesmo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória, realizada em 4 Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Cabula/Beirú escolhidas de forma intencional. É importante destacar que, além dos profissionais de saúde da USF e usuários acometidos por Doenças Respiratórias Crônicas (DRC), foram entrevistados os familiares e/ou cuidadores de pessoas com esta condição de saúde. A composição da amostra foi escolhida a partir da saturação das respostas, em vista as questões colocadas aos entrevistados, com a efetivação dos objetivos da pesquisa. Foram ao todo 23 entrevistados entre trabalhadores de saúde das USF e usuários acometidos por DRC tanto no HGRS quanto nas USF e serviço de Fisioterapia, e familiares e/ou cuidadores de pessoas com esta condição de saúde.

No que se refere ao grupo “profissionais de saúde”, se estabeleceu que o mesmo fosse constituído por qualquer pessoa que atue naquele ambiente, independente da formação específica para saúde (médicos, enfermeiros, atendentes, e demais trabalhadores do serviço). Como critério de inclusão, definiu-se como trabalhadores de saúde aqueles que atuam diretamente com as pessoas com DRC na USF e quanto aos usuários, pessoas que sofram ou que cuidem das enfermidades estudadas.

Foram excluídos menores de 18 anos e com não desejo de participação do estudo. O processo da pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, ela se desenvolve em interação dinâmica, retroalimentando-se e reformulando-se constantemente. Dessa forma algumas ferramentas serão utilizadas para dar visibilidade aos acontecimentos nos locais estudados, utiliza-se, portanto, o encontro como potencializador na produção dados, no acontecimento. Portanto, foram escolhidas as pessoas entrevistadas entre os trabalhadores do HGRS e das USF, os usuários e familiares nas unidades estudadas, que é realizado diante de um roteiro semiestruturado (APÊNDICE C). Esta ferramenta visa apreender o ponto de vista dos sujeitos, na qual a mesma facilita a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação, o que deixa o pesquisador e o participante do estudo livres para discorrer sobre o tema proposto.

Durante as entrevistas foi utilizado um gravador (Motorola XT 311) como forma de garantir a fidedignidade dos depoimentos, todavia foi apenas utilizado com a devida autorização do participante. Para a realização da entrevista estruturada a mesma possui um roteiro em que se divide em um tópico com alguns subtópicos: Produção de diagnóstico com o subtópico: Projeto Terapêutico Singular, Pontos de atenção, interdisciplinaridade, Referência/Contra referência, Gestão de casos, coordenação do cuidado e apoio matricial. Diante das ferramentas acima, foram escolhidas as pessoas entrevistadas entre os trabalhadores das USF. Como forma de contribuição para produção dos achados, o diário de campo foi uma ferramenta muito utilizada, sendo presente em todo o tempo e espaço da pesquisa. Para utilização do diário de campo o pesquisador utilizou um roteiro semiestruturado (APÊNDICE D) constando os principais analisadores para efetivação da pesquisa.

O método de análise dos dados foi especificamente o de conteúdo. No sentido de sistematizar as informações coletadas para uma posterior análise, foram realizados os seguintes passos: inicialmente ordenou-se as informações por meio de um mapeamento de todos os dados obtidos (transcrição de gravações, releitura de material, organização de gravações, dos dados do diário de campo). Por conseguinte, realizou-se a classificação das informações, a partir da identificação dos núcleos de sentidos e por conseguinte elaborou-se as chamadas categorias empíricas. Nesta pesquisa, as categorias empíricas encontradas foram: “Ausência de assistência e os agravos no diagnóstico e na sobrevida do paciente”

e “a relação profissional-paciente (atuação do profissional na produção de diagnóstico de DRC)”.

Por fim, para o momento de análise final das informações, houve a articulação dos dados empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa e documentos, promovendo assim, a relação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática. Ao formular analisadores devemos cruzar as informações obtidas nas diferentes ferramentas de pesquisas. Assim, a pesquisa foi iniciada após a concordância dos sujeitos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foi exposta a proposta do estudo; objetivos; justificativa; riscos e benefícios, como também, a permissão para a divulgação do conteúdo da gravação, transcrição literal e publicação dos resultados da pesquisa, mantendo, no entanto, a garantia do sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos do estudo, o qual estará baseado na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.(CAAE:61478016.0.0000.0057). É importante ressaltar que, a entrevista foi realizada em locais calmos e ambientes que garantam o sigilo das informações, no qual outras pessoas não sejam permitidas a ouvir, as mesmas foram gravadas e guardadas sob a responsabilidade dos pesquisadores. Durante toda a pesquisa os possíveis riscos foram continuamente minimizados, o respeito a pessoa foi princípio fundamental, o que garante a autonomia do participante, no qual foi garantida a mesma, além da proteção daqueles que necessitam.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 23 pessoas, dentre as quais se encontram pacientes e profissionais da área de saúde. O estudo em sua totalidade se norteou em mapear o acesso ao diagnóstico em pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador-Bahia e entender o cuidado em saúde diante da produção de diagnóstico. Partindo dessa perspectiva, consoante ao desenrolar das entrevistas e pesquisas, no que se refere a produção de diagnóstico se observou que as falas e afirmações se agruparam predominantemente em duas problemáticas principais: ausência de assistência e a relação profissional-paciente.

ATENÇÃO, DIAGNÓSTICO E A SOBREVIDA DOS DOENTES

É certo que o sistema público de saúde tornou-se, ao longo dos anos, uma estrutura dinamicamente complexa e sistêmica que tem contribuído para o progresso do diagnóstico e para o crescimento no tratamento de diversas patologias através da inserção de tecnologias inovadoras (9). Entretanto, o déficit da atenção à saúde em relação ao cuidado das pessoas tem implicado graves consequências desde o processo de produção de diagnóstico até o tratamento a ser atribuído.

No Brasil, habitualmente, o sistema de saúde desenvolve ações de forma fragmentada. Dessa forma, faz-se necessária a organização de uma rede de atenção que atenda as pessoas com DRC com maior ênfase na atenção primária, incluindo ações de promoção da saúde e prevenção primária e secundária. (3). Além da morosidade do serviço, a ausência de um atendimento fidedigno e o subdiagnóstico da doença se tornaram frutos de uma assistência deficitária e sobrecarregada provocando assim, uma série de agravos nos quais são perceptíveis nas falas de alguns pacientes,

[...] Aí demorou, tirou bem, fiquei legal, mas ficou a sequela... Aí eu voltei pra aqui e comecei a cansar. Então eu vivo de remédio. Eu vivo de bombinha e Alene (Entrevistado 14).

[...] Não me encaminharam pro Roberto Santos, só me deram alta, fui para casa e não melhorei. (Entrevistado 5).

[...] Foi, o Doutor que determinou o diagnóstico há dois anos caminhando para três, mas antes, ninguém nunca tinha dado o diagnóstico (Entrevistado 5).

[...] eu vivia indo para o hospital e voltava e ninguém me dizia o que tinha, era uma peregrinação (Entrevistado 22)

Além disso, muito desses agravos se iniciam até mesmo da dificuldade de acesso por parte desses usuários em relação a unidade, impossibilitando assim, tanto a produção de diagnóstico como também o estabelecimento de um tratamento adequado e eficaz ao paciente. Era muito comum, ouvir entre os usuários os mesmos dialogando entre e si e reverberando a dificuldade de ter um diagnóstico. De acordo com Viegas e et al. (10), apesar dos avanços relacionados,

sobretudo, à ampliação da oferta de serviços da rede básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde ainda constitui um embate. Além de uma oferta insuficiente de médicos e outros profissionais na atenção primária mediante a demanda existente, os usuários ainda se deparam não só com a falta insumos para o atendimento e tratamento, como também com a falta de acesso informacional. (11).

Para além do acesso, a qualidade do serviço é fundamental a ser discutido, pois o fato de vencer a barreira não necessariamente significa que terá qualidade, e conseqüentemente resolubilidade do problema, que inicialmente está interligado com o diagnóstico da doença que leva o cidadão aos serviços de saúde (12).

Desse modo, o direito constitucional de acesso Universal e integral ainda representa um desafio evidenciado em algumas falas dos usuários.

[...] Fui perguntar para a coordenadora do Distrito onde eu teria acesso porque estava pesquisando na internet, mas eu não achava as Redes de Salvador. Então ela me respondeu “ah, assim, é uma coisa complicada”, naquele momento eu tive o sentimento de que nem ela mesmo sabe (Entrevistado 1).

[...] Normalmente, recebemos pacientes de toda a Bahia, e percebemos como eles tem dificuldade para saberem os serviços de saúde que são atendidos, aliás, até a gente tem esta dificuldade que trabalha há anos aqui (Entrevistado 18).

A partir dessa afirmação, é explicitamente notório que o acesso informacional por parte dos pacientes em relação aos serviços de saúde ainda são deficitários, se tornando até mesmo uma barreira para a inserção do mesmo no âmbito dos seus direitos de forma equitativa. Assim, sem a informação, que lhe é devida por direito, o usuário não é capaz de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos; não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando, assim, o exercício de sua autonomia e de sua cidadania (13).

Apesar das intempéries e desafios, é perceptível que o sistema de saúde pública vigente em nosso país ainda se faz efetivamente vidoiro, tanto em

tratamentos como também nos custos de exames que são essenciais para definição do diagnóstico de DRC. Nas falas abaixo, percebemos o local ao qual os mesmos têm o diagnóstico confirmado,

[...] Então o diagnóstico inicial foi em Salvador?” / “Sim, foi pelo SUS. No Hospital das Clínicas” [...] “Já fiz exame de espirometria e oximetria mais de três vezes e não tive que pagar nada por eles (Entrevistado 7).

[...] Espirometria eu fiz lá no Otávio e uma no Roberto Santos Gratuitamente (Entrevistado 10).

[...] Na época Dr. ... passou (raios-X do tórax) só uma vez, sem pagar. Tudo pelo SUS, porque ele é maravilhoso. Meu plano de saúde é o SUS! (Entrevistado 5).

Nota-se nas falas acima o quão o SUS é capaz de atender as necessidades, no entanto há sempre a dimensão do privado que se conecta com o Público e faz uma intermediação no cuidado. À vista disso, a Atenção Primária em Saúde é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de estímulo e apoio à adoção de hábitos mais saudáveis e da corresponsabilização pelo cuidado dos outros e de si próprio (3). Desse modo, a utilização da atenção primária para detecção de doenças de maneira precoce e eficaz contribui para uma maior qualidade de vida dos pacientes e uma consequente diminuição da sobrecarga dos serviços de saúde.

De acordo a Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), do total de pessoas com 20 anos ou mais que referiram indicação médica e uso de medicamentos para tratar doenças crônicas, quase 70% obtiveram algum e/ou total de medicamentos de forma gratuita, principalmente para a parcela mais pobre da população, indicando assim, uma conquista para a diminuição das desigualdades socioeconômicas vigentes (14). Desse modo, a atenção básica se apresenta resolutiva em suas ações, contribuindo não só para identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial como também para o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado e distribuição de medicamento gratuito, conferindo assim ao SUS um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos (15)

RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIOPRODUÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Ao se pensar em atenção à saúde e na estruturação do seu processo de trabalho através dos diversos métodos, técnicas e planejamentos, é inegável afirmar que a efetividade da mesma reside na legitimação do cuidado humanizado em saúde como objeto de trabalho primo e insubstituível. Desse modo, estabelece-se então a fundamentação da metodologia dialógica de forma horizontalizada nas ações de assistência à saúde, visando atribuir ao profissional desta área a função de ser um agente mediador entre seus conhecimentos e aqueles advindos da realidade do indivíduo, para que haja uma expressiva autonomia deste último dentro do seu próprio processo saúde-doença. (16).

A essência da humanização está no ato de acolhimento, que pode ser entendido como uma atitude que deve estar presente nos diferentes momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo, portanto, a um espaço de recepção, a um componente do fluxograma assistencial ou a um profissional da equipe. (3). Desse modo, um diagnóstico produzido fidedignamente, depende principalmente do olhar atento do profissional de saúde e do acolhimento interprofissional e intersetorial, possibilitando assim, uma maior abertura para o aprofundamento por parte da assistência em relação às patologias.

[...] O cuidado de lá foi ótimo. Eu nem esperava que ela tivesse tanta coisa assim com a gente né? Aquela preocupação com a gente, aquela dedicação, querendo que a gente pare mesmo de fumar (Entrevistado 11).

[...] não tenho o que falar daqui né, todo mundo me atende bem, o doutor, as meninas, todo mundo, sem contar que melhorei de verdade (Entrevistada 23)

Percebe-se nestas falas a satisfação com o cuidado estabelecido pelos profissionais, que vai além da técnica e abre possibilidades de articulação com dimensões subjetivas do cuidar, na produção de redes para além do que se estabelece na formalidade, mas no encontro entre o profissional e usuário.

Há uma necessidade de acreditarmos na possibilidade de construção de redes de subjetividade na construção do cuidado, enxergar ações que venham intervir no outro além do que é estabelecido nas práticas, na produção de afetos e

vínculos entre os trabalhadores e usuários de saúde, tornando as relações mais horizontais, contribuindo na produção das existências de cada um (17).

Trazendo para o contexto de pacientes com DRCs, o acolhimento se torna um fator propulsor na melhora do quadro desses pacientes, principalmente em relação a qualidade de vida dos mesmos tendo em vista que, as próprias sintomatologias são incomodativas e latentes (frequente, cansaço e falta de ar). Em consonância a esta questão, a equipe de saúde deve valorizar as queixas das pessoas com doenças respiratórias crônicas e de suas famílias, estar disposta a escutá-las, não desvalorizar ou minimizar seus problemas e reconhecer seu direito a esclarecimentos e informações (3).

[...] Ave Maria, a Doutora é tudo pra mim na minha vida. Uma pessoa que falar mal dela eu sinto até... Porque ela é uma pessoa assim comigo... Seu ... se o senhor fumar vai se vir comigo!" (risos) Ela tem amizade comigo. Gosto muito dela.

[...] "Dra. ... que falou pra mim Seu , o problema que o senhor tem de..., ela é uma pessoa muito educada, ela informa as pessoas às coisas aos cliente, aos pacientes dela, certo? Aí ela me deixou bem informado (Entrevistado 15).

A importância que o profissional de saúde pode construir mediante a pessoa doente vai muito além de uma simples relação de oferta-demanda. O comprometimento do profissional em escutar, ouvir e aconselhar, ou seja, utilizar tecnologias de cuidado em saúde relacionais, podem contribuir para a autonomia do ser como sujeito ativo e cooperador no seu processo saúde doença. O momento de encontro entre o profissional de saúde e o indivíduo é singular, não podendo assim se limitar apenas a uma regra ou prescrição, dessa forma, não cabe ao profissional só saber a necessidade do usuário, mas captar as capacidades dos indivíduos e comunidades na produção do comum como força propulsora para prosseguir a vida reinventando novos modos de viver (18). Para que atendimento seja realizado de forma integral, o encontro com o usuário deve ser guiado pela capacidade do profissional de compreender o sofrimento que se manifesta e o significado mais imediato de suas ações e palavras (19).

Por esta perspectiva, se faz notório a importância e essencialidade que o momento de encontro do paciente com o profissional de saúde tem como fator estritamente relevante não só na produção de cuidado na assistência a saúde,

como também para a produção de diagnóstico de forma efetiva e eficaz (20). Dessa forma, é importante destacar que dentro deste momento ambos compartilharão e dividirão seus próprios saberes, expectativas, necessidades e desejos, de forma singular, horizontal e conjunta (21). Desmitificando assim toda e qualquer relação de superioridade, anteriormente disseminada pelo modelo biomédico hegemônico privatista. (22).

É inegável afirmar que, a busca por sintomatologias clínicas e/ou enfermidades tendo em vista a cura de processos patológicos, faz parte da terapêutica médica, entretanto, a assistência em saúde, principalmente a atenção primária, necessita estritamente analisar e avaliar o seu paciente muito além de sua patologia, compreendendo assim, outras dimensões que podem estar relacionadas com o processo de adoecimento do mesmo (20).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta pesquisa, se tornou perceptível que os fatores mais preponderantes na sobrevivência do paciente vão muito além da patogenia em si. Problemáticas como a morosidade na produção de diagnóstico devido a ações fragmentadas de assistência à saúde e a inexistência do cuidado nos procedimentos e atendimentos ao paciente, se tornaram na maioria dos casos, fatores predominantes (positiva ou negativamente) na terapêutica desses usuários. Congruente a isto, o paciente/sujeito como um indivíduo biopsicossocial necessita ser acolhido de forma humanizada, conferindo-o assim, uma expressiva autonomia dentro do seu próprio processo saúde-doença.

O Distrito Cabula/Beirú, no que tange aos serviços oferecidos às pessoas com DRC, denota por meio das falas e afirmações dos usuários e profissionais, que apesar dos percalços existentes, o cuidado definitivamente integral e multidisciplinar, embasado no acesso universal a assistência e na comunicação horizontalizada em saúde são efetivamente eficazes para uma maior e melhor qualidade de vida desses pacientes. Desse modo, entender a forma na qual a produção de diagnóstico ocorre para as pessoas com DRCs, permite estabelecer habilidades e competências para o desenvolvimento de estratégias que visem atender as necessidades da comunidade e de outras condições, contribuindo

assim para a compreensão da importância do cuidar como ferramenta ímpar no processo de trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mattos, WLLDD, Signori LGH, Borges FK, Bergamin JA, MachadoV. Acurácia do exame clínico no diagnóstico da DPOC. J Bras Pneumologia. Scielo [online]. 2009 [acesso em 2018, Ago 20] 35(5), 404-408. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n5/v35n5a03.pdf>>.
2. Goulart FA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Ministério da Saúde. Brasília: PAHO; 2011 [acesso em 2018, Jul 4].Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças respiratórias crônicas.(Cadernos de Atenção Básica- Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Série A. n. 25).
4. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Júnior S, Barbosa J, Reis AACD. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2015 [acesso em 2018, Jul 4],18:3-16.. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>>
5. Brasil. Ministério da Saúde- Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. [online] 2016 [acesso em 2018, Jul 4], 47(19) . Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/06/2015-026-doencas-respiratorias-cronicas.pdf> >
6. Neto JLF, Leite J, Kind L, Pereira AB, Rezende MCC, Fernandes ML. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. Cad. Saúde Pública. Scielo [online]. Rio de Janeiro,2011 [acesso em 2018, Jul 7], 27(5):831-842. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/02.pdf>>.
7. Canesqui AM. Sobre a Presença das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Pública. Saúde Soc. São Paulo, 2011, .20(1):16-21.
8. Santos MOG.Texto de apoio sobre o diagnóstico em processo de intervenção social e desenvolvimento local.. Évora [online] , 2012 [acesso em 2018, Jul 07]. Disponível: <http://home.uevora.pt/~mosantos/download/Diagnostico_10Ag12.pdf>.
9. Santos IAP. Segurança do paciente e processo de trabalho em enfermagem. 83f. (Dissertação - Mestrado em Saúde Coletiva) [online]. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017 [acesso em 2018, Jul 7]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24090/1/IsabeleDosAnjosPaivaDosSantos_DISSERT.pdf >.

10. Viegas AP, Carmo RFA, LUZ ZM. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saude soc. Scielo [online], Mar 2015 [acesso em 2018, Jul 7], 24(1):100-112. Disponível:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>>
11. Lima SAV, Silva MRFD, Carvalho EMFD, Pessoa EÂC, Brito ESVD, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2015 [acesso em 2018, Ago 22],25, 635-656. . Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>>.
12. Viscava F, Oliveira RADD Carvalho CDC, Laguardia J, Bellido JG .SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva. 2018, 23(6):1751-1762.
13. Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. . Interface-Comunicação, Saúde, Educação. Scielo[online], 2010 [acesso em 2018, Ago 22] 18: 661-672 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140653.pdf>>
14. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS, Arrais PSD, Bertoldi AD . Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. Rev. Saúde Pública, Scielo [online]. 2016 [acesso em 2018, Ago 22], 50(supp 2;7). Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300313&lng=pt&nrm=iso> .
15. Brasil, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 609, 6 DE JUNHO DE 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Pulmonar Obstrutiva, Diário Oficial da União, 2013 Jun 07[acesso em 2018, Ago 8]. Seção i, p36. . Disponível em:<<http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/04/dpoc-epoc-bra-2013.pdf>>
16. Oliveira AC, Dondé BP, Veloso AP, Silva PG, Soler RDV. O Processo de Ensino e Aprendizagem em Educação em Saúde no Município Brasileiro de Lages. Rev de Ciências HUMANAS, Out 2013 [Acesso em 2018, Ago 20] , 47(2):254-271. Disponível em:< <file:///C:/Users/borges/Downloads/29593-114773-1-PB.pdf>> Acesso em: 20/08/2018.
17. Santos DS , Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018 [Acessado 4 Fevereiro 2019], 23(3): 861-870.
18. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMDA, Oliveira GCD, Moreira TMM. . Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciência & Saúde Coletiva. Scielo [online], 2012 [acesso

em 2018, Jul 7] v. 17(11): 2923-2930. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf>>.

19. Schimith MD; Simon BS; Bretas ACP, Budo ML. D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab. educ. saúde* [online]. 2011[cited 2018-08-22], 9(3):479-503. , Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300008>.
20. Moura JC. Interações e comunicações entre médicos e pacientes na atenção a primária a saúde: um estudo hermenêutico. (Dissertação de Doutorado) [online] Universidade de São Paulo, 2012 [acesso em 2018, Ago 22]. Disponível em: <<file:///C:/Users/101520157/Downloads/JulianaCarvalhoMoura.pdf>>.
21. Pinheiro PM, Oliveira LC. The contribution of receptivity and bonding towards humanization of dental surgeons' practice within the Family Health Program. *Interface - Comunicação, Saude, Educação*. 2011 [acesso em 2018, Ago 20] 15(36): 187-199. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop3710.pdf>>.
22. Pereira OP, Almeida TM. Saúde e poder: um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. *Revista brasileira. crescimento desenvolv.* 2005 [acesso em 2018 Ago 20] ; 15(2). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000200010>

5 DISCUSSÃO

Os artigos apresentados na seção de Resultados deste trabalho acadêmico devem ser atribuídos ao único estudo, no qual o mesmo é achado deste. Desta forma, é importante ressaltar que todos os trabalhos apresentados discutem sobre uma única temática, que é a rede de cuidados em pessoas que vivem das Doenças Respiratórias Crônicas. Assim, esta seção foi desenvolvida conjuntamente, a qual estabelece uma ênfase nos dados produzidos nos artigos apresentados.

Na pesquisa, foi demonstrado que pessoas que vivem com DRC têm, pela natureza desta condição de saúde, necessidades específicas, e as mesmas diante das dificuldades, buscam de forma incessante a qualidade de vida. A pesquisa demonstra que o internamento e o estadiamento em pessoas com DPOC são as principais variáveis que afetam a qualidade de vida⁽²⁶⁾, assim, torna-se fundamental o tratamento adequado. Desta forma, se faz necessário ações gerenciais capazes de dar conta no cuidado, pensando de forma multidimensional as doenças respiratórias e interprofissional, para que possa de forma eficaz melhorar o manejo das doenças respiratórias⁽²⁷⁾.

Pode ser evidenciado também que uma rede de atenção à saúde do Distrito estudado tem grandes dificuldades de articulação, o qual dificulta as ações entres os diversos níveis de atenção. Nota-se, portanto, que nesta região de saúde os serviços de saúde de referência e básico atuam de forma fragmentada, não produzindo fluxos comunicacionais entre si, o que impossibilita qualquer forma de comunicação entre os pares, principalmente no que tange os profissionais e/ou serviços. Conseqüentemente, inviabiliza qualquer possibilidade de integração e compromete a longitudinalidade do cuidado⁽²⁸⁾.

No entanto, nas falas dos entrevistados, há um reconhecimento da importância de concepção subjetiva do cuidado e necessidade da equipe interprofissional para que tenham práticas de cuidado resolutiva e assim eficazes. Há um entendimento da necessidade de se construir uma rede de subjetividade, na luta contra as práticas engessadas e na possibilidade de potencializar ações de cuidado que estimulem as redes vidas de existência. Ademais, para que se estabeleçam relações mais horizontais entre o profissional e os usuários, na

produção elos de escuta e diálogos, com estratégia de acolhimento e vínculo com práticas cotidianas no processo de trabalho⁽²⁹⁻³¹⁾.

Há uma discussão, que aparece nos dados apresentados, que faz pensar sobre a forma dinâmica e fluída como as quais as redes de saúde se produzem, de uma forma que nem sempre podem ser mensuradas, a partir de redes vivas, proporcionando assim, novas perspectivas do usuário e dos profissionais na construção de novas redes articuladas. Destarte, é importante que se entendam e reconheçam movimentos singulares existentes no cuidado em saúde, a produção a partir de suas experiências da construção dessas redes, que é tecida pelos encontros produzidos no cotidiano⁽³²⁻³³⁾.

Vale ressaltar ainda que há uma desinformação sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, entre os profissionais de saúde e os pacientes atendidos na rede, algo que chamava atenção, e interfere diretamente na continuidade do cuidado e na responsabilidade do mesmo entre os serviços de saúde. Constata-se a partir destes dados que há uma precariedade nos mecanismos comunicacionais, o que produz um não saber sobre onde referenciar/encaminhar o doente diante de determinada situação⁽²⁸⁾.

Destaca-se ainda um cuidado fragmentado, tanto no próprio serviço de saúde, como na RAS. Há uma necessidade de planejamento das ações que definam as linhas de cuidado estabelecendo articulações entre os diversos níveis de saúde com o intuito de cuidar de forma integral o cidadão^(29,34,35).

No estudo, foi evidenciada a importância de conhecer o Itinerário terapêutico (IT) de pessoas que vivem com DRC. A relevância se dá pela contribuição na construção do projeto terapêutico singular, no estabelecimento de estratégias na RAS capazes de estruturar e organizá-las, e ainda qualificar o cuidado e a sua segurança. Conhecer profundamente os itinerários terapêuticos contribui no planejamento em saúde a partir de indicadores de acesso à rede que aparecem diante desta realidade; dá uma luz em relação à resolutividade da assistência em saúde; e ainda demonstra os cuidados em saúde que não são convencionais, utilizados pelos usuários através dos saberes populares, que estão presentes na rede e não são oficializadas pela mesma^(36,37).

Diante das evidências demonstradas a partir do estudo do IT, percebe-se que as doenças respiratórias não acontecem de forma isolada, e ainda possuem diversos fatores que fogem da compreensão biologicista. É importante descrever

que as Doenças Respiratórias têm uma natureza complexa e multifacetada, o que direciona para uma visão holística no cuidar, e os domínios psicológicos, sociais e fisiológicos demanda um olhar essencial no tratamento da mesma⁽³⁸⁾.

A partir da pesquisa, é notório que se deve destacar no cuidado de pessoas com DRC fatores preponderantes na sobrevida do paciente, que vão muito além da patogenia em si. É importante envolver o mesmo no processo, desde o diagnóstico ao plano terapêutico, discutindo ações e demonstrando que o cuidado vai além das medicações, envolvem condições de vida que perpassam o campo biológico, que envolva diretamente os familiares e cuidadores, e estratégias como atividade física, além de cuidado com a saúde mental^(39,40).

Diante das ações fragmentadas da RAS, a produção do diagnóstico sofre diretamente, gera conseqüentemente uma morosidade, que pode interferir diretamente no prognóstico do mesmo. Além de ter uma grande inexistência de procedimentos e atendimentos, principalmente quando sai dos grandes centros. Os acessos limitados às ferramentas de diagnóstico destacam-se como barreiras que interferem no cuidado em saúde. Muitas vezes, somente o atendimento clínico não determina um diagnóstico, precisando de exames complementares para determinar o grau do acometimento desta condição.

No diagnóstico, na rede e na construção do seu IT, o doente enquanto ser biopsicossocial precisa, em seu atendimento, um olhar subjetivo de cuidar, que o escute/acolha e entenda o modo em que se produzem as suas existências, para que possa de fato produzir um cuidado integral.

6 CONCLUSÕES

1. As DRCs têm necessidades específicas, e dentre elas uma busca incessante pela qualidade de vida.
2. Há uma desarticulação da rede e uma desinformação da mesma que dificulta a comunicação entre ambas, apesar de que, diante das redes vivas, produz uma fluidez e dinamicidade para a mesma.
3. Há um reconhecimento da necessidade de um cuidado subjetivo e de equipe interprofissional para proporcionar uma resolutividade.
4. Entende-se que conhecer os ITs de pessoas com DRC é relevante para a efetivação do cuidado, principalmente nas ações de projetos terapêuticos, e o reconhecimento das estruturas e organizações da RAS.
5. Reconhecer que as DRCs não acontecem isoladamente, e há diversos fatores condicionantes que vão além do biológico. Assim, a sobrevida do paciente vai muito além da fisiopatologia em si.
6. A produção de diagnóstico é afetada pelas ações fragmentadas da RAS, e principalmente por ainda ter inexistência do cuidado nos procedimentos e atendimentos ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.
2. Deleuze G. Foucault. 1. Ed. São Paulo: editora brasiliense, 2013.
3. Deleuze G. A dobra: Leibniz e o barroco. 6. ed. Campinas: Papyrus, 2012.
4. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
5. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 1. ed. Porto Alegre: Sulina/Editora UFRGS, 2011.
6. Deleuze G. Crítica e Clínica. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011c.
7. Deleuze G. Cursos sobre Spinoza (Vincennes, 1978-1981). 2.ed, Fortaleza: UECE, 2009.
8. Nietzsche F. A genealogia da moral. 2. Ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
9. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2011.
10. Abrahão AL, Merhy E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. Interface (Botucatu). 2014; 18(49): 313-324.
11. Medeiros LMOP, Batista SHS. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. Trab. educ. saúde. 2016; 14(3): 925-951.
12. Carvalho LC, Chagas MS, Merhy EE. A disputa do cuidado e a morte no domicílio: desafios para ações singulares das redes de atenção básica. In: Pinto S. *et. al.* Tecendo Redes: os planos de educação, cuidado e gestão na Construção do SUS. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2012.
13. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: Volume 2. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.
14. Foucault M. Segurança, território e população: curso dado no College de France (1977-1978). 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
15. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde surpreendendo o instituído nas redes. Hexis: Rio de Janeiro, 2016.
16. Prata LL *et al.* Família e cuidado sob os olhares de uma equipe de Saúde da Família de São Carlos, SP. Revista APS. 2013; 16(3): 250-257.

17. Silva LWS, *et al.* Contexto do cuidado fisioterapêutico: reveses e vieses na inserção comunitária à atenção domiciliar. *Revista Kairós Gerontologia*. 2013; 16(3): 79-101.
18. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus HL, Rabinow P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.
19. Souza MC *et al.* Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O mundo da saúde*. 2013; 37(2):176-184.
20. Reuter CLO, Santos VCF, Ramos AR. O exercício da interprofissionalidade e da intersectorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. *Esc Anna Nery*. 2018;22(4):1-8.
21. Passos E, Kastrup V, Escossia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetivação. Porto Alegre: Sulina, 2009.
22. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 1 edição. Porto Alegre: Sulina, 2011.
23. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2012.
24. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, 2008.
25. Merhy *et al.* As redes vivas; multiplicidades gerando existências, Implicações para a produção do cuidado e a produção do cotidiano em saúde. *Saúde em debate*, 2014, 53: 153-64.
26. Farias G, Martins R. Qualidade de Vida da Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *Millenium*, 2013, 45:195-209.
27. Pinto CR *et al.* Management of COPD within the Brazilian Unified Health Care System in the state of Bahia: an analysis of real-life medication use patterns. *J Bras Pneumol*. 2019;45(1):1-8.
28. Santos, Adriano Maia dos e Giovanella, Ligia. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2016, 32(3):1-15.
29. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018, 23(3): 861-870.

30. Franco TB. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde e Sociedade*. 2015, 24(supl 1): 102-114.
31. Zuim RCB, Trajman A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2018, 28(2): 1-19.
32. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018, 42(117): 455-467.
33. Merhy EE. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde Redes*. 2015; 1(1):7-14.
34. Almeida Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018, 42(spe1): 244-260.
35. Souza FF, Zambenedetti G. Percursos de cuidado: pistas sobre itinerários terapêuticos em saúde mental. *Tempus, Actas de saúde colet*. 2017, 11(4): 105-122.
36. Vidotto LS, Carvalho CRF, Harvey A, Jones M. Dysfunctional breathing: what do we know? *J Bras Pneumol*. 2019; 45(1): 1-9.
37. Oliveira GS, Antunes MD, Leme DEC, Oliveira DV. Quais tipos de exercícios físicos devem ser prescritos na doença pulmonar obstrutiva crônica? *Rev Med Saude*. 2018; 7(1):61-68.
38. Alves SP, Bueno D. O perfil dos cuidadores de pacientes pediátricos com fibrose cística. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(5): 1451-1457.
39. Robertson NM, Nagourney EM, Pollard SL, et al. Urban-Rural Disparities in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Management and Access in Uganda. *Chronic Obstr Pulm Dis*. 2019; 6(1):17-28.
40. Enocson A, Jolly K, Jordan RE, Fitzmaurice DA, Greenfield SM, Adab P. Case-finding for COPD in primary care: a qualitative study of patients' perspectives. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018;13:1623-1632.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós convidamos para que você a participar do nosso estudo intitulado de **REDE DE CUIDADOS EM PESSOAS COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA EM SALVADOR-BAHIA: UM ESTUDO NO DISTRITO CABULA/BEIRÚ**, é uma pesquisa de doutorado do programa de pós graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Tem como pesquisador responsável o Professor Doutor Aquiles Assunção Camelier e como colaborador o Fisioterapeuta Marcio Costa de Souza, estudante do doutorado desta instituição. Os objetivos da pesquisa são objetivos analisar a rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia, Entender a articulação da rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia nos níveis de complexidade e serviços de saúde, Entender a produção de diagnóstico da rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia nos níveis de complexidade e serviços de saúde, e Descrever o itinerário terapêutico nos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade de pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia. Sua justificativa há uma possibilidade de se estudar algo que necessita de respostas no campo científico, que é como se dá de fato esta rede de cuidados neste município. O participante da pesquisa não terá nenhuma despesa material e/ou financeiro, bem como terá seu nome/identidade mantido em total segredo tanto pelo pesquisador, quanto pelo colaborador e instituição responsável pela pesquisa, o que garante a privacidade dos mesmos. Será ainda garantido respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em toda a fase da pesquisa sendo o entrevistado indenizado em qualquer risco ou prejuízo imediato ou tardio, desde que haja

comprovação de que tais danos o atinja no que se refere à livre expressão de suas opiniões. Podemos ainda afirmar que, os possíveis riscos desta pesquisa estão relacionados ao constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas na entrevista que poderá ser realizada com o auxílio do gravador, em no máximo uma hora e marcado com antecedência a ser realizada em local e horário determinados pelo(a) entrevistado(a), onde caso haja algum constrangimento durante a entrevista, o entrevistado pode pedir para parar a entrevista, onde será respeitado a vontade. No que se refere aos benefícios, ressaltamos que os mesmos não são diretos aos participantes da pesquisa, mas a todos trabalhadores e usuários do Sistema de saúde. Neste sentido, tornam-se mínimos os riscos relacionados com possibilidades de gerarem incômodos e também aos benefícios, portanto o pesquisador responsável estará obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante. Esclarecemos que em qualquer momento o(a) entrevistado(a) poderá obter maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, assim como, todos os procedimentos utilizados. Os pesquisadores só deverão divulgar os resultados da pesquisa em eventos como: congressos, simpósios, seminários e publicação dos resultados em periódicos, revistas científicas, livros, artigos, entre outros. Informamos que, o entrevistado (a) tem o direito e a liberdade de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo para o mesmo se assim o desejar. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de dúvidas ou desistência em participar da pesquisa, os (as) entrevistado (a) pode entrar contato com a pesquisador responsável e/ou o colaborador na EBMSP, localizada na Rua D. João VI, Brotas, telefone (71) 3276-8265. Em caso de ocorrer constrangimento, ansiedade ou mesmo traumas psicológicos deverá se encaminhar para a Clínica de Psicologia da Bahiana localizada Av. Dom João VI, nº 274, Brotas, na unidade de Saúde Multiprofissional, no Serviço de Psicologia (SEPSI).

Salvador, de _____ de 2016.

Assinatura do entrevistado

Pesquisador Responsável

Pesquisador Colaborador

Apêndice B – Roteiro de Entrevista Semiestruturado

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Data:

Hora:

Início:

Término:

1 REDE DE CUIDADOS

Dispositivos, estrutura, processo

2 ARTICULAÇÃO DA REDE

Integralidade do cuidado, intersetorialidade, Níveis de atenção

3 PRODUÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Projeto Terapêutico Singular, Pontos de atenção, interdisciplinaridade, Referência/Contrarreferência, Gestão de casos, coordenação do cuidado e apoio matricial

4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Resolubilidade, acolhimento/vínculo e cuidado continuado

Apêndice C – Roteiro de Diário de Campo**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA****ROTEIRO DE DIÁRIO DE CAMPO**

Data:

Hora:

Início:

Término:

1 CARACTERIZAÇÃO DOS (AS) ENTREVISTADOS (AS):

Idade:

Ocupação:

Local de trabalho:

Sexo:

Formação:

2 REDE DE CUIDADOS

Dispositivos, estrutura, processo.

3 ARTICULAÇÃO DA REDE

Integralidade do cuidado, intersetorialidade, Níveis de atenção.

4 PRODUÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Projeto Terapêutico Singular, Pontos de atenção, interdisciplinaridade, Referência/Contra-referência, Gestão de casos, coordenação do cuidado e apoio matricial.

5 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Resolubilidade, acolhimento/vínculo e cuidado continuado.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL GERAL ROBERTO
SANTOS - BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede de Cuidados em Pessoas com Doenças Respiratórias Crônicas: Um Estudo Qualitativo no Distrito Cabula/Beirú em Salvador, Bahia

Pesquisador: Aquiles Assunção Camelier

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61478016.0.3001.5028

Instituição Proponente: Universidade do Estado da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.866.864

Apresentação do Projeto:

A pesquisa trata-se de uma abordagem qualitativa, exploratória onde o pesquisador que utiliza a cartografia deve expropriar a priori dos seus conceitos préestabelecidos, se apropriar em todos os momentos que se envolve na pesquisa, acreditando na singularidade e multiplicidade da vida, no qual todas as entradas são interessantes e devem ser exploradas, que se produzem através de uma ligação com o território existencial das pessoas, desta forma, possibilita que todo o processo ocorra subjetivações. Será realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Cabula/Beirú e no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) centro de referência para estas enfermidades, localizadas em Salvador-Bahia.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem como objetivo principal o de analisar a rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia e como objetivos secundários entender a articulação da rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia nos níveis de complexidade e serviços de saúde, entender a produção de diagnóstico na rede de cuidados em pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de

Endereço: Estrada do Saboeiro, s/nº
Bairro: Estrada do Saboeiro **CEP:** 41.180-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-7519 **Fax:** (71)3387-3429 **E-mail:** cep.hgrs.ba@gmail.com

HOSPITAL GERAL ROBERTO
SANTOS - BA



Continuação do Parecer: 1.866.864

Salvador-Bahia nos níveis de complexidade e serviços de saúde e descrever o itinerário terapêutico nos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade de pessoas com doenças respiratórias crônicas no Distrito Cabula/Beirú no Município de Salvador Bahia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados a exposição e o desconforto dos participantes no momento da entrevista, porém estes estão minimizados devido estes serem aplicados por pesquisadores treinados e realizados em ambiente calmo, individualizado e sem a presença de pessoas estranhas à pesquisa. Traz como benefícios os de que as pessoas que forem identificadas a partir da busca nas equipes terão a marcação de novas consultas para avaliação do quadro atual e para as equipes, as discussões proporcionarão uma produção de análise contínua do cuidado oferecido a pessoas com doenças respiratórias crônicas, o que pode interferir positivamente no cuidado desses doentes ou nos novos que venham aparecer.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de boa relevância científica e que poderá trazer um impacto social importante dado a gravidade da patologia estudada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigatórios de acordo com a resolução n. 466/12 do CONEP.

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS, não foram encontradas pendências que inviabilizem a realização do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_526197.pdf	26/10/2016 09:28:10		Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	26/10/2016 09:22:26	Marcio Costa de Souza	Aceito
TCLE / Termos de	Timbradotcle.pdf	26/10/2016	Marcio Costa de	Aceito

Endereço: Estrada do Saboeiro, s/nº
 Bairro: Estrada do Saboeiro CEP: 41.180-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3117-7519 Fax: (71)3387-3429 E-mail: cep.hgrs.ba@gmail.com

HOSPITAL GERAL ROBERTO
SANTOS - BA



Continuação do Parecer: 1.866.864

Assentimento / Justificativa de Ausência	Timbradotcle.pdf	09:10:27	Souza	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_528197.pdf	12/09/2016 13:45:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodoutorado.pdf	12/09/2016 12:54:27	Marcio Costa de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEOUTORADO.pdf	12/09/2016 12:53:19	Marcio Costa de Souza	Aceito
Orçamento	LEVANTAMENTODERECURSOS.pdf	11/09/2016 22:16:52	Marcio Costa de Souza	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	11/09/2016 22:15:09	Marcio Costa de Souza	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.pdf	11/09/2016 22:12:55	Marcio Costa de Souza	Aceito
Outros	concordancia_da_pesquisa.pdf	11/09/2016 22:09:53	Marcio Costa de Souza	Aceito
Outros	autorizacao_proponente.pdf	11/09/2016 22:05:09	Marcio Costa de Souza	Aceito
Outros	autorizacao_HGRS.pdf	11/09/2016 22:03:56	Marcio Costa de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_rede.pdf	11/09/2016 21:59:47	Marcio Costa de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 14 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Jorge Luis Motta dos Anjos
(Coordenador)

Endereço: Estrada do Saboeiro, s/nº
Bairro: Estrada do Saboeiro CEP: 41.180-000
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3117-7519 Fax: (71)3387-3429 E-mail: cep.hgrs.ba@gmail.com