

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

WANDA DE OLIVEIRA LOPES

**INTEGRALIDADE NA PERSPECTIVA DA REFERÊNCIA E
CONTRA-REFERÊNCIA COM FAMÍLIAS E PACIENTES APÓS A ALTA
HOSPITALAR**

Itajaí

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

WANDA DE OLIVEIRA LOPES

**INTEGRALIDADE NA PERSPECTIVA DA REFERÊNCIA E
CONTRA-REFERÊNCIA COM FAMÍLIAS E PACIENTES APÓS A ALTA
HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde e Gestão
do Trabalho – Área de Concentração em
Saúde da Família, da Universidade do
Vale do Itajaí.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosita Saupe.

Itajaí

2008

WANDA DE OLIVEIRA LOPES

INTEGRALIDADE NA PERSPECTIVA DA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
COM FAMÍLIAS E PACIENTES APÓS A ALTA HOSPITALAR

Esta dissertação foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde da Família.

Itajaí, 27 de Maio de 2008.

Prof^a. Dr^a. Rosita Saupe
Universidade do Vale do Itajaí
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Stella Maris Brunn
Universidade do Vale do Itajaí
Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Regina Célia Tamaso Miotto
Universidade Federal de Santa Catarina
Membro Externo

Prof^a. Dr^a. Ingrid Elsen
Universidade do Vale do Itajaí
Membro Convidado

Dedico a DEUS,
por todas as possibilidades concedidas em minha vida pessoal e profissional, pela
força e coragem para lutar pelos meus sonhos e objetivos e discernimento para
enfrentar os obstáculos desta caminhada.

Ao meu marido Elizeu, meu filho Rafael e minha filha Natália *estrela guia,
que sempre acreditaram em mim. A vocês que abriram mão da minha companhia e
entenderam que este momento era muito importante para mim. Meu muito obrigada!
Meu forte abraço de reconhecimento pelas palavras de apoio dispensadas, quando
tudo parecia difícil. Amo vocês!!

À minha querida mãe Maria Helena,
que apesar da distância estava sempre me incentivando com suas palavras
amorosas e fazendo suas orações. Te amo mãezinha! Obrigada.

As famílias que fizeram parte desta pesquisa,
por terem confiado em mim ao abrirem as portas de seus lares e compartilharem
suas idéias, seus pensamentos, sonhos e anseios.

AGRADECIMENTOS

À professora orientadora Dr^a Rosita Saupe,
meu respeito e admiração enquanto profissional e pessoa, meu agradecimento durante o mestrado, pela construção desta dissertação e pelo carinho, atenção, compreensão, paciência e tolerância dispensados a mim durante os bons momentos e os mais difíceis compartilhados.

À minha diretora de área Enf^a Márcia Regina Fidausa,
e grande amiga!! Meu agradecimento por você ter acreditado em mim, pelo incentivo, confiança e disponibilidade dispensados nos momentos em que mais precisei para poder concluir este trabalho. Fica aqui meu reconhecimento e um forte abraço!

À Irmã Analuzia Schmitz,
Meu agradecimento pela compreensão em minhas ausências e pelas palavras de incentivo e carinho nesta caminhada. Deixo aqui o meu afeto.

À amiga Assistente Social Simone,
pela cobertura em minhas ausências, apoio, disponibilidade e palavras de coragem nas muitas vezes que precisei nesta minha jornada. Fica aqui o meu carinho e o meu muito obrigada.

Aos professores do curso de mestrado,
pelos conhecimentos construídos e compartilhados que contribuíram para o meu crescimento profissional. Meu muito obrigada.

A bolsista Aline pelas contribuições dispensadas neste percurso.

As secretárias do mestrado Vânia e Rosélia,
pelo carinho com que sempre me receberam e pelos serviços prestados. Meu carinho á vocês!

A Instituição pela possibilidade da coleta da pesquisa, meu agradecimento.

A UNIVALI, pela oportunidade, meu muito obrigada.

Gente Humilde

Tem certos dias que eu penso em minha gente
E sinto assim todo o meu peito se apertar
Porque parece que acontece de repente
Feito um desejo de eu viver sem me notar

Igual a como quando eu passo no subúrbio
Eu muito bem vindo de trem de algum lugar
E aí me dá como uma inveja dessa gente
Que vai em frente sem nem ter com quem contar

São casas simples com cadeiras na calçada
E na fachada escrito em cima que é um lar
Pela varanda flores tristes e baldias
Como a alegria que não tem onde encostar

E aí me dá uma tristeza no meu peito
Feito um despeito de eu não ter como lutar
E eu que não creio peço a Deus por minha gente
É gente humilde que vontade de chora

Composição: Garoto, Vinicius de Moraes, Chico Buarque

LOPES, Wanda de Oliveira. **Integralidade na perspectiva da referência e contra-referência com famílias e pacientes após a alta hospitalar.** Dissertação (Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2008.¹

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosita Saupe.

RESUMO

Este estudo surgiu a partir de reflexões e inquietações afloradas no decorrer do trabalho de um programa de referência e contra-referência, que vem sendo desenvolvido na alta hospitalar num hospital de grande porte no município de Blumenau, Santa Catarina. No Brasil, o sistema de saúde se organiza sob a lógica da hierarquização e regionalização dos serviços, partindo do nível básico de atenção para os níveis de maior complexidade. Nesta lógica, pressupomos que o serviço de referência e contra-referência esteja sendo concretizado pelos profissionais nas diferentes unidades de saúde. Considerando, por referência o trânsito do nível de menor para o de maior complexidade e inversamente a contra-referência compreendendo o trânsito do nível de maior para o de menor grau de complexidade. O objetivo deste estudo foi identificar, descrever e analisar quais concepções famílias e pacientes estavam construindo sobre integralidade na perspectiva deste programa. A pesquisa incluiu somente pacientes que, no momento da alta, necessitavam de suporte da rede de saúde e que foram encaminhados pela equipe interdisciplinar do hospital. Temos como pressuposto que, esses encaminhamentos puderam implicar na valorização e agilidade destes serviços aos usuários que deles necessitaram, facilitando sua entrada aos diferentes níveis de atenção. Todos os contatos e acertos foram registrados em protocolo de alta. Este acompanhou o paciente e serviu de base para a continuidade de seu tratamento. Os dados foram coletados durante um período de três meses, no ano de 2007. Foram entrevistadas nove famílias, que preencheram os requisitos para participação no estudo, a saber: pacientes acamados, pacientes fazendo uso de sonda para alimentação, curativos continuados, vítimas de acidentes graves, vítimas de Acidente Vascular Cerebral com seqüelas, traqueostomizados e doenças crônicas. Os resultados evidenciaram as seguintes categorias: o processo da alta hospitalar: a satisfação e o temor, o cuidado domiciliar: os desafios e enfrentamento para a família, a contra-referência: a ajuda necessária e a integralidade: a compreensão das famílias. Estas categorias mostraram que a compreensão da integralidade da assistência construída pelas famílias perpassou por diversos significados, os quais podem consolidar este princípio como norteador da referência e contra-referência. Podemos classificar estes significados como: saber ouvir, encaminhar corretamente, usar linguagem clara, garantir atendimento nos diferentes níveis de atenção, garantir conhecimento ao usuário no seu trajeto, apoio no domicílio, acolher necessidades e dar respostas. Retrataram ainda neste estudo, a maneira como perceberam a organização dos

¹ Dissertação vinculada ao Grupo de Pesquisa em Educação na Saúde e Gestão do Trabalho. Linha de Pesquisa: Promoção e Educação em Saúde. Subprojeto vinculado ao Projeto Matricial: "A integralidade em saúde como conceito nuclear da promoção e educação na saúde", que agrega subprojetos relacionados a três eixos: 1) promoção da qualidade de vida; 2) promoção da integralidade nas ações e serviços de saúde; 3) educação orientada para a promoção da saúde (individual e coletiva) e preparo dos profissionais nos vários níveis da formação, incluindo a educação permanente.

serviços de saúde em termos de: atendimento, resolutividade, garantia de acesso aos serviços e o espaço das relações entre serviços e profissionais. Estes achados nos levam a refletir, em boa medida, que ainda, as relações que se estabelecem entre a instituição, usuários e rede de saúde devem receber maior investimento; para que esta integralidade realmente caminhe de forma efetiva e resolutiva. O estudo contribuiu para uma visão mais crítica e reflexiva da prática, tendo em vista que a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, não se limita apenas ao sistema de saúde propriamente dito, mas depende principalmente de como os profissionais se organizam e priorizam as necessidades apresentadas pela população usuária destes serviços.

Palavras-chave: Integralidade; Família; Alta hospitalar; Referência e contra-referência.

LOPES, Wanda de Oliveira. **Integrality from a perspective of reference and counter-reference with families and patients after hospital discharge.** Paper (Professional Master Degree Program on Health and Management of Work) – University of Vale do Itajaí, Itajaí (SC), 2008.

Supervisor: Dr. Rosita Saupe.

ABSTRACT

This study emerged from reflections and concerns which arose during the work of a reference and counter-reference program, which is being developed in the hospital discharge process at a large hospital in the municipal district of Blumenau, Santa Catarina. The Brazilian health system is organized according to a logic of hierarchy and regional structure of the services, starting from the basic level of healthcare and moving to levels of higher complexity. Within this logic, we presuppose that the reference and counter-reference service is being materialized by the professionals in the different healthcare units, taking as reference, the move from a lower to a level of higher complexity, and conversely, counter-reference, seen as moving from a higher to a lower level of complexity. The objective of this study was to identify, describe and analyze the concepts that families and patients have been constructing about integrality, under the perspective of this program. The study included only patients that, at the moment of discharge, required support from the healthcare service and who were referred by the interdisciplinary team of the hospital. It is based on the premise that these referrals could lead to the valorization and efficiency of these services for the users who need them, facilitating their entry to different levels of healthcare. All the contacts and successes were registered in the discharge protocol which accompanied the patient, and formed the basis for the continuity of his or her treatment. The data were collected over a period of three months, during 2007. Nine families were interviewed, who met at least one of the requirements for participation in this study, namely: bed-ridden patients, patients using an enteral feeding catheter, those using continuous dressings, victims of serious accidents, victims of Cerebral Vascular Accident (Stroke) with consequences, using tracheotomy and those with chronic diseases. The results reveal the following categories: the process of hospital discharge: satisfaction and fear; home care: the challenges and facing the illness, for the family; counter-reference: the help required; and integrality: the families' understanding. These categories showed that the understanding of the integrality of health care constructed by the families has several meanings, consolidating this principle as a guideline for reference and counter-reference. We can classify these meanings as: knowing how to listen, referring correctly, using clear language, granting healthcare at the different levels, granting knowledge to the user during his or her illness, home support, meeting needs and giving answers. This study also portrays the way they perceived the organization of the health services in terms: healthcare, resolving problems, guaranteeing access to the services and the area of relations between services and professionals. These findings lead us to reflect, largely, that the relations established among the institution, users and the healthcare service still require higher investments so that this integrality can develop in an effective and problem-solving way. This study contributes to a more critical and reflective vision of the practice, bearing in mind that improving the quality of health services is not restricted to the health system itself, but depends first and foremost on

how the professionals organize themselves and prioritize the needs, as indicated by the population that uses these services.

Keywords: Integrality; Family; Hospital Discharge; Reference and counter-reference

LOPES, Wanda de Oliveira. **Integralidad en la perspectiva de la referencia y contra-referencia con familias y pacientes tras el alta hospitalario.** Disertación (Programa de Maestrado Profesional en Salud y Gestión del Trabajo) - Universidad del Valle del Itajaí, Itajaí (SC), 2008.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosita Saupe.

RESUMEN

Este estudio resulta de reflexiones e inquietudes afloradas en el decurso del trabajo de un programa de referencia y contra-referencia, que está siendo desarrollado en alta hospitalario en un hospital de tamaño grande en la municipalidad de Blumenau, Santa Catarina. En Brasil, el sistema de salud se organiza bajo la lógica de la jerarquía y de la regionalización de los servicios, partiendo del nivel básico de atención para los niveles de mayor complejidad. En esta lógica, presuponemos que el servicio de referencia y contra-referencia esté siendo concretizado por los profesionales en las diferentes unidades de salud, considerando, como referencia, el tránsito del nivel de menor para el de mayor complejidad y en sentido inverso la contra-referencia comprendiendo el tránsito del nivel de mayor para el de menor grado de complejidad. El objetivo de este estudio fue identificar, describir y analizar las concepciones que las familias y pacientes estaban construyendo acerca de integralidad bajo la perspectiva de este programa. La investigación incluyó solamente pacientes que, en el momento del alta, necesitaban de soporte de la red de salud y que fueron encaminados por el equipo interdisciplinario del hospital. Tenemos como presupuesto que, estos encaminamientos pudieron implicar en la valorización y en la agilidad de estos servicios a los usuarios que los necesitaron, facilitando su entrada en los distintos niveles de atención. Todos los contactos y aciertos fueron registrados en protocolo de alta que acompañó al paciente y sirvió de base para la continuidad de su tratamiento. Los datos fueron recolectados durante un período de tres meses, en el año 2007. Fueron entrevistadas nueve familias, que atendieron a los requisitos para participación en el estudio, o sea: pacientes acamados, pacientes haciendo uso de sonda para alimentación, curativos continuados, víctimas de accidentes graves, víctimas de Accidente Vascular Cerebral con secuelas, pacientes de traqueotomía y enfermedades crónicas. Los resultados evidenciaron las siguientes categorías: el proceso del alta hospitalario: la satisfacción y el temor, el cuidado domiciliar: los desafíos y enfrentamiento para la familia, la contra-referencia: la ayuda necesaria y la integralidad: la comprensión de las familias. Estas categorías mostraron que la comprensión de la integralidad de la asistencia construida por las familias pasó por diversos significados, los cuales pueden consolidar este principio como orientador de la referencia y de la contra-referencia. Podemos clasificar estos significados como: saber oír, encaminar correctamente, usar lenguaje claro, garantizar atendimento en los diferentes niveles de atención, garantizar conocimiento al usuario en su trayecto, apoyo en el domicilio, acoger necesidades y dar respuestas. Retrataron, aún, en este estudio, la manera como percibieron la organización de los servicios de salud en términos de: atendimento, medidas resolutivas, garantía de acceso a los servicios y el espacio de las relaciones entre servicios y profesionales. Estos hallazgos nos llevan a reflexionar, en buena medida, que todavía, las relaciones que se establecen entre la institución, usuarios y red de salud deben recibir mayor inversión para que esta integralidad realmente camine de forma efectiva y resolutiva. El estudio contribuye

para una visión más crítica y reflexiva de la práctica, teniendo en vista que la mejora de la calidad de los servicios de salud no se limita solamente al sistema de salud propiamente dicho, pero depende principalmente de como los profesionales se organizan y priorizan las necesidades presentadas por la población usuaria de estos servicios.

Palabras-clave: Integralidad; Familia; Alta hospitalaria; Referencia y contra-referencia.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 01 – Identificação dos serviços de saúde na Atenção Básica..... | 40 |
| Quadro 02 – Identificação dos serviços de saúde na Atenção Secundária..... | 41 |
| Quadro 03 – Identificação dos serviços de saúde na Atenção Terciária..... | 42 |
| Quadro 04 – Caracterização do familiar cuidador..... | 54 |
| Quadro 05 – Caracterização do familiar cuidado..... | 55 |
| Quadro 06 – Situação do familiar cuidado em relação ao familiar cuidador..... | 56 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 19 |
| 2.1 Organização da Família | 19 |
| 2.2 Conceito de Família | 22 |
| 2.3 Família: espaço de cuidado e espaço a ser cuidado..... | 25 |
| 2.4 Estratégia Saúde da Família | 27 |
| 2.5 Programa de Referência e Contra-referência..... | 29 |
| 2.6 Integralidade da Assistência nos Serviços de Saúde..... | 31 |
| 3 METODOLOGIA..... | 38 |
| 3.1 Tipo de Pesquisa..... | 38 |
| 3.2 Local de pesquisa | 38 |
| 3.3 Organização dos serviços de saúde do município de Blumenau | 39 |
| 3.4 Sujeitos da Pesquisa | 42 |
| 3.5 Projeto GRAFPI - Grupo de Atenção às Famílias dos Pacientes Internados | 43 |
| 3.6 Técnicas de Pesquisa | 46 |
| 3.7 Instrumentos de Pesquisa..... | 48 |
| 3.8 Método de Análise dos Dados..... | 49 |
| 3.9 Dimensão ética do estudo | 51 |
| 4 RESULTADOS | 53 |
| 4.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa | 53 |
| 4.2 Categorias | 57 |
| 4.2.1 O processo da alta hospitalar: a satisfação e o temor..... | 57 |
| 4.2.2 A contra-referência: a ajuda necessária | 65 |
| 4.2.3 O cuidado domiciliar: os desafios e enfrentamento para a família | 75 |
| 4.2.4 A integralidade: a compreensão das famílias..... | 80 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 86 |

| | |
|------------------|-----|
| REFERÊNCIAS..... | 93 |
| ANEXOS | 102 |
| APÊNDICES..... | 107 |

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, segundo Mattos (2006), se tornou conhecida como a Constituição Cidadã por ter como uma de suas características o reconhecimento de muitos direitos de cidadania, inclusive o da saúde, que ficou definida como direito de todos e dever do Estado. Nesta perspectiva de confirmação de direitos e serviços de saúde, a referida Constituição institui o Sistema Único de Saúde (SUS) o qual foi regulamentado pela Lei 8.080 - Lei Orgânica da Saúde. Entre os desafios a serem enfrentados, se propõe a reestruturar o então modelo assistencial predominante, caracterizado por apresentar uma abordagem biológica, individualista e curativista, associada a uma fragmentação dos sistemas de saúde, gerando pouca resolutividade e insatisfação dos usuários (MENDES, 2001). Neste enfoque de construção, temos vivido a reforma sanitária brasileira pautada principalmente pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. No entanto, observa-se que para a consolidação e operacionalização destes princípios no nosso cotidiano, faz-se necessária a construção de uma prática também efetiva, resolutiva e competente, agregada aos sujeitos sociais, envolvidos no campo da política e dos serviços.

Franco e Merhy (2005) acrescentam que a reestruturação de modelos assistenciais requer na maioria das vezes, a construção de uma nova consciência e a adesão destes trabalhadores ao novo projeto, uma vez que o modo de fazer a assistência, em grande medida, é o que determina o perfil de um dado modelo assistencial, agindo como dispositivo de mudanças, capazes de detonar ou viabilizar processos instituintes diante da organização dos serviços de saúde.

Diante do exposto, temos como diretriz para este estudo que, a forma de conceber o princípio da integralidade na assistência, em especial por famílias e pacientes que utilizam os serviços de referência e contra-referência após a alta hospitalar, possa contribuir na determinação do modo de re-organizar os serviços e de prestar assistência, no ambiente hospitalar em articulação com a rede de saúde.

Portanto, se faz necessário redescobrir no cotidiano dessas famílias e pacientes, contribuições que possibilitem uma forma diferente de operar no serviço de saúde com vista à transformação das práticas institucionais que efetivem o direito à saúde, de forma resolutiva.

No contexto destas reflexões, surgiu o interesse em estudar as concepções² das famílias e pacientes sobre integralidade, princípio este, estabelecido pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

É importante ressaltar que este interesse aflorou a partir de inquietações e indagações de como está se construindo o resultado do trabalho da referência e contra-referência que vem sendo realizado pela equipe interdisciplinar do hospital, (Enfermeiro, Assistente Social, Nutricionista, Psicólogo, Médico, Fisioterapeuta) no momento da alta hospitalar aos pacientes que necessitam de acompanhamento e/ou suporte da rede de serviços de saúde no município.

Este programa denominado de Altas Especiais surgiu no ano de 2003, na perspectiva da des-hospitalização planejada e integrada a um sistema de contra-referência. Ou seja, esta alta é proporcionada àqueles pacientes estáveis do ponto de vista clínico e que tem condições de tratamento continuado em casa, desde que devidamente encaminhados aos serviços de Atenção Básica para atendimento e acompanhamento de suas necessidades. A alta especial implica uma melhor qualidade de vida ao paciente, uma vez que favorece o restabelecimento em casa junto aos familiares permanecendo menos tempo hospitalizado e minimizando o risco de infecção hospitalar. O programa de altas especiais passa por diversas necessidades tais como: medicamentos de alto custo (antibióticos), acompanhamento e avaliação de nutricionista, fonoaudióloga, assistente social, enfermagem, entre outros. Os medicamentos de alto custo são disponibilizados pelo hospital para que o paciente complete seu tratamento em casa; e os acompanhamentos dos profissionais da rede de referência são todos acertados entre a equipe interdisciplinar do hospital e rede de saúde do município assegurando ao paciente e familiar, a continuidade dos cuidados em domicílio. O programa de altas especiais preconiza o acesso as informações, orientações e parcerias com o sistema de saúde municipal efetivando assim o processo de alta hospitalar com qualidade. Este programa é direcionado aos pacientes com longa permanência hospitalar, onde são classificados como cartão vermelho (diárias excedentes), portanto com condições de alta. O mesmo elenca os pacientes que necessitam ser referenciados para a rede de saúde, e que muitas vezes estão internados apenas

² A palavra concepção é tomada aqui, de acordo com a significação dicionarizada (FERREIRA, 1999, p. 519) como “ato ou efeito de conceber, gerar, ou de formar idéias”.

para receber medicações e acompanhamento dos profissionais da instituição. De acordo com Fratini (2007), este programa iniciou-se com o controle do tempo de permanência do paciente internado, através de 4 (quatro) tipos de cartões que eram colocados nos prontuários, representados por cores: **branca**, significando que o paciente está internado sem o código de procedimento (através do código, obtém-se o diagnóstico e tempo previsto que o paciente ficará internado, caso não haja complicações); **verde**, significando que está recentemente internado e é necessário elucidar o diagnóstico e tratar; **amarelo**, como alerta, sinalizando que o tempo de permanência previsto está se esgotando; e, **vermelho**, demonstra que ultrapassou o tempo de permanência preconizado. É importante esclarecer que este tempo de permanência é determinado pelo SUS, em conformidade com o diagnóstico e o paciente não toma conhecimento que existe esta exigência, haja vista, pressupomos que seria um estresse maior que seria vivenciado pelo mesmo e seus familiares. Importante relatar que, paralelo a este controle, iniciou-se um trabalho da equipe interdisciplinar do hospital junto aos pacientes específicos do cartão vermelho para verificar qual a causa desta longa permanência, onde “observou-se que muitos pacientes ficavam internados para garantir a terapêutica medicamentosa, curativos, oxigênio, acompanhamento da equipe multiprofissional, tratamentos paliativos, entre outros” (FRATINI, 2007, p. 21). Daí a denominação de “alta especial” e a necessidade do paciente ser encaminhado a rede de saúde para a devida continuidade do tratamento em domicílio.

Enfatizamos que hoje o trabalho de referência e contra-referência que vem sendo realizado no hospital não é mais direcionado apenas aos pacientes que excederam o tempo de permanência de internação, mas sim a todos àqueles que de uma forma ou de outra necessitam de suporte e acompanhamento da atenção básica de saúde após a alta hospitalar.

Nessa direção de tentarmos entender as principais concepções sobre o princípio da integralidade, que as famílias e seus pacientes estão construindo ao adentrarem e utilizarem os serviços de saúde foram estabelecidos como objetivos para este estudo:

- Identificar e analisar as concepções do princípio da integralidade na perspectiva das famílias e seus pacientes que utilizam o programa de referência e contra-referência num hospital de grande porte no município de Blumenau.

- Identificar os vínculos estabelecidos entre pacientes e suas famílias com o programa de encaminhamentos do hospital à Atenção Primária de Saúde de seus bairros e/ou comunidades.

- Descrever a realidade de como está se dando os encaminhamentos feitos pela equipe interdisciplinar do hospital para estas famílias utilizarem os serviços da rede de saúde.

Sendo assim, a questão de pesquisa respondida através deste estudo foi: qual a compreensão do princípio da integralidade na assistência, que as famílias e seus pacientes que utilizam os serviços de saúde de referência e contra-referência estão construindo neste processo de cuidado após a alta hospitalar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na perspectiva de nosso estudo, selecionamos alguns conceitos que consideramos pontos fundamentais na construção teórica do nosso objeto de pesquisa, pressupondo que são conceitos que dão maior visibilidade aos caminhos da construção e consolidação da integralidade na assistência.

2.1 Organização da Família

Com o passar dos anos, novas estruturas e arranjos familiares estão surgindo na sociedade; junto a isso, acontecem também novas maneiras de pensar e agir dessas pessoas no ambiente familiar. Hoje, a família brasileira apresenta mudanças significativas e novas acomodações familiares vão aparecendo na sociedade. Anteriormente, o que se considerava nas famílias eram os laços de sangue, a linhagem, a herança; depois, o sentimento de família passa a se formar com os pais e filhos. Desde então em consequência das mudanças políticas do Estado, surge um novo modo de pensar dentro do contexto familiar (ÁRIES, 1981).

Conforme Mito (1997) é importante ressaltar que essas mudanças têm sido compreendidas como decorrentes de múltiplos aspectos, entre os quais se destacam: a transformação e liberalização dos hábitos e dos costumes, especialmente relacionados à sexualidade e à nova posição da mulher na sociedade; o desenvolvimento técnico-científico, que proporcionou, entre tantas invenções, os anticoncepcionais e o avanço dos meios de comunicação de massa; o modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo Estado brasileiro, que teve como consequência o empobrecimento acelerado das famílias na década de 80 e finalmente a migração exacerbada do campo para a cidade com grande contingente de mulheres e crianças no mercado de trabalho. E ainda, conforme a mesma autora, a partir destes dados é possível dizer que mudanças ocorridas com a família tiveram profundas implicações na configuração familiar.

Sullerot (1997) corrobora fazendo uma reflexão em relação à família e suas mudanças ao longo dos anos. Inicia descrevendo os fatos ocorridos com a família na guerra de 1914 a 1918, quando muitos soldados foram mortos, dentre eles pais de família, filhos, deixando para trás centenas de órfãos. A conjuntura econômica do

momento obrigava a família a transformar-se em pequenas células de produção. O período compreendido entre 1945 a 1955 foi marcado pelo afastamento do marido de sua família, tendo a mulher que viver por longos anos distante do esposo e dos filhos mais velhos. A esposa, que por um longo período teve que sobreviver sozinha, ganhou novos hábitos, construindo sua independência e tendo que criar estratégias para educar os filhos e enfrentar as dificuldades advindas da época com a ausência do marido que permanecia distante.

Conforme o mesmo autor, o período compreendido entre 1955 e 1965 foi marcado por fortes debates sociais vividos pelas famílias, tendo como foco importante a igualdade de direitos entre homens e mulheres, que culminou com a revisão completa dos regimes matrimoniais e o ingresso da mulher no mercado de trabalho.

No período entre 1965 e 1975 surge um novo modelo de família, em consequência do aparecimento da pílula, controle da natalidade e a redução do número de filhos. Neste mesmo período, várias leis são alteradas, buscando introduzir uma maior igualdade entre marido e mulher, entre pai e mãe, entre filhos nascidos dentro e fora do casamento (SULLEROT, 1997).

Diante deste cenário, acarreta-se uma fragilização dos vínculos familiares e uma maior vulnerabilidade da família no contexto social (MIOTO, 1997). Enfatiza a autora, que esta vulnerabilidade está relacionada ao enxugamento da família brasileira, como número de filhos, separações, divórcios e sua nova composição (famílias nucleares, aumento crescente das famílias monoparentais, especialmente de mulheres chefiando famílias e aumento das pessoas sozinhas). Em virtude disso, novos estilos de famílias vão surgindo, os pais casam-se novamente com pessoas que já tem outros filhos, havendo a formação de uma família de grupos diferentes, deixando de predominar a consangüinidade.

Em meio a tantas inovações, novas formas de viver em família vêm sendo delineadas, influenciando nas identidades dos membros do grupo, modificando o comportamento das pessoas dentro do ambiente familiar e na sociedade. De forma especial as mulheres são destacadas em todos os estudos de família como propulsoras de mudanças neste contexto, impulsionando transformações fundamentais no cotidiano familiar (COELHO, 2002).

É importante ressaltar que essas mudanças se processam entre conflitos e tensões e que certas características dos diferentes modelos de família convivem

numa mesma família, acentuando, assim, seu grau de complexidade (GUEIROS, 2002). Como muito bem coloca Mioto (1997, p. 120) “a rigor, mesmo não adentrando em diferenças regionais e sociais, não é possível falar de família, mas sim de famílias (...) no sentido de abarcar, dentro da concepção família, a diversidade de arranjos familiares existentes hoje na sociedade brasileira”.

Dentre as mudanças que afetam os laços familiares, pode-se destacar a configuração das famílias monoparentais, a qual tem sido transformada em objeto de estudo e de políticas sociais. Esse arranjo familiar designa um ambiente formado por pessoas que convivem sem cônjuge, com um ou vários filhos com menos de 25 anos solteiro. A maioria das famílias monoparentais agrupa diversas situações em que a mulher reside sem um companheiro fixo sob a mesma categoria analítica, isto é, mulher chefe de família (VITALE, 2002).

Nesta direção, pode-se observar que as famílias chefiadas por mulheres têm crescido nas últimas décadas. A chefia familiar feminina é um fenômeno que cresce em âmbito global, representando a quarta parte de todas as famílias do mundo (SOARES, 2003). O Brasil não fica de fora deste padrão, apresentando também esta característica que, de acordo com o censo 1991 e 2000 o domicílio chefiado por mulheres cresce em 37% e as famílias monoparentais masculinas são significativamente menores que as femininas.

Ainda na contribuição sobre famílias monoparentais, Vitale (2002) coloca que os laços fraternais nestas famílias são semelhantes às famílias recompostas; podem ser formados por irmãos de pais comuns, por meios-irmãos e ainda por irmãos que não tem laços de sangue, mas que foram sendo agregados em algum momento do percurso de vida da família.

Este processo de modernização se realiza de forma não-linear, não existindo propriamente a superação de um modelo pelo outro. Alguns pesquisadores do campo da família entendem que o modelo patriarcal e conjugal permanece existindo como tal até os dias atuais, havendo a predominância de um e de outro, dependendo da camada social a que pertence à família (GUEIROS, 2002).

Neste entendimento, o mesmo autor acrescenta que a família ao longo da história moderna foi se caracterizando como um espaço de apoio para o indivíduo, embora não se negue também a existência nela da reprodução da desigualdade e da violência. A família condensa uma história, uma linguagem e códigos morais

próprios e, a partir daí, organiza sua forma de inserção na sociedade e a socialização de seus membros.

Sendo assim, Sarti (2005) aponta que o universo familiar torna-se um espaço de escuta onde o componente simbólico daquilo que é vivido e observado é apreendido na linguagem, de forma que não se torna apenas parte integrante da vida humana, mas também como um elemento constitutivo.

E é neste contexto das relações familiares, onde “as famílias que se acham unidas por laços consangüíneos ou não, tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontram dialeticamente articuladas com a estrutura social na qual estão inseridas, (...) haja vista, que a dinâmica relacional estabelecida em cada família não é dada, mas é construída a partir de sua história e de negociações cotidianas que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo” (MIOTO, 1997, p.117-120).

Neste sentido, a interação familiar construída ao longo da história de cada um de seus membros e, ao mesmo tempo em que ocorrem as mudanças, revela-se por meio de sentimentos compartilhados, atitudes de compreensão e expectativas, gerando os significados correspondentes ao ato de cuidar e ser cuidado frente ao adoecer e a necessidade de ajuda nessa situação (ALVAREZ, 2001).

2.2 Conceito de Família

De acordo com Brodersen, Rodrigues e Delazere (2005), a palavra família de raiz latina, foi utilizada em sua origem para designar exclusivamente os serviçais. Somente no século XV, seu significado ampliou-se, incluindo todos os membros da casa, tanto dos servos, como mulheres cativas e os descendentes gerados pelo chefe de família. Portanto, segundo as mesmas autoras, a família é a linha de orientação interpessoal que nos molda e que contribui para moldar a outros. Trata-se de uma pequena rede social que contribui muito para a realização de nossas práticas sociais, nossa visão de mundo e a de nós mesmos.

Falar em família neste começo do século XXI, no Brasil, implica evidenciar que os acontecimentos a ela ligados vão além de respostas biológicas universais às necessidades humanas, mas configuram diferentes respostas sociais e culturais, disponíveis a homens e mulheres em contextos históricos específicos (SARTI, 2005). De acordo com Losacco (2005, p.64), entendemos por família, “a célula do

organismo social que fundamenta uma sociedade. Locus nascendi das histórias pessoais é a instância predominantemente responsável pela sobrevivência de seus componentes; lugar de pertencimento, de questionamentos; instituição responsável pela socialização, pela introjeção de valores e pela formação de identidade; espaço privado que se relaciona com o espaço público.” E ainda, conforme a mesma autora entendemos que a família é um espaço onde se estabelecem redes, laços e modificações que vão construindo e reproduzindo seu processo histórico. Nesta mesma perspectiva Sarti (2005), coloca que a família, ao longo de sua história, acumula um saber sobre si própria que não deve ser ignorado.

Sob esta linha de pensamento, Brodersen, Rodrigues e Delazere (2005), alertam que a família é compreendida como unidade social complexa, essencial para o processo de viver de todo ser humano; exerce forte influência no comportamento de seus membros. É o primeiro núcleo, onde o ser humano apreende os valores; estes são fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento social.

Carvalho (2005) descreve família como expressão máxima da vida privada, lugar da intimidade, construção de sentidos e expressão de sentimentos, onde se exterioriza o sofrimento psíquico que a vida de todos nós põe e repõe. É percebida como nicho afetivo e de relações necessárias à socialização dos indivíduos, que assim desenvolvem o sentido de pertença a um campo relacional iniciador de relações includentes na própria vida em sociedade, constituindo-se num campo de mediação imprescindível. A referida autora acrescenta ainda que os vínculos sócio-familiares asseguram ao indivíduo a segurança de pertencimento social, condição que não pode ser descartada quando se projetam processos de inclusão social.

Penna (1992) também cita em seu estudo, a família como sendo uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como tal, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. A família tem direitos e responsabilidades; vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e outras famílias, em diversos níveis de aproximação. Essas pessoas definem objetivos e promovem meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros.

Ainda neste entendimento sobre família, Szymanski (2002) salienta que a família é formada por um grupo de pessoas que convivem diretamente juntos ou não, onde todos têm a oportunidade de expor seus sentimentos, suas dúvidas, seus

medos e alegrias e que juntos enfrentam de maneira real os conflitos que aparecem, favorecendo um espaço para o diálogo, o carinho e o amor que envolve essas pessoas, propiciando o sentir-se bem no grupo e o compartilhar de todos os momentos. Diante disto, a mesma autora alerta que a família essencialmente se une por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano e que, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se e cuidam-se entre si.

Contribuindo nesta direção Losacco (2005) enfatiza que seja qual for a configuração da família, esta nova concepção se constrói, atualmente, baseada mais no afeto do que nas relações de consangüinidade, parentesco ou casamento; girando em torno de um “eixo comum” por pessoas interdependentes.

Neste sentido a família constitui um potencial em que o indivíduo recebe estímulos de ordem física, emocional, social e espiritual para crescer, desenvolver-se e manter-se saudável em todas as fases de sua vida, a fim de participar do grupo social no qual está inserido (GRUDTNER, 1997).

Seguindo este raciocínio, Szymanski (2002), contribui afirmando que as trocas afetivas na família imprimem marcas que as pessoas carregam a vida toda, definindo direções no modo de ser com os outros afetivamente e no modo de agir com as pessoas.

Sendo assim, Delgado (2003) acrescenta que cada família possui seus próprios significados, diferentes definições e correntes de pensamentos, construindo com suas próprias significações, crenças, costumes, necessidades e possibilidades de atuar durante o adoecer em seu cotidiano.

Cabe ressaltar aí, a importância e o significado da estrutura familiar para cada um de seus membros, bem como a bagagem cultural e os valores próprios de cada família (ALMEIDA, 2005).

A autora Margareth Ângelo propõe o pensamento de família como uma perspectiva em relação à saúde e doença:

[...] tomar a família como perspectiva é considerar o contexto familiar no processo de cuidar em saúde, não apenas como local onde o cuidado é dado e recebido durante a vida, e onde se aprende sobre saúde e doença, mas onde todo um processo de viver a vida e transições da vida está sendo construído a cada dia (ANGELO, 1997 *apud* ALMEIDA, 2005, p. 22).

2.3 Família: espaço de cuidado e espaço a ser cuidado

Cada vez mais a família vem assumido o cuidado de seu familiar desde o momento da hospitalização até os cuidados no pós alta. Conforme Leal (2005), esse cuidado pode ser entendido como uma resposta de suporte físico, emocional e social em relação à condição e situação solicitada pelo paciente. É o compromisso com a promoção do bem estar e com a ajuda nas suas atividades da vida diária, dedicando tempo, paciência, atenção e dando suporte à pessoa para aquilo que ela só pode fazer com a ajuda do outro.

Na maioria das vezes, para essas atividades, a família se organiza em “forma de rodízios, possibilitando que todos os membros ligados por laços de afeto ao paciente tenham a possibilidade de prestar o cuidado. Em outras situações, o familiar cuidador está diretamente ligado ao pai, mãe e filhos” (KNIHS, 2005, p. 50).

Contudo, é preciso considerar que a capacidade da família para cuidar de seus membros, individualmente, ou do grupo como tal, pode estar comprometida, diminuída ou ausente em determinadas situações ou fases de sua trajetória de vida, e nestes casos, as famílias precisam ser assessoradas pelos profissionais nas suas dificuldades cotidianas (PEDRO; MARCON, 2007). Daí a necessidade dos profissionais de saúde entenderem que essas famílias, enquanto cuidadoras, precisam ser orientadas, encaminhadas e precisam ter seus limites respeitados; transformações no processo de intervenção precisam ocorrer.

A trajetória de cada família é complexa, permeada por eventos importantes e necessários para seu desenvolvimento. Entretanto, algumas famílias estão mais bem estruturadas financeira e emocionalmente para vivenciar esses eventos, enquanto que outras famílias, por vezes totalmente despreparadas, podem vir a sobrecarregar-se ainda mais no momento da hospitalização (KNIHS, 2005). Diante disso, a mesma autora discorre ainda que quando a família assume o papel de cuidar, na maioria das vezes, continua mantendo suas atribuições anteriores, acumulando assim dois papéis, acarretando sobrecarga de trabalho braçal e emocional.

Colaborando na compreensão da família cuidadora e que requer cuidado, Pedro e Marcon (2007) colocam que para cuidar da família, se faz necessário levar em consideração sua complexidade e sua forma de cuidar e lidar com as questões relacionadas com a saúde e a doença de seus membros. Concluem ainda as

mesmas autoras que, cuidar da família de forma geral, não é uma tarefa fácil para os profissionais de saúde, porém boa-vontade e percepção de que a família tem sua própria maneira de cuidar e que isso deve ser respeitado podem ajudar a delinear seu trabalho. Alertam também que conhecer os valores da família, suas crenças e costumes, facilita a construção de uma assistência digna e integral. Além disso, é preciso levar em consideração que as necessidades mudam de pessoa para pessoa, principalmente em relação ao contexto em que elas estão vivendo.

Neste entendimento de espaço familiar a ser cuidado, no dizer de Elsen (1984 *apud* ELSEN, 2002), a família cuidadora como uma unidade básica de saúde para seus membros, leva os profissionais de saúde a enfrentar um novo desafio: o de “cuidar de quem cuida”, A família supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir nos casos de queixa ou sinais de mal estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes, pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais. Ainda Elsen (2002) descreve que encontramos o conceito de família como unidade de cuidado (de seus membros), cabendo aos profissionais apoiá-la, fortalecê-la e orientá-la, quando ela se encontrar fragilizada.

Nesta compreensão de cuidado, Pedro e Marcon (2005) ainda relatam que o cuidado na família é caracterizado pelas ações e interações no núcleo familiar e direcionado a cada um de seus membros, com o intuito de alimentar e fortalecer o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, tanto dos membros quanto do grupo familiar. Finalmente concluem que, o cuidado na família constitui um todo complexo, e como tal, não se fragmenta. Além disso, é multidimensional, ou seja, contempla, entre outras, as dimensões de relações, tempo/espaço; físico/simbólicos, podendo ser reconhecido também por vários atributos, tais como: cuidado/presença, promoção da vida e bem-estar, proteção, inclusão e a orientação para a vida.

Numa importante contribuição Mito (1997), coloca que, neste processo de construção, a família pode se constituir no decorrer de sua vida ou em alguns momentos dela, tanto num espaço de felicidade como num espaço de infelicidade. Tanto num espaço de desenvolvimento para si e para seus membros, como num espaço de limitações e sofrimentos.

Nesta perspectiva, assinala-se a responsabilidade de se entender a família como uma instituição historicamente construída, inserida num contexto social onde enfrenta as mais diversas situações em seu cotidiano e que é preciso “perceber a

família como um todo e não apenas um membro dela que necessita de atenção” (MIOTO, 1997, p. 123).

2.4 Estratégia Saúde da Família

Historicamente, a família, na maioria dos serviços, tem sido assistida de maneira fragmentada, ou seja, cada integrante da unidade familiar é visto de forma individualizada e portador de um problema. Nas últimas duas décadas, os profissionais de saúde brasileiros têm buscado desenvolver pesquisas abordando o tema família, com a contribuição de várias áreas de conhecimento tais como a sociologia, a psicologia, a antropologia e a educação. A equipe de saúde não pode se restringir ao indivíduo, precisa buscar ampliar o cuidado à família e sua inserção na comunidade, procurando conhecer o contexto em que esse grupo vive, promovendo assim, uma maior aproximação (KNIHS, 2005). Conforme a mesma autora entende-se que é na equipe de saúde que a família deposita sua confiança enquanto vivencia o desafio de realizar os cuidados com seu familiar doente.

Na história da Saúde Pública do Brasil, é possível identificar distintos momentos em que as práticas de saúde se organizaram conformando modelos assistenciais, ora voltados para o controle de doenças nas coletividades, ora enfocando a atenção sobre os indivíduos. Em todos eles a assistência oferecida se deu no âmbito das instituições de saúde, hospitalar e ambulatorial (MARCELINO, 2000).

O marco do surgimento do serviço domiciliar de saúde no Brasil se deu em 1920, e esteve ligado à prevenção, tendo como foco de trabalho o ser humano e sua família. Ainda neste mesmo ano, surgiu o serviço preventivo da tuberculose, para sensibilizar as pessoas para a prevenção desta doença. Em 1926, criou-se em São Paulo o curso de educadores sanitários, o qual priorizava o atendimento nas residências (MARCELINO, 2000).

A partir da década de 70, no Brasil, começa a ocorrer uma nova estruturação do sistema de saúde, caracterizada pelo modelo centrado no atendimento curativo e hospitalar, tendo como alvo a doença. Nesse período, preconizava-se o tratamento da doença, a cura e não a prevenção. No final dos anos 70 surge a reforma sanitária brasileira, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986; e em 1988 surge o Sistema Único de Saúde, sendo regulamentado em 1990; sinalizando

uma mudança na estrutura vigente e um novo paradigma na atenção à saúde no país (VIANNA, 1999).

De acordo com Brodersen; Rodrigues e Delzere (2005), a estratégia do Programa Saúde da Família foi iniciada no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); e em janeiro de 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada; considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais. É entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizada em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca as equipes a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, a Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da integralidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado. Implicando ainda a continuidade da assistência, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2007a).

Nesta lógica de trabalho, Brodersen, Rodrigues e Delazere (2005) colocam que se exige uma nova prática do profissional de saúde com visão sistemática e integral do indivíduo, da família e da comunidade na qual esta família está inserida. Destacam ainda que a implementação do PSF desafia os trabalhadores da saúde a viver suas práticas diante de novos paradigmas. Ou seja; o programa requer um novo modo de atender as necessidades de saúde do paciente e de sua família e para tal as equipes devem repensar o processo de trabalho em saúde, adotando novas metodologias instrumentos de trabalho e conhecimentos.

2.5 Programa de Referência e Contra-referência

No Brasil, o sistema de saúde se organiza sob a lógica da hierarquização, e regionalização dos serviços, partindo do nível básico de atenção para os níveis de maior complexidade que, de acordo com Saito (2004), foi criado para facilitar o acesso imediato aos serviços em todos os níveis e sem burocracia.

Considera-se o sistema de referência e contra-referência um dos pontos fundamentais para viabilizar a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e como determinante da integralidade da assistência prestada no sistema de saúde (SAITO, 2004).

Conforme Juliani e Ciampone (1999), esta temática está intimamente ligada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. Enfatizam que as condições materiais de vida são determinantes do processo saúde-doença e que, portanto, em uma sociedade marcada por desigualdades sociais os riscos de adoecer e morrer não se dão de modo homogêneo nas diferentes classes sociais. Contudo, uma política de saúde que advoga em favor de um Sistema Único de Saúde deve prever e empreender esforços para garantir o funcionamento adequado e articulado das unidades prestadoras de serviços de saúde, para responder às necessidades de saúde da população em nível local. Discorrem ainda as autoras que, nessa lógica, através da melhoria das condições de vida, obter-se-ia uma melhora no perfil de saúde e o sistema local de saúde daria respostas mais efetivas às pessoas que buscam os serviços públicos de saúde, proporcionando à maior resolutividade possível na vigência de algum agravo à saúde.

A hierarquização dos serviços segundo sua complexidade nos diferentes níveis de atenção, são classificados em primário, secundário e terciário em função da sua incorporação de tecnologia. Para Meneses (1998), dois aspectos são fundamentais no processo de hierarquização:

- 1) a densidade tecnológica dos diferentes níveis que os credencia, com maior ou menor suficiência de problemas, e;
- 2) o mecanismo formal administrativo de referência e contra-referência, que pressupõe um movimento no mínimo bidirecional de pacientes e informações.

Com base nesses princípios da hierarquização, o Ministério da Saúde caracteriza o nível primário de atenção à saúde como porta de entrada do sistema. É

formado pelos Postos de Saúde³, Centros de Saúde⁴ e Unidades de Emergências que, através de suas representações são responsáveis pelo atendimento elementar, devendo atender de forma imediata, sem burocracia e com a maior resolutividade possível os que buscam a unidade, cabendo-lhes ainda, o papel de orientar seus usuários para acompanhamento nos demais níveis de atenção do sistema (Brasil, 1990a).

Já o nível secundário caracteriza-se por ambulatórios que prestam serviços especializados: são hospitais de comunidade ou regionais, cuja clientela seletiva já foi referida pelos postos e centros de saúde ambulatoriais para os quais devem retornar os usuários após a realização da consulta especializada ou tratamento. São próprios desse nível, portanto, a realização de serviços especializados: médicos cirúrgicos, gineco-obstétricos e pediátricos, entre outros (COHN; ELIAS, 2003).

No nível terciário, os cuidados são prestados em hospitais gerais ou centros médicos. Caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema, nas modalidades de internação e urgência (ex. hospitais especializados e hospitais de especialidades) (BRASIL, 1990b).

O sistema de referência e contra-referência constitui-se na articulação entre as unidades mencionadas, sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente a contra-referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor grau de complexidade (WITT, 1992).

Corroborando nesta temática, conforme Brasil (1981), a resolução nº 03 Ciplan, de 25/03/81, referência é o ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutiva no local onde o paciente foi atendido. Seguindo ainda a mesma resolução, a contra-referência é o ato formal de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra-referência do paciente

3 Postos de Saúde prestam assistência à saúde de determinada população valendo-se de procedimentos mais simplificados, praticamente sem a incorporação de equipamentos. (COHN, ELIAS, 2003).

4 Centros de Saúde são estabelecimentos mais complexos que os Postos de Saúde, contando com a assistência médica com pequena incorporação de tecnologia e dispondo, continuamente, de profissionais de nível universitário (COHN, ELIAS, 2003).

deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao segmento do paciente no seu estabelecimento de origem.

Nesta lógica de entendimento, faz-se necessário para que se consolide o sistema de referência e contra-referência, ter registrada a história clínica do paciente e de sua família, bem como ter uma comunicação clara e efetiva entre os diversos estabelecimentos e profissionais de saúde, buscando neste espaço de articulação a integralidade de qualidade ao atendimento prestado. De acordo com Merhy (2006), a integralidade deve ocorrer a partir da articulação de todos os níveis de atenção do sistema de saúde, ofertando ações que cubram as necessidades dos usuários dos serviços.

2.6 Integralidade da Assistência nos Serviços de Saúde.

Na perspectiva da nossa pesquisa, foi necessária uma abordagem sobre o tema integralidade como eixo fundamental das relações de trabalho em saúde. De acordo com Mattos (2005, p. 33) “a integralidade é o próprio caminho que expressa um atributo das boas práticas de saúde na construção de algo melhor”.

Integralidade, como substantivo feminino significa qualidade, condição, ou atributo do que é integral; totalidade (FERREIRA, 2004). Conforme Fratini (2007), na área da saúde o conceito começa a ser discutido e a fazer parte da agenda temática a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, iniciado no final da década de 1970, mas vai se tornar um princípio somente com a regulamentação do SUS em 1990, através da Lei n. 8.080. Nesse documento a integralidade é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990c). A partir daí, vários estudiosos têm se debruçado sobre o conceito, analisando e ampliando seu significado. Para este estudo importa que exista uma ligação direta entre os sentidos e possibilidades da integralidade na prática dos serviços e articulações em rede, para uma melhor qualidade do atendimento aos usuários das políticas de saúde.

Neste sentido, as práticas do cotidiano⁵ dos sujeitos nos serviços de saúde são, aqui, *locus* privilegiado de estudo, posto que é “no plano das práticas que se dá a construção da integralidade, seja na formulação e gestão das políticas de saúde, seja nas relações que se estabelecem entre usuário e profissional, e destes com os serviços” (PINHEIRO; MATTOS, 2005, p. 5).

A integralidade constitui um princípio e, ao mesmo tempo, uma diretriz para a organização do SUS tais como: a descentralização (com direção única em cada esfera de governo); o atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais); e a participação da comunidade (BRASIL, 2005). De acordo com Paim (2006), tal formulação implica também em dotar o sistema de condições relacionadas às diversas fases da atenção à saúde, ao processo de cuidar, bem como ao relacionamento do profissional de saúde com os pacientes, dispondo de um atendimento organizado e humano. Sendo este, um eixo importante do SUS e constitui-se como um desafio na caminhada de construção do sistema.

Conforme, Pinheiro e Guizardi (2005), a integralidade está voltada para várias concepções e sentidos, porém, seu alicerce está no reconhecimento de diferentes visões de mundo onde se pode identificar os “modos de andar a vida” das pessoas, utilizando o cuidado como campo privilegiado de sua ação. Nesta perspectiva, as autoras colocam ainda que, se faz necessário assegurar aos indivíduos a atenção à saúde, independente do nível de atenção em que eles se encontram.

Assim, muitas vezes, a “referência’ de que o paciente necessita é um atendimento ambulatorial regular e vinculante, que dê conta de suas necessidades atuais (...) é preciso pensar o ‘sistema’ de saúde menos como pirâmide de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede, com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção, as representações e necessidades individuais são muito importantes” (CECÍLIO, 2006, p. 118).

Sendo assim, vale ressaltar a importância de trabalhar a integralidade no ambiente hospitalar, haja vista, ter como referência na rede de saúde a inserção do hospital. Por exemplo, um episódio de internação hospitalar pode ser uma situação

5 Ressalte-se que cotidiano é entendido aqui como o *locus* social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

privilegiada para se estabelecer vínculos, mesmo que temporários, e se trabalhar com uma boa contra-referência aos serviços de saúde que o paciente será encaminhado (CECÍLIO, 2006).

Nesta proposta de um novo modo de atenção a saúde, inclusão aos serviços e atendimento aos usuários em sua integralidade, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). A estratégia do programa prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos usuários, de forma integral e contínua (BRASIL, 2006).

O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), e quando ampliada conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental; que compõem as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2006).

Neste enfoque de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais da saúde, usuários e comunidade, buscam-se propostas de maior resolutividade de atenção, pautada na integralidade da assistência preconizada pelo Sistema Único de Saúde. Sendo o PSF uma estratégia contínua de atendimento ao usuário e considerando que proporciona a entrada deste usuário as mais diversas necessidades apresentadas, é importante ressaltar os laços que devem estabelecer entre hospitais e rede básica de saúde; haja vista que independente do estabelecimento, a integralidade pressupõe que os profissionais de saúde propiciem novas formas de atenção, que sejam resolutivas do ponto de vista do acesso, da manutenção e melhora da saúde do paciente “que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (PINHEIRO *et al.*, 2005, p. 21).

Conforme Mattos (2006) a integralidade é colocada como parte de uma “imagem objetivo” que nos remete a direção que queremos dar a uma nova realidade. Parte de um pensamento crítico, que se indigna com algumas características do que existe e almeja superá-las.

Nesta direção Baptista (1995), aponta que buscamos realizar uma crítica de superação dos conhecimentos e práticas já existentes, para criarmos conhecimentos

que apontem novos caminhos e condições a novas práticas. Coloca também que essa metodologia explicita um esforço no sentido de viabilizarmos uma produção conjunta de conhecimentos que permitam ultrapassar as práticas espontâneas e as reflexões que se confirmam em ações pontuais, para, através da polêmica e da crítica teórica, construirmos uma pedagogia dinâmica da ação.

Partindo destas abordagens, cabe ressaltar o quanto se faz necessário que os profissionais de saúde construam novas formas de trabalho, para que surjam a partir daí, práticas mais efetivas acerca da inclusão dos usuários nas políticas de saúde. Enfatizamos nesta construção da integralidade, os serviços de referência e contra-referência, enquanto forma de consolidar a continuidade da assistência, priorizando uma melhor qualidade de vida ao paciente e também a família.

O acompanhamento e suporte das unidades básicas de saúde ao paciente com alta hospitalar, principalmente àqueles que precisam de cuidados de saúde em casa se faz primordial. Para Cecílio e Merhy (2005, p. 209), “a integralidade trabalhada pelo hospital pode ser vista como um componente fundamental do cuidado pensada de forma ampliada, como uma “estação” no circuito onde cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita”. Continuam os autores que o desdobramento de tal premissa, nos fica a tarefa de pensar quais dispositivos podem ser pensados, no hospital, que o “conectem”, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Enfatizam também que, podemos imaginar formas de trabalhar a integralidade como, por exemplo, o momento de alta de cada paciente que deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de referenciá-lo; mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária aquele paciente em específico.

Conforme Gonzáles, Villa e Caliri (2001), enfoques recentes têm considerado a alta hospitalar como um processo de transição do paciente, de um ambiente para outro, que pode ser o próprio domicílio ou qualquer outra instituição. E ainda, conforme as mesmas autoras, o termo transição é descrito como um movimento através dos níveis de cuidado, particularmente na transição do hospital para o domicílio, onde esse processo inclui a transferência da responsabilidade do cuidado à família ou a outros profissionais de saúde.

Importante abordar neste contexto, o quanto se torna fundamental o atendimento da equipe interdisciplinar dentro do hospital, para acolhimento, preparo,

orientações e encaminhamentos a este paciente e família; mas fundamental ainda é referenciá-lo a sua unidade de saúde priorizando a continuidade efetiva da assistência em domicílio.

O preparo da alta com qualidade reflete num melhor seguimento do tratamento, assegurando melhor integração do paciente à família e à comunidade, bem como melhor êxito no tratamento (GONZALES; VILLA; CALIRI, 2001).

Neste sentido considera-se que, pensar a alta hospitalar implica: pensar um planejamento, um preparo junto às equipes de saúde das unidades do município, para que a assistência ao paciente se dê de forma efetiva e continuada, estabelecendo vínculos de cuidados e responsabilidades, possibilitando maior resolutividade na atenção (GONZALES; VILLA; CALIRI, 2001).

“A integralidade no cuidado é tarefa de rede”, afirmam Cecílio e Merhy (2005, p. 209); colocam ainda que, o papel do hospital no sistema de saúde não pode se restringir a fazer contra-referência de pacientes encaminhados; espera-se uma postura mais ativa na construção destes fluxos institucionais, onde são necessários processos de negociação com as secretarias municipais de saúde ou outros gestores, com as coordenações de distritos (ou regiões) de saúde (onde existirem) e com as unidades básicas. Tarefas que de fato não são simples, mas possíveis e necessárias.

González, Villa e Caliri (2001) consideram que o planejamento da alta torna-se elemento essencial no ambiente hospitalar, na prestação da assistência, contribuindo para o progresso do paciente; e ainda, conforme as mesmas autoras, o planejamento inclui avaliação da continuidade do cuidado da saúde necessária após a alta do hospital, e também o trabalho com o paciente e sua família para prepará-los à nova etapa de cuidados em casa. Período fundamental, pois se estabelece um vínculo entre profissionais, pacientes e familiares, o que é imprescindível na adesão ao tratamento continuado, pois são chamados a participarem do processo de cuidado, e a serem co-responsáveis na recuperação do paciente após a alta hospitalar. Cecílio (2006) coloca que o vínculo, mais do que a simples inscrição a um serviço ou a inscrição formal a um programa, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa, torna-se um encontro de subjetividades.

Descrevendo ainda sobre integralidade, Cecílio (2006) argumenta que é possível adotar uma definição ampliada de integralidade a partir das necessidades

de saúde da população, ou seja, ela precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. O autor trabalha com a idéia de que as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas em quatro grandes conjuntos, assim sendo:

- 1) Ter “boas condições de vida”, compreendendo aqui os fatores do ambiente, entendendo que a maneira como se vive se “traduz” em diferentes necessidades de saúde.
- 2) Necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida das pessoas. Aqui o autor enfatiza os conceitos de tecnologias duras, leve duras e leves⁶, mas colocando a questão de abandonar qualquer pretensão de hierarquizar estas tecnologias.
- 3) Criação de vínculos (a) efetivos entre cada usuário e a equipe de saúde e/ou um profissional enquanto referência e relação de confiança, algo que seria como o rosto do “sistema” (aspas do autor) de saúde para o usuário. Aqui enfatizamos o encontro de subjetividades.
- 4) E o quarto conjunto de necessidades que seria a necessidade de cada pessoa aumentar seu grau de autonomia no seu modo de andar a vida; ou seja, implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos dos sentidos de levar a vida e esta re-significação teria peso efetivo no seu modo de viver, no seu modo de lutar pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível.

Cecílio (2006) aborda que neste encontro do usuário com a equipe, há de permanecer, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pela pessoa que busca o serviço, para a mesma ter a sensibilidade e preparo para traduzir esta necessidade e atendê-la da melhor forma possível.

Nesta lógica de entendimento, o mesmo autor refere que “assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, pode ser definida como o esforço da equipe de saúde, de traduzir e atender, da melhor forma

6 Tecnologias duras: aquelas ligadas a equipamentos, procedimentos; tecnologias leve duras: aquelas decorrentes do uso de saberes bem estruturados, como a Clínica e a Epidemiologia; tecnologias leves: aquelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente (CECÍLIO; MERHY, 2005).

possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual” (CECÍLIO, 2006, p. 116).

Continuando nesta temática o autor destaca ainda que a integralidade ampliada deve ser esta relação articulada complementar e dialética, entre o cuidado de cada profissional, da equipe e da rede de serviços de saúde, onde não é possível um trabalhar sem o outro.

Diante do exposto, fica claro que esta construção é contínua e que é justamente neste espaço de interação entre os diversos atores envolvidos, que residem os limites e possibilidades de garantir o princípio da integralidade; e mais do que isso, é “perceber nesse nexos a existência não somente de limites estruturais inerentes às instituições de saúde, mas identificar as possibilidades de se construir um agir em saúde, capaz de renovar e recriar novas práticas de saúde a partir da inclusão de diferentes conhecimentos, frutos de uma mesma interação, que é construída na relação entre usuário, profissional de saúde e gestor” (PINHEIRO, 2006, p. 105-106).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Considerando o objeto e os objetivos desta pesquisa, optou-se por uma abordagem qualitativa, por entendê-la como a mais adequada para possibilitar uma aproximação do tema em investigação. Através dessa abordagem metodológica, procura-se entender como se constituem os significados atribuídos a determinado fato ou vivência, considerando que cada pessoa compreende e interpreta os acontecimentos conforme sua realidade vivida (MINAYO, 2006).

Minayo (2006) ainda reforça que a pesquisa qualitativa, se aplica ao estudo da história, das relações das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica do processo em estudo. Por isso, é também utilizada para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias.

Ainda Minayo (2006) enfatiza que numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. A pesquisa qualitativa visa questões particulares no mundo dos significados das ações e relações humanas.

3.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Blumenau, num hospital de grande porte do Vale do Itajaí-SC com famílias e pacientes que necessitavam de acompanhamento da rede saúde. O contato com as famílias e pacientes que foram inseridos na pesquisa aconteceu em quatro momentos, sendo três momentos no período de internação, e o quarto momento já no domicílio na cidade de Blumenau. No primeiro momento foi através do Projeto Grafpi – Grupo de Atenção às Famílias de Pacientes Internados, onde se deu o processo de inclusão dos sujeitos da pesquisa. No segundo momento a pesquisadora acompanhou a família e o paciente durante a internação, período pelo qual foi se prestando orientações e

esclarecimentos e também sendo realizados contatos e encaminhamentos com a rede de saúde originária do paciente. Já no terceiro momento, a pesquisadora acompanhou e orientou as famílias no processo da alta hospitalar, observando a importância do protocolo de referência e contra-referência nos cuidados com o paciente após a alta do hospital.

O quarto e último contato com a família se deu no domicílio após a alta hospitalar, constituindo-se da entrevista (Apêndice A) realizada, mediante autorização e agendamento prévio, no intervalo entre o décimo e o décimo quinto dia após a alta do hospital. Nesta ocasião realizou-se uma entrevista semi-estruturada com o familiar e o paciente, sendo o familiar, àquele que o acompanhava na internação e que acabava sendo também o que passava a maior parte do tempo próximo ao paciente em casa. Utilizou-se junto à entrevista o diário de campo (Apêndice B), para as observações necessárias. O intervalo entre a alta hospitalar e a entrevista foi estabelecido pela pesquisadora, pois consideramos que somente após alguns dias em casa, a família já começaria a perceber como acontece o processo de adentrar e utilizar os serviços de saúde do município.

3.3 Organização dos serviços de saúde do município de Blumenau

A cidade de Blumenau fica localizada no interior do estado de Santa Catarina, com uma população estimada em aproximadamente 292.998, de acordo com censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 01/07/05; sua área territorial é de 519,84 Km, sendo a área urbana constituída em 206,8 km, distribuída em 35 bairros e a área rural em 313,0 Km, conforme mapa urbano do município (Anexo 1).

A economia do município é sustentada pelo setor industrial (mais de 40 mil trabalhadores) e setor de tecelagem, mas também despontam como atividades importantes: a metalurgia, lapidação de cristais, brinquedos, exportação de fumos, comércio varejista e o turismo (MORALES, 2003).

O município encontra-se habilitado, segundo a NOB/96, na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada⁷, que tem por finalidade primordial promover e consolidar

⁷ Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA), de acordo com a NOB-SUS nº 01/96: os municípios devem responsabilizar-se pelos serviços básicos incluindo, obrigatoriamente o controle de tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes e desenvolver programas de atenção da criança, da mulher e bucal para seus municípios (BRASIL, 1996).

o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção básica dos seus munícipes avançando na consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Sendo assim, seu sistema de serviços de saúde é organizado de forma hierarquizada, por nível de complexidade crescente. Evidenciamos dessa maneira, ser importante apresentarmos neste momento, nos Quadros 1, 2 e 3 a organização dos serviços de saúde, por nível de atenção, no sentido de conhecermos quais serviços pertencem a quais unidades de saúde do município.

| ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE | | |
|--|---|-------------|
| 6 PSF`s Divididos por região | Centro | 7 equipes |
| | Itoupava Central | 3 equipes |
| | Badenfurt | 6 equipes |
| | Garcia | 7 equipes |
| | Velha | 7 equipes |
| | Fortaleza | 5 equipes |
| 5 Unidades Avançadas de Saúde 7 Ambulatórios Gerais | | |
| 34 Unidades de Saúde Bucal | Ambulatorio Geral | 7 unidades |
| | PSF | 14 unidades |
| | UAS | 2 unidades |
| | Escolas Municipais | 10 unidades |
| | Policlínica | 1 unidade |
| <u>Legenda:</u> | PSF - Programa de Saúde da Família | |
| | UAS - Unidade Avançada de Saúde | |
| <u>Fonte:</u> | Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, 2006 | |

Quadro 1 – Identificação os serviços de saúde da Atenção Básica

As Unidades Avançadas de Saúde dentro da atenção básica estão distribuídas em cinco bairros do município e oferecem: clínica geral, pediatria, procedimentos de enfermagem e distribuição de medicamentos. Já os Ambulatórios Gerais estão divididos em sete bairros e realizam atividades de prevenção, promoção, recuperação a saúde da população de sua área de abrangência (Secretaria Municipal de Saúde, 2006).

| <u>ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE SAÚDE</u> | |
|---|--|
| Policlínica de Referência e Especialidades Lindolfo Bell Oferecendo à população: | Médicos Especialistas Exames (alto custo) Medicação (alto custo) Pequenas Cirurgias Consulta aos Especialistas |
| Centro de Atenção Psicossocial (Atendimento em Saúde Mental) | CAPS II Atende usuários a partir de 18 anos CAPS ad Destinado a maiores de 18 anos usuários de álcool e outras drogas CAPSi Centro de Atenção Infante Juvenil atendimento para crianças e adolescentes |
| Ambulatório de referência em: | DST-HIV-AIDS |
| NIAF - Núcleo Integrado de Atendimento ao Fissurado | Este núcleo é referência aos portadores de lesões lábio-palatais |
| CEREST | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador |
| CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento | Atendimento as demandas espontâneas e referidas para orientação ao tratamento de DST-HIV-AIDS, testagem de HIV, sífilis, hepatite B e C. |
| Centro de Lactação - Banco de Leite Humano | Referência em aleitamento materno |
| Vigilância | Sanitária e Epidemiológica |
| Laboratório Municipal | Referenciado pelas unidade básicas de saúde para exames como: HIV, VDRL, BHCG, rotina de gestantes, hepatites, tuberculose, tipagem sanguínea, hanseníase, entre outros. |
| <u>Fonte:</u> | Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, 2006 |

Quadro 2 – Identificação os serviços de saúde da Atenção Secundária

| <u>PRESTAÇÃO DA ATENÇÃO TERCIÁRIA</u> | |
|---------------------------------------|---|
| Incluem-se 4 hospitais: | <p>Geral de alta complexidade - conveniado ao SUS Referência: urgências e emergências nas especialidades Cardíacas e Neurológicas</p> |
| | <p>Especializado Materno - Infantil e Ortopedia conveniado ao SUS</p> |
| | <p>Geral de pequeno porte - conveniado ao SUS</p> |
| | <p>Geral Particular</p> |
| <u>Fonte:</u> | Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, 2006 |

Quadro 3 – Identificação dos serviços de saúde da Atenção Terciária

3.4 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram às famílias e pacientes que receberam alta hospitalar com necessidade de acompanhamento da rede de saúde; ou seja, aqueles que realmente estavam vivenciando a situação de continuidade de tratamento e assistência em casa após a alta hospitalar, que aceitaram participar e que residiam na área urbana de Blumenau. Neste contexto familiar foram entrevistados um paciente e um familiar em seu domicílio, localizados em diferentes bairros do município. Os critérios utilizados para inclusão dos sujeitos no estudo foram às demandas por curativos continuados, pacientes vítimas de AVC (Acidente Vascular Cerebral) com seqüelas, pacientes acamados vítimas de acidentes de trânsito, portadores de doenças crônicas, traqueostomizados, ou com uso de sonda naso enteral, entre outros, que necessitavam de acompanhamento da rede de saúde após a alta hospitalar. Os pacientes foram sendo incluídos até atingirem o critério de saturação das necessidades apresentadas que, conforme Minayo (2006) se entende pelo conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. A seleção foi concretizada através do Projeto GRAFPI – Grupo de Atenção às Famílias dos Pacientes Internados, que vem sendo trabalhado há um ano e meio no hospital. Este

projeto vem se realizando durante o período de internação do paciente onde é possível detectar se este irá sair de alta com necessidade de ser referenciado a rede de saúde ou não, para acompanhamento. O instrumento pelo qual vem se traçando o perfil deste paciente que vai precisar deste acompanhamento é um questionário (Anexo 2), com perguntas direcionadas a situação do paciente. Este questionário foi elaborado por Enfermeira e Assistente Social, na construção do projeto. Feito isto, o mesmo é acompanhado durante a internação e referenciado pela equipe interdisciplinar da instituição à rede de saúde após a alta hospitalar. Vale destacar aqui, que os sujeitos da pesquisa não foram selecionados exclusivamente através do programa da alta especial, mas sim a todos àqueles que necessitaram de alguma forma de acompanhamento da rede de saúde. Atualmente, o programa abrange todos os pacientes internados, independente do tempo de permanência. Basta que tenham necessidade de tratamento e acompanhamento em casa após a alta hospitalar.

3.5 Projeto GRAFPI - Grupo de Atenção às Famílias dos Pacientes Internados

O projeto GRAFPI surgiu das necessidades observadas no dia a dia da prática referente às carências e dificuldades que eram evidenciadas no processo da internação, bem como no momento da alta hospitalar do paciente, momentos que eram vivenciados pelos familiares que o acompanhavam neste período. Percebia-se nitidamente a angústia e a ansiedade pelas quais passavam estas famílias. A proposta deste trabalho era alcançar um maior número de famílias que pudéssemos acolher no processo da internação e também no momento da alta para casa.

Este projeto nasceu no ano de 2006, mais especificamente no mês de Julho.

Para Ceschini (2005, p. 17), “a família tem papel fundamental no processo de cuidado ao paciente (...) a interação entre família, paciente e profissional de saúde precisa ocorrer e ser a mais estreita possível, facilitando assim o entendimento e enfrentamento da doença pelos mesmos, bem como a responsabilização pelo processo de tratamento”.

Diante das dificuldades e dúvidas advindas dos familiares destes pacientes internados, acerca de procedimentos após a alta hospitalar e até mesmo durante a internação, houve a necessidade de se fazer um trabalho voltado a orientações claras e efetivas para continuidade do tratamento em casa. Haja vista, o grande

número de pacientes com patologias crônicas e acamados que requerem uma atenção e cuidados maiores por parte da família e profissionais da rede de saúde.

No entanto, o objetivo do projeto é garantir informações e orientações no processo de internação, que dêem conta de minimizar dúvidas e inseguranças às famílias no momento da alta hospitalar e cuidado em casa. Pressupomos assim, possibilitar maior autonomia às famílias no processo de cuidado, bem como propiciar atendimento e acompanhamento nas contra-referências.

Neste processo de interação com paciente, família, rede de saúde, cuidados e informações há um fortalecimento importante de vínculos entre profissionais e usuários com clara definição de responsabilidades. Destacando ainda, o resgate do usuário enquanto sujeito no acesso as informações, pressupondo uma melhor resolutividade em suas ações (CESCHINI, 2005).

Importante enfatizar e respeitar que “cada família vivencia essas atividades de forma diferente, dependendo de uma série de fatores: dinâmica familiar, valores culturais, condições econômicas, etc. (...) são atividades construídas de forma singularizada e diferenciadas, no seu cotidiano” (MENDES, 2005, p. 20). Daí a importância de um trabalho em equipe interdisciplinar, onde todos se envolvem na busca do melhor encaminhamento possível. Neste trabalho estão envolvidas as áreas de Serviço Social, Enfermagem, Psicologia Clínica, Fonoaudiologia e Nutrição.

O trabalho vivo em ato, ou seja, diretamente com as famílias que conforme (MERHY; CHAKKOUR, 2007) é o encontro com as pessoas, é o espaço das relações onde se configuram a prática do vínculo, do acolhimento, do encontro, é realizado pela equipe interdisciplinar da instituição, enfermeira supervisora de estágio do curso de enfermagem e acadêmicos estagiários de enfermagem que se interessaram em trabalhar no projeto e estão inseridos desde setembro de 2007.

O projeto acontece semanalmente com os familiares que acompanham os pacientes internados, às quintas feiras às 14 horas no auditório do hospital onde é preparado o ambiente de acolhida e diálogo com os mesmos. Este momento é bastante importante, pois a partir daí vai se estabelece um contato e um vínculo maior com as famílias, garantido maior proximidade com as mesmas e mais efetividade no trabalho.

O projeto vem sendo desenvolvido com todos os acompanhantes dos pacientes que comparecem ao encontro; independente dos convênios e das patologias dos pacientes, pois percebeu-se que este contato é de grande valor no

processo de internação. O número de participantes varia entre 15 a 20 familiares por encontro. Pela complexidade dos atendimentos no hospital este número poderia ser maior, mas percebemos ainda grande dificuldade por parte de alguns profissionais em cooperar neste projeto, mesmo que seja para melhorar o fluxo e minimizar problemas no momento da alta. Evidencia-se também que alguns familiares não demonstram muito interesse em participar com a equipe. Apesar disso, podemos destacar que está havendo melhora nesta participação, mesmo que pouca, pois no início ainda eram menos pessoas que participavam. Vemos agora que com algumas modificações com relação à divulgação do projeto, o modo de trabalhar, bem como os resultados que este trabalho vem apresentando do ponto de vista do acolhimento a estas famílias, está-se percebendo maior interesse na adesão ao trabalho. As dúvidas vindas das famílias neste encontro são as mais variadas possíveis, desde benefícios do INSS, estatuto do idoso, estatuto da criança e do adolescente até como se realiza banho no leito. Fica visível que neste momento do encontro elas se sentem mais próximas, mais inseridas, pois trocam experiências de vivências comuns umas com as outras.

Com relação à dinâmica do projeto, procura-se fazer um encontro que desperte o interesse da família em interagir com os profissionais e também no processo que está vivenciando. O primeiro momento é de interação e acolhida, onde acontece a apresentação dos profissionais e discorre-se sobre o objetivo do encontro. No segundo momento trabalhamos a temática do dia, como por exemplo: higiene oral, mudança de decúbito, úlceras de pressão e cuidados com pacientes traqueostomizados ou fazendo uso de sondas para alimentação.

Procura-se trabalhar um tema de cuidados que seja geral e de interesse para todos os participantes do grupo; e outro mais específico para aqueles familiares que tem um paciente em condições mais especiais, ou seja, fazendo uso de traqueostomia, entre outros. No trabalho temático levam-se todos os materiais necessários para que o familiar tenha contato direto com aquilo que ele vai manusear. Como por exemplo, nas orientações sobre mudança de decúbito, viabiliza-se colchão, lençóis, travesseiro e um voluntário para as devidas explicações de como fazer. Quando há orientação sobre higiene oral, traqueostomia, hipertensão, entre outros, utiliza-se da mesma didática e incluem-se cartazes ilustrativos. Percebe-se nestes momentos bastante interação e interesse por parte

das famílias em aprender e conhecer os modos de fazer, as mesmas sentem necessidade de pegar nos materiais para conhecê-los melhor e senti-los nas mãos.

No terceiro momento solicita-se aos familiares que tenham pacientes em condições mais especiais (Acidente Vascular Cerebral, alimentação por sonda, acidentados traqueostomizados, etc...) que fiquem um pouco mais para preencherem o questionário. Com este instrumento, pode-se traçar o perfil do paciente; ou seja, quais as necessidades que ele traz com relação ao acompanhamento de nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga e também rede de referência no momento da alta hospitalar. Quando detectadas estas necessidades, já é feito contato com os profissionais do hospital e passa-se a situação do paciente, para que os mesmos comecem o acompanhamento e encaminhamentos necessários ainda na internação. Com relação à rede de saúde de origem do paciente, já se começa a estabelecer um vínculo, realizando os primeiros contatos, colocando as necessidades do paciente, bem como a necessidade de acompanhamento após a alta do hospital.

Na efetivação da alta deste paciente preenche-se o protocolo resumo de alta que vem sendo trabalhado no hospital e encaminha-se às unidades de saúde, onde uma via fica com a família e a outra fica no prontuário do paciente. Este protocolo é preenchido por todos os profissionais que acompanharam e trabalharam junto ao paciente, inclusive registrando as contra-referências de contato com orientações e encaminhamentos. Importante ressaltar que cada profissional é responsável em ter mais um contato com a família no momento da alta para explicar seus encaminhamentos e a importância de manter este protocolo em mãos, haja vista, que o mesmo é fundamental no processo de referência e contra-referência; independente dos contatos e encaminhamentos prévios.

Vale destacar, que o fundamental é deixar claras a definição de papéis e responsabilidades na construção desse cuidado e lançar um olhar na perspectiva da integralidade entre paciente, familiar e seu contexto social (MENDES, 2005).

3.6 Técnicas de Pesquisa

Os dados foram coletados através de visita domiciliar. Durante as visitas foram utilizadas a técnica da observação e da entrevista semi-estruturada. Os dados coletados por estas duas técnicas foram registrados em instrumentos próprios.

Sendo as observações inseridas no Diário de Campo (Apêndice B). As entrevistas seguiram roteiro próprio (Apêndice A), captando as percepções dos entrevistados (famílias e pacientes).

A entrevista foi realizada com um familiar e o seu paciente em sua residência com data e horário pré-estabelecidos, que foram acordados pessoalmente pela pesquisadora e já sendo explicada a finalidade, o objetivo e a importância da pesquisa; bem como a imprescindível colaboração do entrevistado. Foi explicado também, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), onde fica claro que a entrevista tem caráter estritamente confidencial e que as informações prestadas pelo entrevistado permanecerão no anonimato. As visitas foram realizadas no mínimo de dez e no máximo de quinze dias após a alta hospitalar, pressupondo ser um tempo razoável para o paciente e família já estarem adentrando e utilizando os serviços da rede de saúde após a alta do hospital. A entrevista dirigiu-se de forma que os participantes pudessem falar livremente sobre sua vivência; e os dados obtidos na mesma, foram gravados e transcritos de forma literal, mantendo a fidedignidade das respostas e a ética da pesquisa.

A visita domiciliar conforme Amaro (2003) é uma prática investigativa realizada junto ao indivíduo em seu próprio meio social ou familiar. Como intervenção, reúne pelo menos três técnicas para se desenvolver sendo: a observação, a entrevista e a história ou relato oral. E ainda, a visita domiciliar como técnica se organiza mediante o diálogo entre visitador e visitado, organizado em torno dos relatos do indivíduo ou grupo visitado. Esse diálogo, distinto de uma simples conversa empírica, é, metodologicamente, o que se conhece por entrevista, guiada para uma finalidade específica; o que geralmente na visita domiciliar é a entrevista semi-estruturada orientada por um roteiro preliminar.

Em se tratando de uma visita domiciliar a relação estabelecida entre quem visita e quem é visitado tem significativa importância, pois é “a relação que possibilitará a expansão e livre expressão do sujeito visitado, colaborando ao desenvolvimento da pesquisa (...) a empatia, o respeito mútuo, a horizontalidade e a atitude de não-julgamento do pesquisador acerca do conteúdo do que é relatado ou apresentado são os condutores indispensáveis da visita” (AMARO, 2003, p. 55-56).

De acordo com Minayo (2006), o que torna o trabalho interacional um espaço importante de coleta, é a possibilidade que tem a fala de ser reveladora de

condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir suas representações históricas e culturais.

Para Amaro (2003), a visita domiciliar realiza-se num *locus* privilegiado, pois é o espaço vivido do sujeito, o lugar do cotidiano, aprendido, onde as pessoas tendem a enfrentar melhor suas dificuldades, pois estão em seu próprio meio social, familiar ou comunitário. E ainda, devemos estar atentos a captar o todo, reestruturando através de nosso olhar vigilante, ocupados em identificar o máximo de situações e relações que reforçam, condicionam ou explicam a atitude do sujeito no momento da visita e entrevista.

Para Minayo (2006, p. 261), a entrevista tomada “no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada em pesquisa de trabalho de campo.” E continua a mesma autora, que esse modelo de entrevista se caracteriza por combinar perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a pergunta formulada pelo entrevistador.

3.7 Instrumentos de Pesquisa

Conforme Minayo (2006), os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa visam fazer mediação entre o marco teórico-metodológico e a realidade empírica. São eles: roteiro de entrevista, roteiro para observação participante e roteiro para discussão de grupos focais. Neste estudo foram utilizados como instrumentos o roteiro para entrevista semi-estruturada e o diário de campo.

De acordo com Minayo (2006), o roteiro de entrevista deve conter itens que induzam o indivíduo a uma conversa sobre sua experiência, portanto deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas entre os envolvidos. Discorre a mesma autora, que o instrumento diário de campo torna-se relevante para registrar as conversas informais, comportamentos, gestos, expressões, crenças, hábitos, falas e costumes que compõem o cotidiano desses indivíduos. A autora fundamenta ainda que é preciso estar atento aos símbolos e sinais significativos que estão sendo emitidos neste cotidiano em observação.

Minayo (2006, p. 204), coloca “o que torna o trabalho interacional um instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade que tem a fala de

ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (...) aponta a fala como a forma de comunicação mais privilegiada para a sociedade humana, pela possibilidade de ela conter a experiência, permitir o entendimento intersubjetivo e social e, por sua densidade, constituir-se em si, em fato social”.

O diário de campo que também foi utilizado neste estudo, é onde se registra de forma descritiva as observações que não são o registro das entrevistas formais; ou seja, no diário de campo são anotadas observações sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões e instituições, que digam respeito ao tema de pesquisa (MINAYO, 2006).

3.8 Método de Análise dos Dados

Para a análise e interpretação dos dados foi utilizada a análise temática que de acordo com Minayo (2006, p. 316), “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo escolhido.” Para Minayo (2006) na pesquisa qualitativa, a análise temática se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser apresentado através de uma palavra, uma frase, ou um resumo.

Minayo (2006) considera três etapas como importantes para a operacionalização da análise temática, apresentadas na seqüência.

A primeira etapa pressupõe: a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada dos pressupostos e dos objetivos iniciais da pesquisa; possibilitando a reformulação destes frente ao material coletado e a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Nesta etapa devem ser cumpridas algumas tarefas como a leitura flutuante, que consiste em tomar contato exaustivo com o material coletado, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo possibilitando que a leitura se torne mais sugestiva e capaz de “ultrapassar o caos inicial”; a constituição do corpus, que consiste na organização do material de forma que este possa responder a algumas normas de validade como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e a formulação de hipóteses e objetivos, que não dispensa a elaboração prévia destes, apenas prevê certa flexibilidade que permite que surjam hipóteses a partir dos procedimentos exploratórios. É nessa etapa que se definem os recortes, a maneira de categorização, a modalidade, a unidade de

registro a ser utilizada podendo ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem ou até mesmo um acontecimento.

A segunda etapa consiste principalmente na operação de codificação, a partir de recortes do texto nas unidades de registro previamente estabelecidos, da escolha das regras de contagem, da classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

A terceira etapa consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos, pois, de acordo com Minayo (2006, p. 318) “os resultados são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí, o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações, relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material”. Este é o momento de dar resposta à proposta da pesquisa com base em seus objetivos que, conforme Minayo (2006) devem ser considerados o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e da interpretação do estudo.

Este movimento circular, que vai do “empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral é o que se pode chamar, parafraseando Marx (1973 *apud* MINAYO, 2006, p. 359), o concreto pensado”.

O percurso deste estudo se deu da seguinte forma:

No primeiro momento foi através do projeto GRAFPI (Grupo de Atenção às Famílias de Pacientes Internados), onde pude estabelecer os primeiros contatos com as famílias e suas necessidades com relação ao seu familiar enfermo. A interação e acolhida a estas famílias neste espaço do projeto, permitiu a construção do vínculo e acompanhamento ainda no período da internação hospitalar.

O segundo momento foi de uma maior aproximação com estas famílias e pacientes ainda no hospital, o qual foi possível prestar orientações e esclarecimentos aos mesmos inerentes ao seu caminho a ser percorrido após a alta para casa, bem como viabilizar os contatos com a contra-referência para os acompanhamentos necessários após a alta hospitalar.

No terceiro momento foi possível acompanhar também o processo da alta hospitalar, onde se reforçou as orientações para a contra-referência, e a importância da posse do protocolo de alta para acompanhamento dos profissionais da rede saúde de seu bairro.

Já o quarto momento aconteceu na residência das famílias através da técnica da visita domiciliar para a coleta de dados desta pesquisa, onde utilizei da entrevista semi-estruturada e também do diário de campo para as observações necessárias ao estudo.

3.9 Dimensão ética do estudo

Todo ser humano é dotado de uma consciência moral, que o faz distinguir entre certo ou errado, justo ou injusto, bom ou ruim; com isso é capaz de avaliar suas ações, sendo, portanto, capaz de ética. Esta vem a ser os valores, que se tornam os deveres, incorporados por uma cultura e que são expressos em ações. A ética, portanto, é a ciência do dever, da obrigatoriedade, a qual rege a conduta humana (CAMPOS; GREICK; VALE, 2002).

Partindo desta abordagem de ética, e em cumprimento com os nossos deveres, neste estudo foram assegurados: solicitação seguida de esclarecimento verbal e por escrito sobre o desenvolvimento e objetivo da pesquisa, à direção geral do hospital, com a finalidade de obter seu consentimento e autorização para o desenvolvimento do estudo (Anexo 3).

De posse dessa autorização assinada, o projeto foi encaminhado e submetido à análise do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí. Comissão esta instalada há nove anos com a Portaria 110/97, e aprovada e regulamentada pela Resolução 190/99 do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão - Consepe (UNIVALI, 2006).

Após a análise do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí, o projeto retornou aprovado através do parecer nº 104/2007 e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96 (Anexo 4). Todos os sujeitos que foram convidados a participar desta investigação foram informados sobre a pesquisa e seu objetivo, foi lido o Termo de Consentimento e livremente assinado pelos mesmos; ficando uma cópia com a pesquisadora e outra

com os entrevistados. Para garantir o anonimato dos mesmos, optou-se pela escolha da primeira letra de família, número por seqüência da família entrevistada e o grau de parentesco com relação ao cuidador, exemplo: (F1 - irmã).

4 RESULTADOS

Este capítulo está organizado sob a seguinte seqüência: inicia-se apresentando a caracterização dos sujeitos da pesquisa, logo em seguida a descrição da análise das quatro categorias identificadas no estudo e posteriormente às considerações finais da pesquisa.

4.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram constituídos de 09 famílias das quais seus pacientes necessitaram de acompanhamento das Unidades de Saúde de referência após a alta hospitalar. Nos quadros 4, 5 e 6 apresentamos as características do familiar cuidador, do familiar cuidado e sua relação ao familiar cuidador.

Referenciamos cuidador como aquela pessoa mais próxima do paciente que o acompanhou em todo processo de internação e que também iria acompanhá-lo em casa. Para Mendes (2005, p. 20) “cuidador é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao seu familiar em domicílio”. Continua ainda a mesma autora que as funções do cuidador domiciliar referem-se especialmente a ajuda nos hábitos da vida diária, na medicação, na higiene pessoal, entre outras atividades que se façam necessárias ao familiar em situação de dependência.

| Família | Idade | Sexo | Estado Civil | Ocupação | Renda SM* |
|---------|-------|------|--------------|------------------------|-----------|
| F1 | 32 | F | Solteira | Auxiliar de enfermagem | 1,5 |
| F2 | 63 | F | Viúva | Aposentada | 1 |
| F3 | 62 | F | Viúva | Pensionista | 2,5 |
| F4 | 36 | F | Casada | Do lar | ----- |
| F5 | 42 | F | Casada | Do lar | ½ |
| F6 | 38 | M | Solteiro | Afastado | 1 |
| F7 | 65 | M | Casado | Aposentado | 1,5 |
| F8 | 64 | F | Casada | Aposentada | 1,5 |
| F9 | 65 | F | Viúva | Aposentada | 1 |

* Em salário mínimo (R\$380,00/janeiro de 2008) Sexo: M – masculino F- feminino

Quadro 4 – Caracterização do familiar cuidador

Podemos perceber conforme quadro 4, que na grande maioria o familiar cuidador é do sexo feminino. Esta tendência também foi encontrada em outro estudo que mostrou que a maior parte dos cuidadores é mulher, abrangendo cerca de 92,9%, sendo que 39,2 são as esposas, seguidas pelas filhas, com 31,3% e irmãs com 28,2% (MENDES, 2005); “confirmando então que são as mulheres que assumem na grande maioria o papel do cuidar” (ALMEIDA, 2005, p. 53).

No que tange a renda do familiar cuidador da F5, este valor refere-se a trabalhos manuais (artesanato) que a mesma realiza e comercializa em sua própria residência, não chegando a um salário mínimo.

Destes familiares cuidadores, dois possuíam o segundo grau completo, um possuía o segundo grau incompleto, um o primeiro grau completo, e cinco possuíam o primeiro grau incompleto. Importante enfatizar que embora o alto índice de analfabetismo ainda faça parte da realidade dos brasileiros, podemos perceber que todos os sujeitos entrevistados neste estudo possuíam um grau de escolaridade.

No Brasil, o analfabetismo atinge 14,4 milhões de pessoas com 15 anos ou mais e está concentrado nas camadas mais pobres, nas áreas rurais, especialmente do Nordeste, entre os mais idosos. Por outro lado, é necessário notar que, entre 1996 e 2006, o percentual de jovens de 15 a 24 anos analfabetos reduziu-se bastante, chegando a 5,8% (IBGE, 2007). Vale à pena destacar que a região sul apresenta 93,7% da população alfabetizada, sendo que o município de Blumenau

recebeu o selo de “Cidade Livre do Analfabetismo”, concedido pelo Ministério da Educação, tendo em vista apresentar o menor índice de analfabetos entre a população (PMB, 2007). Daí, pressupor que diante desta realidade do município não tenhamos alcançado nenhum sujeito analfabeto, no momento da pesquisa.

| Família | Idade | Sexo | Estado Civil | Ocupação | Renda (SM)* | Diagnóstico médico |
|----------------|--------------|-------------|---------------------|-----------------|--------------------|------------------------------------|
| F1 | 24 | M | Solteiro | Vendedor | 1 (AD)** | Politraumatismo/AT*** |
| F2 | 28 | M | Solteiro | Marcineiro | 1 (AD) | Politraumatismo/AT*** |
| F3 | 31 | M | Divorciado | Eletricista | 1 (AD) | Politraumatismo/AT*** |
| F4 | 44 | F | Divorciada | Do lar | 1 (AD) | Politraumatismo/tentativa suicídio |
| F5 | 73 | F | Viúva | Aposentada | 1 | Cardiopatia crônica |
| F6 | 64 | M | Viúvo | Aposentada | 1 | AVC - Acidente Vascular Cerebral |
| F7 | 66 | F | Casada | Aposentada | 1 | Alzheimer |
| F8 | 68 | M | Casado | Aposentado | 1 | Diabetes/hipertensão |
| F9 | 38 | F | Divorciada | Serviços Gerais | 1 (AD) | Aneurisma hemorrágico |

Sexo: M - masculino; F - feminino

* Em salário mínimo (R\$380,00/janeiro de 2008)

** AD – Auxílio Doença

***AT – Acidente de Trânsito

Quadro 5 – Caracterização do familiar cuidado

A seleção dos pacientes apresentados no quadro 5, para comporem a amostra, se deu de forma intencional, haja vista, buscar representatividade de várias faixas etárias, distribuição por sexo e diagnóstico médico. Destes pacientes, seis possuíam o primeiro grau incompleto, um o primeiro grau completo e dois pacientes o segundo grau completo; sendo que todos eles utilizaram como recurso de saúde o SUS.

Um dado que chama a atenção é que os pacientes mais jovens e do sexo masculino apresentam diagnósticos relacionados a acidentes de trânsito. Pesquisas revelam que a maioria dos envolvidos neste evento é do sexo masculino com idade entre 20 a 39 anos (BRASIL, 2007b).

De acordo com Andrade *et al.*, (2003) a alta incidência de vítimas jovens, em diversas sociedades, vem sendo relacionada à falta de experiência na condução de veículos, além de características próprias da juventude, como a impulsividade e a necessidade de auto-afirmação perante o grupo de pares. Como agravante, os jovens, geralmente, consomem com mais frequência bebidas alcoólicas o que tende a exceder os limites de velocidade e a desrespeitar outras normas de segurança no trânsito, o que, sabidamente, aumenta as chances de ocorrência de acidentes.

Os acidentes de trânsito são atualmente um fenômeno de abrangência global, que vem ganhando relevância pela magnitude e pelo número de pessoas portadoras de seqüelas decorrentes dos mesmos. Conforme apontam Magalhães e Loureiro (2007) em diversos países e inclusive no Brasil os acidentes de trânsito são considerados um importante problema de saúde pública pelas implicações que ocasiona, tanto físicas como psicossociais decorrentes destes acidentes.

| Família | Posição paciente* | Núcleo Familiar** | Participantes da pesquisa |
|----------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| F1 | Irmão | mãe e duas irmãs | irmã |
| F2 | filho | mãe,2 irmãs,1 irmão | mãe |
| F3 | filho | mãe,padrasto | mãe |
| F4 | irmã mais velha | irmã,cunhado,2 sobrinhas | irmã |
| F5 | mãe | filha,genro,2 netos | mãe e filha |
| F6 | pai | filho | filho |
| F7 | esposa | esposo,filha | esposo |
| F8 | esposo | esposa | esposa e esposo |
| F9 | filha | mãe,irmã | mãe |

*Posição do paciente em relação ao familiar entrevistado (cuidador)

**As pessoas que moram com o paciente

Quadro 6 – Situação do familiar cuidado em relação ao familiar cuidador.

Podemos observar que o núcleo familiar se organiza sob diversas formas, não atribuindo a formação da família exclusivamente a nuclear (pais, esposas e filhos). Outro fato que chama a atenção são as famílias chefiadas pela mãe, que conforme demonstram os estudos estas famílias chefiadas por mulheres têm

crescido nas últimas décadas. De acordo com Vitale (2002), no Brasil em 1992, estas famílias eram estimadas em 21,9% e em 1999 este grupo já representava 26%, correspondendo a 11, 1 milhões de famílias nestas condições. Neste universo, a maioria das mulheres responsáveis pelo domicílio está em situação monoparental. A autora coloca ainda que, “há por certo, um contingente de filhos, enteados, netos e bisnetos, agregados que vivem sob os cuidados e a responsabilidade da mulher e que as famílias monoparentais masculinas são significativamente menores que as femininas” (VITALE, 2002, p.49).

No que se refere à zona de residência as nove famílias moravam na área urbana do município, sendo seis famílias residindo entre 5 e 10 anos no mesmo bairro e três entre 10 e 15 anos.

No que diz respeito ao tipo de moradia, três sujeitos moram em casa própria, cinco em casa alugada e um em casa emprestada por familiares; sendo oito casas de alvenaria e uma mista. Em relação ao número de cômodos as residências eram assim distribuídas: uma casa com seis cômodos, três com cinco, quatro casas com três cômodos e uma casa com dois cômodos. Todas as residências possuíam um banheiro dentro de casa, energia elétrica, água encanada e coleta de lixo. A maioria das residências apresentou boas condições de habitabilidade, porém algumas podem ser classificadas como precárias pelas condições de estrutura física. Todas as residências foram visitadas por esta pesquisadora na ocasião da visita domiciliar para a coleta de dados.

4.2 Categorias

Da análise do material coletado, emergiram quatro categorias, que serão descritas e analisadas no decorrer do estudo. A seguir começamos a descrever a primeira categoria investigada.

4.2.1 O processo da alta hospitalar: a satisfação e o temor.

Esta primeira categoria representa o momento em que a família e o paciente passam a ter contato com a doença e a conhecer suas implicações frente às necessidades que ela demanda, quando ela tenta traduzir para a sua realidade todo esse movimento. Nesta dinâmica de buscar os significados para suas idas e vindas

no mundo da saúde, vão se delineando as organizações e o cotidiano destes serviços. Sendo este, o universo ao qual a família entrega-se ao viver o processo de doença e cuidado. Abordados por uma situação de doença de seu familiar, os familiares enfrentam uma verdadeira peregrinação, desde diagnóstico, intervenção, recuperação, ainda no espaço hospitalar e depois percorrendo toda uma trajetória após a alta que lhe é marcada por uma simbologia⁸ que lhe é estranha e sem significados, a começar pelo vocabulário utilizado pelos profissionais da saúde, como podemos observar nos depoimentos.

Quando a gente tá no hospital é bom o médico explicar tudo direitinho.... do jeito que a gente entende..... porque depois fica difícil e depois a gente acaba nem perguntando nada... sabe... é difícil (F5- mãe).

O médico ainda tem que melhorar, falar de um jeito que a gente entende melhor... a gente fica com dúvida... fico sem jeito assim, de perguntar, e aí a gente fica sem saber o que fazer... ele não diz direito o que a gente tem (F2 – mãe).

É preciso ser mais franco.... parece que não fala tudo que está pensando, e quando fala é pouco sabe... a gente não entende, fica muito difícil (F1- irmã).

Nas falas, a família deixa transparecer que fica confuso este contato com o médico, no momento em que ele tem que passar as informações sobre o que realmente acontece com seu familiar. Este é um complicador para a continuidade do tratamento em casa, pois se pressupõe que a falta de clareza da doença e o não entendimento do que se passa com o paciente enfermo, geram insegurança e medo, dificultando o processo de cuidado.

Ribeiro (2002) reforça que o processo de doença é marcado por dúvidas, incertezas, preocupações, medos; é um mundo desconhecido, com palavras distintas para eles. Sendo assim, essas necessidades poderiam ser supridas “no espaço singular de cada serviço de saúde, no esforço dos profissionais em traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades na perspectiva de garantir a integralidade do cuidado” (CECÍLIO, 2006, p. 116). Ainda nesta mesma contribuição Silva (2006, p. 14) coloca que “a comunicação adequada é aquela que

8 Simbologia que conforme Silva (2006) são decodificações que as pessoas vão atribuindo aos significados apreendidos de uma dada realidade, de acordo com suas crenças, valores, cultura e o meio em que vivem.

tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes”.

Este fato nos alerta para a necessidade de trabalhar a assistência multidisciplinar de forma mais efetiva, no sentido de compreender que as diferenças regionais, culturais, intelectuais das diversas famílias atendidas carecem de ser valorizadas e identificadas como fator preponderante no sucesso do processo de cuidado, incluindo aí a autonomia destas famílias. Pois cada família é um espaço singular, onde atribuem significados próprios de acordo com sua vivência; sendo assim, “a cultura é um campo fértil para se apreender outros elementos de sentido e de significados que nos auxiliem na compreensão da realidade” (PINHEIRO; LUZ, 2005, p. 17).

No momento em que os profissionais de saúde informam as famílias sobre a alta hospitalar, a situação clínica do paciente, e as necessidades de cuidado em domicílio, é preciso que tenham atenção com a maneira de se expressar e a forma de explicar, pois, dependendo do grau de ansiedade desta família, estas orientações podem ser interpretadas de diferentes modos, produzindo compreensões distintas e até mesmo conflitantes.

Eu me apavorei com tanta informação... o meu maior medo de trazer meu filho pra casa “daquele jeito”, não era o estado dele em si, era o meu... como eu ia enfrentar tudo aquilo?? O meu emocional... (F3 – mãe).

Eu recebi uma “trancada” da médica, ela percebia o meu medo... como se eu tivesse medo de encarar o paciente... mas não era... e não teve a sensibilidade de entender... ela não sabe... não sabe... o amor que eu tenho pelo meu filho... (aqui a mãe chora muito) os profissionais precisam entender melhor e escutar o que a gente tem pra falar de verdade... (F3 – mãe).

Podemos inferir que a rotina do dia a dia do profissional de saúde pode muitas vezes mecanizar o seu trabalho inibindo sua percepção ao que acontece com os pacientes e famílias do ponto de vista das emoções. É necessário resgatar esta percepção, ouvindo-os mais, prestando mais atenção ao que perpassa esta família, para melhor interpretar as mensagens que eles estão transmitindo, sejam elas verbais ou não verbais. Pressupomos que, apaixonar-se pela idéia de compreender mais e melhor as pessoas pode eliminar o preconceito de que os pacientes nada sabem sobre as questões de saúde e doença. Nesta perspectiva Silva (2006),

ênfatiza que cabe à equipe de saúde, portanto, conhecer quais mecanismos ela irá utilizar para facilitar o melhor desempenho nas suas funções em relação ao paciente, bem como melhorar o relacionamento entre os próprios membros da equipe, garantindo maior eficácia neste atendimento.

Me senti “aterrorizada”... a gente passa por muita coisa ao mesmo tempo... é a doença, é como cuidar de tudo... na verdade fiquei meio perdida... (F4 – irmã).

A ansiedade manifestada pelas famílias de certa forma bloqueia o diálogo, bem como o entendimento do significado do mesmo. É necessário que o profissional perceba o momento adequado para conversar com a família, que perceba que neste momento é preciso saber ouvir esta família, dar o acolhimento necessário para que elas possam ir assimilando e entendendo o momento pelo qual estão vivenciando com seu familiar; e o que ainda vem pela frente. Para elas é algo novo em sua vida, algo estranho ao que estão acostumados a verbalizar, é uma linguagem diferente.

De acordo com Silva (2006), a própria recuperação do paciente não depende exclusivamente de fatores bioquímicos, mas sim do quanto ele se sente aceito ou rejeitado, à vontade ou constrangido enquanto está no hospital. Nesta linha do diálogo, Franco e Jorge (2002) enfatizam que além da necessidade de ser informada, a família demonstra necessidade de comunicar suas observações a respeito da evolução de seu familiar à equipe de saúde. Sendo assim podemos perceber que o estreitamento das relações de convivência com estes profissionais se faz necessário, para que a família comunique-se melhor, institucionalizando a cumplicidade no atendimento prestado. Essa aproximação é extremamente importante para a família, uma vez que estabelece o vínculo no processo de internação e uma melhor compreensão de todo o trajeto que terá que enfrentar após a alta hospitalar.

[...] todos os cuidados diários foram passados...consegui entender melhor, porque eu já tava indo na reunião com vocês no hospital... eu participei e me acrescentou muita coisa... muita coisa que eu não sabia e fui aprendendo...compreendendo... fui falando... ia precisar, no cuidado com meu filho (F3 – mãe).

[...] aprendi melhor naquela reunião como eu ia mexer com aquela sonda sabe... e como também eu ia fazer com tudo isso em casa... estava com medo, mas consegui. Esse acompanhamento com a

gente é muito bom... a gente fica mais segura assim... e tem mais gente na mesma situação... a gente conversou mais sobre tudo (F4 – irmã).

[...] vocês me ajudaram bastante... eu precisava saber mais para poder ajudar ele cada vez mais... a gente não sabe o que pode e o que não pode fazer... esse apoio é muito bom... a reunião com vocês é boa por causa disso... saí de lá sabendo melhor aonde eu tinha que ir... o que tinha que fazer... e o que tinha que enfrentar (F6 – filho).

Como podemos perceber, é possível, sim, pensar o espaço hospitalar, enquanto um espaço de criação de vínculos, de troca de saberes, de troca de experiências e de práticas de educação em saúde. Neste espaço, podemos começar a desenvolver melhor as relações interpessoais com famílias e pacientes, mesmo num curto espaço de tempo, efetivando assim uma boa contra-referência às suas unidades de saúde. Percebemos também, que se pode trabalhar de forma mais solidária e participativa, fortalecendo o saber da coletividade, em detrimento da reprodução da dominação dos profissionais de saúde. É um espaço que busca ampliar as percepções das necessidades das famílias e dos pacientes e procura-se interrogar sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades.

Nesta linha, Assis (2001) corrobora no sentido de que, a complexidade da saúde exige realmente inovações que superem a assepsia técnica e propiciem a interação com a dinâmica da população usuária dos nossos serviços, buscando alternativas e soluções sejam elas individuais ou coletivas, para os problemas apresentados.

Neste mesmo pensamento, colocamos aqui, a importância do trabalho educativo que vem sendo desenvolvido no hospital, - projeto GRAFPI (Grupo de Atenção às Família de Pacientes Internados), sem nenhuma pretensão de originalidade e virtuosidade elencado nele mesmo. Porém, como uma oportunidade singular de trabalho, enquanto um espaço coletivo de discussão e reprodução de questões de saúde, aprofundando aprendizados, fortalecendo vínculos, abordando cuidados, dimensões estas que precisam ser cada vez mais valorizadas no contexto assistencial.

Educar exige querer bem, lembra Paulo Freire (2005), aí temos um diferencial, não suficiente, mas necessário, em relação à desatenção com relação ao ser humano, até hoje uma marca que ainda impera nas práticas na área da saúde.

Mais uma vez nos alertando para uma nova postura de atuação reordenando os serviços de saúde no sentido de dialogar mais, harmonizar mais a relação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços. Este acolhimento é indispensável para promover o auto-cuidado do usuário, a autoconfiança da família, possibilitando-lhes autonomia, tornando-os protagonistas e co-responsáveis pela sua produção de saúde. Pressupomos, porém, que isto só se dará mediante esta aproximação.

A partir da convivência da família com os profissionais, os mesmos passam a ter conhecimento do universo da doença e começam a compreender melhor as complicações advindas das condições clínicas em que seu familiar se encontra, o profissional torna real o que poderá acontecer durante as etapas que surgirem no decorrer do tratamento.

Em se tratando de conhecimento da doença Ribeiro (2002) e Shier (2001) salientam que a família tem dúvidas e necessidade de participação com a equipe para conhecer, ser alertada sobre o que está por vir para não ser surpreendida pelo desconhecido, sente necessidade de compreender as causas e evolução da doença.

Franco e Jorge (2002) colocam que para a família é importante saber o que se passa com seu familiar, conhecer a doença, e comunicar-se com a equipe, no intuito de amenizar suas angustias neste processo.

Uma coisa boa hoje é poder acompanhar o paciente em toda a internação e poder participar de tudo... isso é necessário pra nós... na hora da alta fica melhor... a gente começa a aprender como fazer pra cuidar melhor (F1 – irmã).

O que eu mais queria era saber como ia fazer tudo, pra poder cuidar direitinho quando ele viesse embora... tinha que aprender pra poder ajudar (F6- filho).

Achava que se eu ajudasse mais era melhor... por isso queria saber mais como fazer, pra aprender... ela confia no que eu faço (F9 – mãe).

Diante das falas das famílias, nota-se que ao estarem como co-participantes na recuperação, as mesmas amenizam o estresse, tanto como cuidadores que serão após a alta, como o de seu familiar que será cuidado, aprimorando seu aprendizado para dar continuidade à assistência em domicílio. Durante a internação em que a família acompanha seu familiar, ela se sente bastante preocupada em continuar assistindo o familiar em domicílio e também na melhor maneira de cuidar.

Pois são vários os tipos de cuidado após a alta, trazendo insegurança, medo, etc. O temor de não conseguir cuidar sozinha, faz com que a família exteriorize a preocupação de cuidar em casa.

Muitas vezes por mais que a família ou cuidador acompanhe o processo e participe de forma mais efetiva do cuidado, percebe-se ainda grande angústia no momento de ir para casa. Com isso, evidencia-se com mais força a necessidade à tradução das informações recebidas no momento da alta com os diversos profissionais que acompanharam o processo da internação, pois as recomendações precisarão ser entendidas pela pessoa que vai desenvolver o cuidado ao paciente. Marcon *et al.*, (2002) salientam que ao retornar para casa com o paciente, a família vivencia vários problemas técnicos para desenvolver os cuidados, em especial quando este paciente requer cuidados complexos como: sonda vesical, sonda nasoenteral, realização de curativos e cuidados especiais com alimentação. Neste sentido, mesmo a família tendo participado do processo de internação, bem como das orientações nos encontros sobre as formas de cuidado com seu familiar, fica evidente a importância do trabalho de referência e contra-referência. Ou seja, encaminhar este paciente e família à sua unidade de saúde de origem de forma efetiva, potencializando a continuidade do tratamento. Importante frisar, que estas intervenções sejam feitas ainda no processo de internação, e depois no momento da alta hospitalar, ser devidamente protocoladas à equipe de saúde que irá atendê-lo em seu domicílio. Estas orientações precisam estar todas descritas às famílias.

Me orientaram sobre fisioterapia, fonoaudiologia e como eu tinha que tratar dela... mais sentada do que deitada, é o que eu tô fazendo. Como fazer o curativo... quando saí do hospital o postinho já sabia do caso dela, foi bom... me confundi um pouco aqui em casa na hora de fazer o curativo, de mexer com aquela sonda. Saí também com tudo escrito, isso facilita pra gente... aqui no postinho eles já estavam sabendo do caso... isso foi bom... no começo me senti aterrorizada... mas tudo foi se ajeitando (F4 – irmã).

Tinha que fazer cadastro na ambulância, ir no posto de saúde, a medicação certa, agendar consulta pro neurologista... peguei tudo por escrito... me orientaram tudo... mas olha... saí de lá com uma realidade dura pra enfrentar... como fazer com tudo isso... (F6 – filho).

Me falaram que tinha que tomar os remédios direitinho, ir às consultas, passar no posto, cuidar da alimentação... entendi bem... foi tudo escrito também, facilita pra gente... nossa! Mas sabe... na

*hora que a gente sai do hospital... parece que fica tudo mais difícil...
(F5 -mãe).*

Pressupomos que o sistema de referência e contra-referência é a garantia da continuidade do tratamento aos usuários, pois as demandas por continuidade da assistência não são poucas. Aqui poderíamos abrir um parêntese e entendê-la enquanto um espaço horizontalizado onde os atores se comunicam para que as demandas não sejam pontuais, nem fragmentadas, mas sim que dêem conta de trazer resolutividade aos usuários a partir das suas necessidades. Confirmando, Juliani e Ciampone (1999) argumentam que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível. E conseqüentemente determinando às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência. Pois é após a alta, em domicílio que a família vai se adaptando as orientações recebidas e torna real o cuidado.

Na maioria das vezes encontra-se sozinha diante da necessidade de cumprir tarefas que não sabe muito bem por onde começar. A situação é nova, existe a insegurança apesar de tudo. Passa então, a confrontar as informações recebidas com a realidade vivida, e ainda desprovida de significados para sua nova vivência.

Embora haja a construção de vínculo no processo de hospitalização, o encaminhamento seja feito de forma efetiva e o apoio em suas necessidades materiais e emocionais na saída desta família do hospital, sejam cumpridas, é fundamental “que estas relações não sejam permeadas pelo domínio, mas pela convivência, onde as intervenções se transformam em interações e comunhão entre sujeitos” (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005, p. 78). Daí pensar em um sistema de saúde que entre em harmonia e acolha estas famílias a partir de suas necessidades, subtraindo-lhes o sentimento da perda da autonomia, da perda do aprendizado, da perda do saber.

Compreendendo aqui que, longe de significar o espaço das relações enquanto um conjunto de atividades ou atitudes isoladas, “o cuidado se revela como um fio condutor da construção da integralidade na atenção a saúde, em seu sentido mais amplo, como local de encontro de sujeitos com necessidades e capacidades, onde fluxos de interação possibilitem o acesso às várias alternativas de solução de problemas e à construção de vínculos e de responsabilidades mútuas” (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005, p. 80).

Já nos lembrava Stotz (1991) *apud* Silva Junior, Alves e Alves (2005) que as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas ou construídas, entretanto, elas só podem ser captadas e trabalhadas em uma dimensão individual atuando no coletivo.

Nesta discussão, podemos inferir que a capacidade e disponibilidade dos profissionais de saúde em ouvir os usuários e suas necessidades, interagindo com eles, levando em conta seus contextos e seu modo de levar a vida, já pode ser um bom começo.

Em síntese podemos concluir que nesta categoria os sujeitos foram apontando aspectos acerca do caminho desde a internação no hospital até o momento da alta de seu familiar para casa. Sendo que nestes apontamentos destacamos predominantemente questões relacionadas à comunicação, onde emergiu a linguagem clara, diálogo harmonioso, o que pressupõe possibilitar a criação de vínculos entre famílias, pacientes e profissionais de saúde. Trazem ainda outros aspectos como a insegurança e o medo de enfrentar o processo de cuidado com seu familiar enfermo. Embora as famílias, apresentem a felicidade de receberem a notícia da alta do paciente para casa, refletem ainda o temor de não conseguirem cuidar sozinhas. Percebem e levam para si, a importância da participação junto à internação de seu familiar e também a oportunidade de terem momentos de esclarecimentos com relação aos cuidados e troca de experiências com outras famílias que vivenciavam a mesma situação. Estes apontamentos foram delineando que o conhecimento do trajeto a ser enfrentado por estas famílias se mostrou importante na medida em que as mesmas puderam sair do hospital de forma mais direcionada.

4.2.2 A contra-referência: a ajuda necessária

Esta categoria representa os diferentes enfrentamentos que as famílias vivenciam a partir da alta hospitalar, que depois de sucessivas leituras pudemos trazer ao estudo. Após a alta do hospital a família sai com todos os encaminhamentos descritos, para que ela possa dar continuidade ao tratamento junto à equipe de saúde referenciada ao seu familiar que precisa ser cuidado. Num primeiro instante, alívio e felicidade por ter a oportunidade de retornar a casa com seu familiar. Em seguida, a angústia de levar para casa o familiar adoecido,

necessitando de cuidados especiais. Neste espaço a família vai construindo e dando sentido a esta nova realidade que está experienciando. É neste movimento que ela vai percebendo a sua entrada no mundo da saúde, provocando as mais diversas tensões num cotidiano bem diferente do que ela está habituada.

[...] na saúde tudo ainda é muito demorado... você sabe... eles demoram demais pra te dar informação certa. Nunca tem resposta... não te desenrola (F1 – irmã).

[...] é... deixa eu te dizer... o posto encaminha pra Policlínica, aí precisamos ficar esperando a chamada... é demorado. A gente tem que ficar cobrando e a gente não pode ficar esperando a agenda deles... tive que me expor lá no local, expor o doente e ficar ali pra ser atendida...a gente não tem resposta (F3 – mãe).

As falas das famílias possibilitam perceber que o diálogo e a estruturação da rede de serviços para atender a demanda gerada, parecem ainda estar longe de ser estabelecido entre o profissional de saúde e a pessoa que o procura. Colocamos aqui, que a demanda significa “a busca de um serviço pelo indivíduo que reside na procura por instituições que garantam o seu atendimento, ao mesmo tempo em que estas ações devem ser resolutivas” (CAMARGO, 2005, p. 93). Sendo assim e entendendo que toda demanda exige um processo de intervenção, pressupomos que cabe aos profissionais de saúde, a necessidade de trabalhar o acolhimento destas demandas, percebendo as diferentes interações que ela permeia, e encaminhá-las de forma mais resolutiva. E esta aproximação profissional-usuário e o espaço das relações, “pressupõe também uma dimensão dialógica, isto é, uma abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro” (SILVA; BORGES, 2006, p. 118). Essa atitude implica por sua vez, estar em relação com alguém e é exatamente neste “estar com” e um “estar perto de”, que pressupomos ser o acolhimento uma atitude de inclusão do sujeito no processo de produção de saúde. Importante observar aqui o acolhimento como o ato de “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir (...) essa atitude implica afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética e política ao compromisso para a humanização do SUS, culminando na resolutividade dos serviços” (BRASIL, 2006, p. 6).

Aqui elencamos a ética e o compromisso de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. A família está

passando por momentos de fragilização e doença que precisam ser valorizados. É neste trajeto que ela vai vivenciando junto aos profissionais de saúde, a oportunidade de estabelecer bons e maus momentos de relação com os mesmos. A partir daí passa a julgá-los. Esse processo de avaliação baseia-se em alguns critérios subjetivos que elas vão observando à medida que vão adentrando aos serviços de saúde.

Entretanto, podemos verificar que os elementos que mais prevalecem neste julgamento que a família realiza, são aqueles ligados ao aspecto relacional do cuidado, isto é, paciência em ouvir, demonstração de afeto, interesse pelas preocupações da família, solidariedade, compartilhamento e resolutividade.

Assim, a preocupação da família torna-se constante, uma vez que o familiar está submetido aos cuidados desses personagens, potencializando o grau de estresse.

[...] foi muito difícil, porque eu precisava do neuro pro meu irmão... ele precisava passar na consulta, tinha que marcar o retorno, mas ninguém me dava resposta de nada... então fui na ouvidoria registrar uma queixa... falta muita comunicação entre eles mesmo (F1 – irmã).

[...] especialista... meu Deus foi um caos. Precisava de um neurologista... nossa! demorou demais, e não te dão resposta... tem pessoas que tão na profissão errada, no dia errado, no local errado, tudo errado, principalmente na profissão errada... e meu filho precisava muito. A chave disso tudo aí pra mim é boa vontade... só isso (F2 – mãe).

[...] não consegui retorno com o neuro... cada posto de saúde é uma vaga por mês, e essa vaga já tinha sido tomada. Então ia demorar demais... não podia esperar (F4-irmã).

A dificuldade de conseguir agendamento com médicos especialistas foi outro problema mencionado pelas famílias. Embora elas consigam adentrar na unidade de saúde, nem sempre elas têm acesso a outros níveis de atenção que lhes são necessários. Isto demonstra que a acessibilidade do ponto de vista da dimensão organizacional constitui-se em um dado momento um entrave, no espaço interno do serviço de saúde.

Tudo isso nos leva a dizer que a fragmentação nos serviços de saúde ainda é bastante forte e conseqüentemente “são ineficientes, pois dividem o evento da

doença e a atenção por partes que não se comunicam, rompendo o princípio da continuidade (...) gerando a insatisfação dos usuários” (MENDES, 2001, p. 73-74).

Podemos perceber que as famílias reclamam não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de resolutividade dos diferentes serviços em torno do seu problema. Merhry (1999) corrobora apontando que sendo assim, os usuários vão se sentindo inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, e desrespeitados, provocando alterações em torno dos resultados, que é dar resolutividade a necessidade trazida pelas famílias.

Eu mesma tem mais de 1 mês que eu não tenho remédio no posto... (F5 mãe).

[...] o remédio da mamãe já faltou no posto, teve que comprar, então é um monte de gente que sai com a receita e vão pra farmácia... e não temos condições de ficar comprando (F5-filha).

[...] não conseguimos atendimento com fisioterapia... ia demorar demais... aí eu tive que pagar particular... não tem no posto... nem estagiário tem esse ano aqui. É difícil... agora falta a psicóloga que também não tem no posto (F4-irmã).

[...] eu mesma fiquei do posto pra Policlínica da Policlínica pro posto atrás de material pra curativo que eles não tinham... foi difícil... (F2-mãe).

Outro problema enfrentado pelas famílias é referente aos medicamentos, pois, além do fornecimento ser restrito, ou seja, além de certos medicamentos necessários ao tratamento da doença crônica muitas vezes não estarem disponíveis na farmácia das unidades de saúde, ainda não há garantia de quando chegarem terão acesso aos mesmos.

Esta questão ligada à discussão da acessibilidade nos leva a refletir que na busca da integralidade da atenção à saúde, há que se pensar na importância das diversas tecnologias em saúde; e neste contexto nos reportamos à taxonomia de Merhy (1999) no qual o autor apresenta a necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, sendo que sempre que for necessário o usuário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamento, material, insumos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar a vida.

Nesta mesma direção Cecílio (2006, p. 115-116) contribui que integralidade na assistência a saúde “[...] deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, um Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital”.

Corroborando as colocações dos autores citados, Francheschini (2005) aponta que pensar a integralidade neste sentido implica em se colocar em pauta a questão dos trabalhadores que respondam a esta empreitada, com a capacidade de dispor de um conjunto de ferramentas tecnológicas (tecnologias duras, leve-duras e leves) cujo compromisso é ‘produzir’ o cuidado em saúde.

Nesta direção podemos inferir que pensar a integralidade da assistência, implica pensar em um sistema de referência e contra-referência que deve garantir o acesso do sujeito a todos os níveis de atenção, de acordo com a sua necessidade de atenção à saúde; e que possibilite a continuidade de seu tratamento e/ou cuidado em domicílio.

No depoimento a seguir o familiar cuidado, comenta da morosidade do serviço causando-lhe a preocupação que se agrave seu problema de saúde.

É... eu precisei de retorno no cardiologista... aí tem que marcar e esperar a agenda... mas a gente demora muito pra ser atendida. Quer dizer e se fico ruim... aí tenho que ir no Pronto Socorro ? O problema é que isso não se resolve (F5-mãe).

Enquanto os serviços de saúde, nos seus diversos níveis de atenção, não garantirem a articulação entre si, e os profissionais não estabelecerem uma relação mais próxima e efetiva com os usuários, se tornará difícil a construção da integralidade da atenção. Portanto, não bastam apenas registros formais de atendimento, é preciso fazer cumprir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de garantir através de uma articulação, a responsabilização e a humanização nestes atendimentos.

Neste contexto de idas e vindas, a família tenta ir à busca de um cuidado, de um atendimento com segurança. Recorre à confiança dos profissionais que identifica enquanto pessoas que irão acolhê-la em suas necessidades e as de seu familiar. Os momentos de relacionamento ruim com os profissionais, que muitas vezes perpassam este processo, são encarados pela família como falta de esforço em

respeitar o ser humano e o momento pelo qual ela está vivenciando, e que precisa ser dada uma resolutividade e é isso que buscam principalmente.

Nesta perspectiva, há que se ter um olhar diferenciado em torno deste processo enfatizando a atenção no usuário, que conforme Merhy e Chakkour (2007) vai possibilitar que se abram novas linhas de possibilidades, no modo de se trabalhar em saúde; com mais comprometimento com a defesa da vida individual e coletiva.

Neste raciocínio, Lacerda e Valla (2005) apontam que a ênfase nos sujeitos e no seu modo de se relacionar com a vida, pode trazer contribuições para ampliar a compreensão da demanda, bem como ofertar práticas em saúde mais adequadas às necessidades destas famílias.

Entre as famílias que fizeram parte do estudo, todas tiveram alta de seu familiar necessitando de acompanhamento e cuidados em seu domicílio. Todas receberam encaminhamentos através de contato prévio e protocolo de alta para sua equipe de contra-referência. Três pacientes necessitaram de cuidados mais básicos, porém os outros precisaram de cuidados mais complexos como uso de sonda para alimentação, sonda vesical, curativos, demandando cuidados mais especializados e acompanhamentos mais intensivos da equipe que iria atendê-los.

Entretanto, pôde-se notar que neste trajeto da família na busca de suporte da equipe de saúde, foi no domicílio que ela também precisou de apoio. Ao desenvolver os cuidados, o cuidador apresenta dúvidas para executar suas tarefas, e o acompanhamento no domicílio por parte dos profissionais de sua contra-referência, leva uma maior segurança para este cuidado. Conforme podemos observar nos depoimentos.

[...] o acompanhamento em casa pra mim... meu Deus foi ótimo... a enfermeira vinha sempre que eu precisava... o médico também veio... não tenho o que reclamar disso sabe... assim a gente tem mais apoio... porque a gente sempre tem dúvida (F3 – mãe).

[...] pra mim ta muito bom sabe... a gente aí é bem orientado sobre o diabete... a gente tem atividade física com eles... e eu vou sempre. Eles também vem aqui em casa... acompanha...isso me deixa melhor... porque as vezes a gente não sabe muito o que fazer assim... (F8 – esposo).

[...] o posto ta fazendo o acompanhamento aqui em casa; todas as quartas feiras à tarde a enfermeira vem aqui fazer a visita, isso é bom porque a gente tira bastante dúvida (F4-irmã).

Frente às falas da família, nota-se que ao estar como co-participante neste processo de cuidado, junto as equipes de contra-referência, as mesmas se sentem menos angustiadas, ao mesmo tempo em que aprimoram seu aprendizado para dar continuidade à assistência ao seu familiar em domicílio. Verifica-se também a importância de se estabelecer uma relação mais próxima entre profissionais de saúde e familiares que facilite a troca de informações, o entendimento e a reciprocidade entre ambos. Enfatizando aqui que o depoimento da (F3) é resultado desta relação que precisa ser estabelecida e fortalecida no campo do trabalho, haja vista que no seu bairro não tinha o PSF (Programa de Saúde da Família), a família contava apenas com Ambulatório Geral onde os acompanhamentos mais efetivos não são feitos por não ter equipe própria para esta finalidade. Neste caso foi feito um trabalho em conjunto com a equipe interdisciplinar do hospital e a Secretaria da Saúde do município para que procurássemos o melhor caminho para que esta família fosse atendida quando estivesse em casa. No entanto, foi ajustada pela Secretaria uma equipe de profissionais que pudesse então fazer o acompanhamento a este paciente, junto à família. Isso tudo foi feito ainda enquanto o paciente estava internado para que no momento da alta a família já saísse orientada com relação a quem iria acompanhá-los em casa, diminuindo o grau de preocupação desta família. Podemos afirmar aqui que foi um trabalho que deu certo e as visitas domiciliares foram feitas rigorosamente atendendo as necessidades da família em casa. Destaca-se também, que pudemos configurar neste intercâmbio a importância do trabalho em equipe interdisciplinar, pois a troca dos saberes vem a desenvolver ações de qualidade, para a concretização de um trabalho resolutivo.

Saupe *et al.*, (2007, p. 66) ao estudarem a competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar, argumentam que,

[...] a interdisciplinaridade contempla: o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde.

Estes momentos de troca passam a representar segurança, resolutividade e possibilidade de melhora ao familiar doente. Mezomo (2003) aponta que a

comunicação neste caso é elemento primordial para tornar o ambiente favorável ao relacionamento entre profissionais de saúde, familiares e pacientes.

Há que se reafirmar a importância da equipe em comunicar-se com a família com relação às diferentes formas de tratamento de seu familiar, no sentido de que haja a continuidade na assistência de forma mais efetiva.

[...] sou sempre bem assistido pelo posto sim... não tenho grandes dificuldades. Era bom se eles viessem mais aqui em casa... acompanhar... é bom conhecer mais a nossa realidade... do jeito que a gente vive... pelo que a gente passa (F7 – esposo).

[...] precisavam vir mais na casa da gente também... ver de perto o que tá acontecendo (F9-mãe).

Por outro lado, surgiram alguns depoimentos registrando que não houve este acompanhamento pelas equipes de saúde de forma mais efetiva como as famílias precisavam e que na concepção delas é algo que precisa ser fortalecido.

Diante destas questões vão surgindo contribuições, que nos remetem a repensar o processo de trabalho em saúde, “que busque no usuário final dos serviços de saúde seu mais importante significado (...) e que neste caminho, possamos dialogar com os modos de como, no dia-a-dia, os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços se produzem mutuamente, em suas ‘subjetividades’, de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades, na busca de um tempo perdido por nós, ‘reformadores’ de modelos de atenção à saúde” (MERHY; CHAKKOUR, 2007, p. 72).

Ressaltamos ainda que, neste espaço em que acontecem as ações integradas nos serviços, pressupomos ser vital, não perder estas famílias e/ou estes usuários pelo caminho. É preciso estar atento ao “movimento” da rede de saúde para não perder de vista quais encaminhamentos e soluções estão ocorrendo; independente do nível de atenção em eles se encontrem.

Essa atitude implica em reorganizar o processo de trabalho voltado para o acolhimento no sentido de resignificar a lógica da fragmentação dos serviços, haja vista que este acolhimento vislumbra “garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e, se necessário, referenciá-los; ou seja, um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram o serviço de saúde, ouvindo seus pedidos e

assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas adequadas aos usuários” (SILVA; BORGES, 2006, p. 119).

Aí sim estaremos falando em inclusão social e comprometimento com a construção da cidadania, tendo em vista que este novo agir em saúde pressupõe um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando família e paciente em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência que conforme colocam os autores citados, garantem assim a eficácia dos encaminhamentos.

Em que pese ainda hoje, toda a problemática enfrentada pelos profissionais de saúde quanto à valorização de seus recursos humanos no que tange a implantação de novos modos de trabalhar em saúde; mas a forma como os usuários adentram aos serviços de saúde precisam ser invertidas, ou seja, da condição de objeto para a condição de sujeito participante do processo.

Complementando este raciocínio Franco e Merhy (2006, p. 122), apontam que são pequenas ações no cotidiano que darão “novo perfil à assistência , quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo , da produção de saúde”.

Matumoto (1998) descreve que este trabalhador de saúde vive processos que interfere sobre a proposta do acolhimento, referindo-se aos processos de reconhecimento do seu próprio trabalho, da percepção que tem de si como trabalhador, da representação de seu local de trabalho, das condições em que o realiza e da satisfação que pode obter dele. Inclui ainda sua percepção técnica e emocional, o espaço-tempo que destinará ao trabalho e ao atendimento, a disponibilidade para a escuta, conseguir identificar e ir além do que está sendo dito e como lançará mão das tecnologias do trabalho em saúde. Isto nada mais é que o trabalhador, enquanto um ser com necessidades, tanto quanto o usuário, confere a autora.

Conforme discutimos aqui, não discordamos e nem queremos deixar de lado todo este cenário. No entanto, deixamos como ressalva e/ou uma lacuna a ser melhor investigada, para a importância do engajamento dos gestores quanto á valorização dos recursos humanos. Talvez seja necessário que a gestão também se interrogue: que tipo de relações tem mantido com os profissionais da saúde? Não seriam as mesmas reproduzidas no cotidiano de trabalho, profissional-usuário? Qual a direcionalidade pretendida para se trabalhar na rede de saúde? Como têm sido

cuidados estes profissionais? São questões que emergem. Porém, o que vai se delineando neste estudo, é que tem que se inverter esta lógica de trabalho no sistema de saúde que ainda perpetua. Ou seja, a lógica de práticas centradas em procedimentos, ações de profissionais de saúde centrada em seu saber técnico, ainda valorizando o modelo biomédico em detrimento da lógica centrada no usuário, onde nesta, pressupomos é que se efetivam ações integralizadas de trabalho, e que não nos cabe aqui, fazer um maior aprofundamento, haja vista não ser o nosso objeto de estudo. Porém, é um apontamento que se faz necessário.

Corroborando nesta direção, Franco e Merhy (2005) colocam que enquanto o modelo de atenção não for usuário centrado, apenas a modificação na estrutura não irá garantir que a relação dos profissionais com os usuários seja realizada sobre novos parâmetros de trabalho no território do acolhimento. É necessária também uma mudança de atitude em consonância ao novo modelo, pois do contrário só irá contribuir para a fragmentação dos serviços e o “esgarçamento” da rede.

Conforme verificamos, segundo os sujeitos da pesquisa escutar o que eles têm para dizer é de suma importância, porém, alguns apontam que os profissionais não têm o tempo necessário por conta do grande número de pessoas para atender, conforme verificamos nestes depoimentos.

[...] é muita gente esperando... eles lá dentro vive correndo... eles têm uma vida muito agitada... eles vive correndo...é muito problema ... a gente não consegue falar quase nada com eles... eles nem dão atenção (F9-mãe).

[...] tem tanta gente lá fora... quando a gente é atendido não dá pra conversar não... eles fazem tudo rápido, já tenho que sair logo..não conversam muito...isso é ruim pra gente sabe? (F2-mãe).

Mais uma vez emerge a questão da demanda, em prejuízo do aspecto relacional do cuidado.

Leitão (1995), afirma que, para se escutar e entender as necessidades trazidas pelas pessoas é preciso antes de tudo estar atento para tomar conhecimento de quem se escuta, ou seja, quem está falando, como e sobre o quê, e isto nos leva a refletir e questionar os serviços e as práticas com relação ao atendimento diário.

Ainda nesta direção a mesma autora coloca que o poder da fala se revela em outra dimensão, o seu poder está contido em si próprio, isto é, no que ela diz em

suas entrelinhas, então, para acolher esta fala no seu poder mais próprio e interpretar o seu significado é necessário deixar-se afetar e atravessar por ela. É preciso que a fala transforme o outro que está escutando não no sentido de convertê-lo, mas sim no intuito de transfigurá-lo para uma instância onde a expressão da dor possa ser apreendida.

As falas das famílias perpassam a todo o momento a necessidade de ser acolhida e ter vínculo com um profissional, ou equipe. Neste sentido Matumoto (1998) coloca que, esta questão só vem a fortalecer o espaço de sujeitos em relação, podendo ter acesso e ser recebido, ser bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência assistencial (um profissional, uma equipe ou um serviço) de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema.

Isto nos remete a pensar mais uma vez na urgência em reorganizarmos nossa prática no processo de trabalho, abstraindo a compartimentalização e a fragmentação na busca de um trabalho mais integrado, privilegiando o espaço da escuta, que nos permita a apreensão das necessidades de saúde trazidas pelas pessoas aos nossos serviços. Haja vista que, levar a prática de saúde para mais perto da família é um dos propósitos precípuos da atenção básica de saúde.

Como apontam as autoras Brodersen, Rodrigues e Delazere (2005), este novo modelo caracteriza-se por um modelo centrado na família, onde humanizar as práticas de saúde, buscar a satisfação do usuário, estreitar o relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimular o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e qualidade de vida, passa a ser fundamental na efetividade das intervenções.

Em suma, verifica-se que a categoria analisada, as famílias trazem aspectos que pudemos identificar como relevantes relacionados à: resolutividade das necessidades apresentadas, garantir acesso aos serviços, comprometimento dos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção e a organização dos serviços. Reconhecem que mesmo sendo encaminhadas as suas unidades de saúde, de forma mais direcionada, encontram dificuldades ao adentrarem a outros níveis de atenção para terem garantidos serviços necessários a continuidade da assistência.

4.2.3 O cuidado domiciliar: os desafios e enfrentamento para a família

Esta categoria representa a relação entre os serviços de saúde e o processo de cuidado que a família está vivenciando em domicílio, além de apresentar os diferentes momentos em que a mesma tenta se inserir na equipe de saúde, justamente na busca de um convívio que possa fortalecê-la e ao mesmo tempo auxiliá-la neste seu caminhar.

O mundo da saúde citado várias vezes neste estudo foi definido por Knihs (2005, p. 173) como “o mundo conformado por profissionais, instituições, tecnologias, saberes, rede de informações, vidas e linguagem específica; enfim um mundo diferenciado no fazer, no saber, no atuar num tempo hábil para salvar e recuperar vidas”. É nessa gama de vidas, que a família penetra durante o adoecer de seu familiar, interagindo com um mundo que é novo, marcado por culturas e valores próprios, que até aquele momento lhe parece distante. Mergulhada no universo dos profissionais da saúde, depara-se com diferentes atitudes, comportamentos e gestos.

A família ouve e tenta entender tudo o que perpassa e habita neste novo espaço. Na tentativa de ultrapassar barreiras para se comunicar nessa imensidão de significados, vai criando laços de amizade e solidariedade ao seu redor. É neste contexto que se dão as relações interpessoais, entre família e profissionais da saúde.

Quanto ao relacionamento com a equipe de saúde da Atenção Básica alguns sujeitos referiram insatisfação por expressarem que não foram muito bem atendidos, segundo eles, em algumas unidades de saúde.

Um pouco difícil... agora que mais preciso sempre tenho que ficar correndo atrás deles para saber alguma coisa... eles não gostam disso sabe... e eu vejo isso... eu me sinto mal... mas eles não dão atenção (F1 irmã).

[...] o pessoal que trabalha lá não se aproxima da gente.. ih... parece que nada é com eles. É só mesmo atender... e não dão muita atenção não viu?, o resto nem existe...eles nunca sabe nada sobre a gente (F9 – mãe).

[...] o agente de saúde nisso aí é melhor que eles... a gente tem facilidade de conversar com eles... a gente fala das coisas do dia-a-dia que nem tem a ver com a saúde sabe... sempre tão aqui em casa, sempre tão informando a gente sobre as coisas lá do posto (F6-filho).

Esses dados nos mostram o quanto às famílias percebem e vão dando significados a questão da escuta e as atitudes dos profissionais. Sozinha diante da luta para recuperar seu familiar, ela percebe o serviço de saúde distante, precário, desarticulado, sem conseguir, portanto, atender suas necessidades.

Uma das falas expressa que a família se sente mais a vontade para conversar com o agente comunitário de saúde, o que nos leva a acreditar que existe uma identificação com este, pois além de conviver na mesma comunidade, oferece a oportunidade de escuta a esta família, o que pressupõe ser um facilitador para o estabelecimento do vínculo entre profissional de saúde e usuários.

Neste sentido podemos verificar que as necessidades das famílias extrapolam as ações puramente tecnológicas. Merhy e Chakkour (2007) nos confirma isto alertando que os profissionais precisam ter um olhar diferenciado às necessidades de sua população usuária, que é rica de complexidades lógicas. Pois ela tem necessidade de ser escutada, vinculada, inserida em redes que ela possa se comunicar, se sentir cidadã. Aqui podemos verificar que novamente emerge a questão da inclusão dos usuários enquanto sujeitos inseridos no processo.

Deste ponto de vista, refletimos que as ações dos profissionais de saúde centradas apenas em procedimentos e em seu saber técnico, não dão mais conta do vazamento que as lógicas que habitam a produção do cuidado contêm.

Constituir caminhos para novos modelos de atuar é superar a noção de objeto de ação dos profissionais de saúde, que não pode mais ser visto, a “priori”, como o corpo biológico e a doença instalada nele. Nos alerta Merhy e Chakkour (2007), que nós usuários, enquanto portadores e fabricantes das necessidades de saúde, somos mais complexos, somos modos qualitativos de viver a vida, somos coletivos expostos a riscos, somos necessitados de relações de encontros vinculantes e acolhedores, somos tensões entre autonomia e heteronomia para andar a vida, somos desejantes, somos também corpo biológico.

Associado a esta questão do vínculo, emergiu no estudo uma problemática com relação à freqüente mudança da equipe de saúde, ou parte dela, na Unidade Básica de Saúde; o que para algumas famílias interferiu de forma negativa na formação de vínculos entre profissional e famílias e, conseqüentemente, na qualidade do atendimento.

[...] uma que troca muito de funcionário, isso é outra coisa... a enfermeira sempre tá sendo substituída por outra... é sempre assim, nunca é a mesma. O problema também tá nisso... nunca é a mesma, aí tem que passar o assunto tudo de novo... porque elas não sabem de nada... isso prejudica (F1-irmã).

[...] não sei porque cargas d'água trocaram a Dra.X tiraram ela de lá, transferiram ela pra outro posto...muito boa nossa doutora aqui... mas ela não ta mais... aí troca, e esse médico novo que entrou aí não sabe de nada, e é meio cara fechada (F6-filho).

Em se tratando de vínculo na aproximação com as famílias, cabe-nos aqui refletir que é neste espaço das relações que vai se construindo o acolhimento na unidade de saúde, enquanto qualidade no atendimento.

Para Merhy e Chakkour (2007), o acolhimento constitui-se num dos exemplos a que chama tecnologia de relações. Denomina-as como “tecnologias leves” do trabalho em saúde, estas que operam criando um modo próprio de governar os processos, construindo seus objetos, recursos e intenções, agindo de certa maneira em ato; no espaço intercessor, momento de encontro do trabalhador com o usuário, para a produção de bens/produtos, os “bens-relações”.

Trabalhando também neste leque de discussão, Bueno e Merhy (1997) trazem que o acolhimento na saúde como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários, vai além da recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho, passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo.

E nesta mesma direção Matumoto (1998) coloca mais uma vez que, na construção das relações entre os serviços e os usuários, a comunicação é um dos aspectos fundamentais para este entendimento de acolhimento.

Na perspectiva colocada, o espaço das relações entre os usuários e profissionais de saúde pode estabelecer diversas e inúmeras possibilidades de se produzir cuidado em saúde, resignificando a prática para além do fazer técnico, quando começa a abranger o contexto em toda sua complexidade.

Podemos observar, através dos depoimentos de alguns sujeitos da pesquisa, que estes expressam uma visão positiva em relação a sua interação com os profissionais que lhes prestam cuidados, considerando que a relação que estabelecem é construída de ambos os lados, a partir de um comportamento cordial, que pode caminhar para a construção efetiva do vínculo.

[...] lá no posto a médica sempre me dá atenção, conversa com a gente, pergunta como ele está... sempre somos bem atendidos. É duro pra gente agüentar uma pessoa grossa... que não custa nada chegar lá no médico, falar um bom dia, boa tarde, e quando sair agradecer. Eu chego lá me sinto à vontade... agora se você chega num posto e encontra umas grosserias danada? Aí tem paciência? Ninguém agüenta mesmo (F8 esposa).

[...] os profissionais aqui são bem atenciosos... agora começou uma enfermeira nova e ela já sabia tudo que estava acontecendo com a minha irmã... não precisou contar a situação tudo de novo, são bem prestativos... eles ficam mais perto assim da gente (F4-irmã).

Neste sentido, percebemos a importância de se ter um olhar diferenciado às necessidades do usuário para que se possa refletir em ‘ferramentas’ que dêem conta de abarcar respostas e desenhe esse ‘novo’ fazer em saúde, pautado num contexto mais amplo onde estas famílias estão inseridas. Levando em conta é claro, que as famílias se constituem de formas diferentes e por isso também demandam abordagens diferenciadas para que possamos compreendê-las melhor.

Podemos verificar que esta relação de aproximação entre profissionais e usuários é de fundamental importância para que haja o fortalecimento na resolução dos problemas. Na contribuição de Matumoto (1998, p. 88), encontramos que “na produção do espaço intercessor, o resultado das relações é muito maior que a soma dos produtos de cada uma das partes envolvidas, ou seja, no momento de executar uma ação de saúde é que se abrem as janelas de possibilidades de respostas às demandas dos usuários”.

Na perspectiva colocada fica claro que as relações entre profissionais, famílias e pacientes vão além de repostas pontuais, pois é neste movimento que o diálogo vai surgindo e as possibilidades de se produzir cuidado em saúde também vão nascendo, e o mais importante, a partir das próprias necessidades dos usuários. Sendo assim, pressupor que seja a partir daí que surjam resultados mais efetivos.

Em síntese podemos concluir nesta categoria que a família focalizou predominantemente aspectos relacionados à: vínculo, saber ouvir, acolher, dar respostas. Pressupõe-se que o espaço das relações seja um local privilegiado de interação, pois pode se abrir diversos caminhos para a resolutividade nas diferentes situações apresentadas pela população usuária dos serviços.

4.2.4 A integralidade: a compreensão das famílias

Essa quarta categoria evidencia a mudança na vida destas famílias frente à doença e a necessidade ainda de superar modos de trabalhar de muitos profissionais para a melhoria da qualidade do atendimento realizado no sistema de saúde. Entendemos que é na produção de suas atividades que vão se desenhando os mais variados modelos de atenção, que vão sendo traduzidos para quem os utiliza. E este é um desafio que precisa ser vencido.

Diante de um familiar doente e durante este período, a família percorre dificuldades em adaptar-se e reconstruir o seu cotidiano. O surgimento deste evento desorganiza o modo de ser destas famílias, alteram sua dinâmica, as relações que elas mantêm entre si, cenários em que vivem e o meio social em que estão inseridos. A mudança radical na vida delas causa alteração de papéis, redimensionamento na estrutura do grupo, ruptura de projetos de vida e compromissos firmados ao longo desta trajetória.

E neste estudo foi possível identificar que a doença desestrutura as rotinas pessoais, profissionais e financeiras, face ao emaranhado de novas atribuições, reafirmando a necessidade de redimensionar papéis, refazer a base e reformular a estrutura. Sentimos necessário fazer esta referência ao cotidiano familiar, para retratarmos aqui como se configura a situação das famílias mediante um evento de doença ocorrida em seu meio, e o quanto percebemos ser necessária esta visão ampliada do contexto por parte das equipes de saúde, haja vista que, por trás de um corpo doente existe toda uma situação que também precisa ser avaliada e que faz parte das nossas intervenções.

Motta (2002) descreve que a doença significa uma reconstrução da maneira de ser do grupo. Isso provoca “stress” e sofrimento da família, pois essas pessoas se desestruturam em sua dimensão biológica e simbólica ao ingressar no mundo da doença, onde a dor e o sofrimento fazem parte do cotidiano.

Inserida neste processo e fragilizada frente ao novo viver, a família sente a importância de se adaptar a nova realidade. Para isso, tenta reaprender a assimilar novos conceitos e significados, valores, crenças, de modo a procurar amenizar o sofrimento da trajetória a ser percorrida. Neste momento o acompanhamento domiciliar se torna “uma ferramenta bastante significativa para as ações em saúde” (CARREIRA, 2006, p. 173). Diríamos até que, além de amenizar a trajetória,

também aprendem a administrar melhor este trajeto, tendo em vista a dimensão que é para estas famílias ter um relacionamento mais de perto com a equipe de saúde no momento em que elas mais estão necessitando.

Os serviços de saúde estão presentes na vida destas famílias e em seu modo de cuidar, gerando grande influência no contexto da vida familiar. Conforme Carreira (2006) esta assistência realizada pelas unidades de saúde fica ainda mais valorizada quando a família está vivenciando este processo de cuidado com um familiar acamado, com dificuldade de transporte até a unidade de saúde.

No decorrer deste cuidado e neste caminho de enfrentamento, a família começa a perceber que ela necessita de apoio, necessita interagir com a equipe de saúde para que suas necessidades sejam atendidas. E neste movimento de buscar fortalecer laços com os profissionais de saúde ela se depara com diversas tensões e constrói de acordo com sua percepção modos de trabalhar que vão reafirmando o princípio da integralidade da assistência norteado pelo Sistema Único de Saúde.

Apresentaremos, a seguir, alguns depoimentos de como as famílias percebem e opinam para que os serviços de saúde contribuam mais em suas necessidades apresentadas.

[...] dar mais valor pro nosso caso quando vai lá sabe... dar mais atenção... dar mais apoio pra nossa situação... eu acho até que o posto vai bem... mais precisa melhorar com a gente (F5-filha).

[...] olha, sempre que eles podem eles atendem, o problema é que não resolvem..porque o pessoal que trabalha lá não se aproxima da gente... a gente não tem oportunidade de falar, aí como é que vai descobrir o que a gente ta passando? (F6-filho).

É importante explicitarmos neste momento, que fortalecer relações e estabelecer vínculos perpassa pela construção de um modo de trabalhar que, de acordo com o depoimento anterior, pressupomos ser necessário para dar resolutividade às demandas trazidas e também para que se sintam fazendo parte deste caminho. Entendemos que a unidade de saúde pode ser uma arena de discussão onde se estabelece o diálogo entre os atores do processo, que conforme Merhy (2006), aí todos se colocam em cena implicados com a produção de saúde.

A idéia de vínculo entre o médico ou outros profissionais de saúde, as pessoas, a família e a comunidade surgiu desde a antiguidade, e foi se fortalecendo nos séculos XIX e XX, através do desenvolvimento da clínica (FRANCO; MERHY,

2006). Hoje, em vários países, “o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como ferramenta na consolidação de referência nos profissionais e sua responsabilização para uma determinada parcela da população usuária de seus serviços de saúde”. (FRANCO; MERHY, 2006, p. 102).

Nesta direção, apontamos que as unidades de saúde, mais particularmente o Programa de Saúde da Família (PSF) adota a diretriz de vínculo, porém como reafirmam Franco e Merhry (2006) se a produção do cuidado não for trabalhada de forma integralizada, centrado nas necessidades do usuário as ações não vão garantir resolutividade no atendimento.

Podemos constatar isto, quando as famílias entrevistadas referem que há um descaso no serviço de referência com seu problema de saúde, assim como um descrédito delas com relação à melhoria deste serviço.

[...] tem que melhorar a consulta com especialista... quando precisa de um... meu... é um trabalho. Eu ainda pude pagar a consulta... quer dizer... e quem não pode pagar? Entendeu... não tem de onde tirar? Vejo o pessoal ali em baixo... sofre muito... não sei se melhora não... (F4-irmã).

[...] a gente precisa de mais acompanhamento... mas eles falam que não tem gente suficiente e nem carro pra ficar vindo... pra postinho de saúde teria que mudar... e muito... eles não ligam não... mas será que muda? não sei... olha não sei (F6-filho).

[...] no posto não tem fono e não tem psicólogo... facilitava bastante, porque a consulta demora muito... muito mesmo. A gente vai fazer o que? Vejo muita gente parando com tudo porque não resolvem nada... depois a pessoa piora e interna de novo... do tempo que to aqui vejo muito isso acontecer aqui... não sei se isso tem jeito não, viu? (F9-mãe).

Com isso, podemos dizer que temos como um dos nossos desafios reativar nos encontros nossa capacidade de cuidar e de estar atento para acolher, tendo como princípios norteadores: o coletivo como plano de produção da vida, o cotidiano como plano de reprodução e modo de viver a vida e a indissociabilidade entre o modo de nos produzirmos como sujeitos e os modos de se estar nos verbos da vida (trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde (BRASIL, 2006).

Evidencia-se neste estudo, que apesar dos avanços e das conquistas do SUS ainda existem grandes lacunas no que se refere ao acesso e ao modo como as famílias são acolhidas no serviço de saúde. Evidenciam-se a escuta pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas, como mostram os

depoimentos. Alterar tal situação requer o compromisso de todos nós, profissionais da saúde, imbuídos em dar “vida” às novas formas de trabalhar em saúde, com criatividade, flexibilidade e reflexão.

Revelaram-se no estudo algumas narrativas das famílias expressando a importância em se trabalhar com grupos, na sua unidade de saúde, que cuidem e amparem mais o emocional delas enquanto estão passando por esta situação de muitas tensões como cuidadoras de seu familiar. Colocaram a importância desta participação enquanto pessoas fragilizadas que querem ajudar, porém precisam ser ajudadas. Apontaram como uma proposta de apoio e troca de experiência, para enfrentarem melhor a situação.

[...] seria muito bom assim, se a gente tivesse pelo posto reuniões, ou encontros que a gente pudesse falar mais sobre como que a gente se sente passando por tudo isso... acho que esse momento seria bom assim... deve ter mais pessoas passando pelo que a gente passa. “meu”... lidar com a minha irmã é assim... é lidar com um bebê grande. Minha rotina mudou completamente... mudou tudo... tu levanta cedo, tu começa a trocar... tu começa com o café, depois tu vai dar banho...logo chega a hora do almoço, aí tu já vai dar o almoço... aí já vem o café da tarde.Tem dias que ela ta mais animada... tem dias que ela ta pra baixo. E eu passo por alguns conflitos assim... sinto revolta, raiva, impaciência... confesso pra ti que me sinto muito cansada, preciso dividir isso... sou casada, tenho três filhos... preciso de um tempo... mas preciso colaborar (F4-irmã).

[...] olha, uma coisa que podia ajudar bem a gente... era preparar um dia um encontro lá no posto com as pessoas que cuidam como eu de pessoas igual meu filho... que precisa de tudo... a gente às vezes fica tão pra baixo... precisa de apoio pra cabeça agüentar sabe? Meu filho parece uma criança, mas agora já se organiza melhor na mesa e já soltou a primeira palavra, estou feliz... às vezes vou pro meu quarto e choro muito sozinha... preciso desabafar (F3-mãe).

Nestes depoimentos houve choro, desabafos e a necessidade de transpor emoções que se sobrecarregam no dia a dia de um cuidador. Esta participação em grupos de apoio nos parece ser uma possibilidade importante para se fortalecer a capacidade de tomar decisões em virtude de estar sendo amparada, do ponto de vista da troca de experiências e possibilidades de descobrir novos caminhos para conseguir transpor as dificuldades advindas deste processo.

Enfatizando esta questão Bordenave (1994) coloca que quando ocorre este tipo de participação, ela apresenta um potencial de crescimento da consciência crítica, da capacidade de tomar decisões e de adquirir poder. Neste sentido, o

estabelecimento de espaços coletivos, espaços de convivência entre os usuários nos serviços de saúde, pode-se se constituir em uma brecha para a construção da participação em outras direções que não só essas.

Importante elucidar que este “estar com”, “fazer parte de”, se “sentir parte de”, não é apenas instrumento para a solução de problemas, mas, sobretudo, “uma necessidade fundamental do ser humano, como são a comida, o sono e a saúde” (BORDENAVE, 1994, p. 16), e que pode fazer do sujeito o construtor de sua própria história e do contexto social em que está vivendo. Ainda caminhando na direção da participação coletiva, este mesmo autor afirma que ela possui duas bases complementares importantes, que são: uma base afetiva que significa participarmos porque sentimos prazer em fazer coisas com outros e uma base instrumental, porque fazer coisas com os outros é mais eficaz e eficiente que fazê-las sozinho.

Neste sentido, podemos apontar que este espaço proposto pelas famílias é privilegiado pela condição que assume de propor aprendizado, aperfeiçoamento para as pessoas adquirirem gradativamente habilidades e melhor compreensão da extensão do processo em que estão vivenciando. De acordo com Silva (2006), quando bons ouvidos nos acolhem nos sentimos mais tranquilos, retornamos a esperança e podemos continuar fazendo o mesmo (oferecer bons ouvidos) ao nosso familiar enfermo.

Não podemos deixar de trazer como contribuição nesta discussão o resumo feito por uma mulher simples do povo, num círculo de cultura, citado na literatura de Paulo Freire (2005, p. 13): “Gosto de discutir sobre isto porque vivo assim. Enquanto vivo, porém não vejo. Agora sim observo como vivo”. Vejamos que rica contribuição o autor nos proporciona em seu método de ensino aprendizagem quando coloca que a consciência é essa misteriosa e contraditória capacidade que tem o homem de distanciar-se das coisas vividas por ele, para torná-las presente e conseqüentemente transformá-las em desafios que precisam ser enfrentados. Neste caminho podemos compreender a necessidade que estas famílias têm em querer compartilhar situações, compartilhar palavras, haja vista, que este encontro poderá oportunizá-las a construir um “novo olhar” a sua situação vivida e propiciar diferentes formas de enfrentar o processo pelo qual estão passando.

Este conjunto de questões nos aproxima de Merhy (2006) que em sua taxonomia de necessidades de saúde traz a necessidade de autonomia e auto cuidado, na escolha do “modo de andar a vida”, concepção trabalhada por

Canguilhem e explorada pelo autor, na construção do sujeito. Sendo que a participação neste espaço de escuta, pode se traduzir em ferramenta capaz de gerar a possibilidade de no trabalho em saúde ser proporcionado ao usuário um aumento de sua autonomia, levando-o a se perceber enquanto um indivíduo capaz de formular suas escolhas, instituindo modos que melhorem sua capacidade de adaptação nas mais diversas situações em seu cotidiano. Em conclusão a esta categoria podemos dizer que as famílias retrataram como perceberam todo este movimento em relação a sua entrada no mundo da saúde, quando trouxeram a questão do acesso aos serviços e da resolutividade das práticas de saúde. Estes aspectos emergiram o tempo todo nos relatos quando buscavam ser atendidas, ouvidas e ajudadas em suas necessidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso, para finalizar, que sejam colocadas algumas dificuldades encontradas que ocorreram durante a trajetória da elaboração deste estudo.

No início deste projeto a intenção era de entrevistar o familiar cuidador e o familiar cuidado. Tínhamos a pretensão de trazer para a pesquisa as concepções da família e também do paciente, para responder ao nosso objeto de estudo. Porém, isto não foi possível, já que, a maioria dos pacientes, no momento da entrevista não estarem ainda em condições de verbalizar alguma coisa. Somente em duas famílias foi possível trazer considerações do familiar e do paciente. A outra proposta foi de fazer as entrevistas quinze dias após a alta do hospital, pois pressupomos que seria tempo suficiente para que as famílias já tivessem adentrado ao sistema de saúde para a continuidade do tratamento. No entanto, pelas próprias atribuições da família em dar conta dos encaminhamentos e algumas visitas serem adiadas pelas mesmas, as entrevistas só foram possíveis entre 25 e 38 dias após a alta. Dos sujeitos da pesquisa tivemos um que foi a óbito (teve alta, mas logo reinternou e evoluiu para óbito) e outro se mudou de cidade, para continuar o tratamento junto a familiares que residiam em outro município; e pela repetição das doenças alcançamos nove famílias pesquisadas. Refletindo sobre o fato, acredita-se que o tempo maior para as entrevistas só auxiliou na investigação, pois possibilitou que os sujeitos da pesquisa já tivessem reflexões mais amadurecidas sobre o seu trajeto.

Este estudo buscou investigar qual a compreensão do princípio da integralidade na assistência, que as famílias e seus pacientes que utilizaram os serviços de saúde de referência e contra-referência construíram neste processo de cuidado após a alta hospitalar.

Esta investigação teve como pressuposto de que o programa de referência e contra-referência que vem sendo utilizado num hospital da região pôde facilitar a entrada das famílias aos serviços de saúde, e conseqüentemente a continuidade do tratamento em domicílio.

Pela apreensão do material empírico conseguimos responder aos objetivos propostos nesta investigação, conforme relatamos a seguir.

Quanto ao primeiro objetivo que foi identificar as concepções do princípio da integralidade na perspectiva do programa de referência e contra-referência utilizado

pelas famílias, elas apontaram algumas dificuldades no enfrentamento deste trajeto. Como por exemplo, a necessidade de garantia de acesso em todas as tecnologias, pois as famílias apontaram dificuldades de acesso a materiais, medicamentos e principalmente no que diz respeito aos especialistas para a continuidade do tratamento. Como nos lembra Merhy (1999), é necessário a garantia de acesso as tecnologias disponíveis no sistema de saúde que melhorem e prolonguem a vida das pessoas. Enfatizando que nestas tecnologias entram o consumo de serviços relacionados a saberes, equipamentos, materiais, insumos e práticas profissionais. Relataram ainda a falta de diálogo entre profissional de saúde e família e a freqüente mudança de profissionais nos postos, enfraquecendo ainda mais a constituição do vínculo e o acolhimento que foi bastante retratado neste estudo pelas famílias.

As famílias assinalaram que neste vai e vem em busca de serem atendidas em suas necessidades, o que mais se sobrepõe na carência de seu atendimento é o aspecto relacional do cuidado. Ou seja, a paciência em ouvir, demonstração de afeto, interesse pelas preocupações da família, solidariedade e compartilhamento. Colocaram que embora, conseguissem adentrar aos serviços de uma forma mais direcionada quando saíram do hospital, não conseguiram muitas vezes o acesso a todas as suas necessidades. Destacaram também como um fator de dificuldade no serviço a questão da morosidade em conseguir atendimento com fisioterapia, psicologia e especialistas de neurologia, causando a preocupação da piora de seu familiar.

Revelou-se também neste espaço das falas das famílias, a questão da participação em relação a encontros com pessoas que estão passando pela mesma dificuldade enquanto cuidadores; formação de grupos em busca de fortalecimento e aprendizado para melhor enfrentar o processo de doença instalado em seu meio. Aqui emergiu a importância do apoio emocional a estas famílias, a partir de discussão em grupos afins e suporte profissional dos postos de saúde.

Em relação ao segundo objetivo que foi identificar os vínculos estabelecidos entre as famílias e o programa de encaminhamento do hospital à Atenção Primária de Saúde, pudemos aqui, traçar o caminho feito por elas na busca da comunicação com a equipe de saúde a partir destes encaminhamentos, para que se pudessem construir estes vínculos.

A trajetória das famílias em relação à nova realidade, cuidando de um familiar doente, permitiu às mesmas desenvolverem reflexões acerca de todo seu trajeto.

Sendo assim, foi possível trazer para o estudo a percepção construída por elas sobre integralidade neste espaço das relações.

Esta investigação apontou uma visão positiva de algumas unidades de saúde com relação ao atendimento e resolutividade das necessidades das famílias, oportunizando a fala e a escuta. Fortalecem-se mais uma vez que para isto, o estabelecimento de vínculo, o acolhimento e a escuta se fazem necessários. Algumas famílias relataram que sua interação com a equipe de saúde existiu; de forma que compreenderam melhor determinados aspectos vividos no cotidiano com seu familiar, o que facilitou a construção de uma relação onde todos se ajudaram entre si e todos participaram. Colocamos aqui, que se apresentaram como elementos facilitadores neste encontro do cotidiano, o apoio domiciliar, as respostas às necessidades das famílias e o acolhimento nos serviços.

Outros relatos já apontaram para a ineficiência da comunicação, ineficiência do atendimento, muita demanda para o posto e mudanças constantes de alguns profissionais dos postos de saúde, surgindo como fatores que impediram uma maior aproximação, impossibilitando a construção do vínculo.

No que diz respeito ao terceiro objetivo que foi como estava se dando os encaminhamentos feitos pela equipe de saúde do hospital para elas utilizarem os serviços de saúde de sua rede de referência, emergiram várias questões, tanto no sentido de que este trabalho proporcionou maior segurança as famílias como também possibilitou alguns achados para a melhoria do mesmo.

Aqui as famílias evidenciaram algumas dificuldades no que tange as percepções com relação a tradução das informações, ou seja, relataram que no momento da alta a linguagem precisa ser mais clara, o vocabulário mais simples, principalmente por parte do profissional médico. Apontaram também, com relação ao médico, que este precisa ser mais franco no que se refere aos limites e possibilidades do paciente quando vai para casa, pois muitas vezes elas saem do hospital sem ter claro estas informações. Relataram ainda a falta de sensibilidade de alguns profissionais ao seu momento de fragilização no hospital, ao não perceberem as tensões pelas quais elas passam durante a internação de seu familiar.

Isto nos acarreta a pensar que a mecanização do trabalho diário minimiza a percepção destes profissionais, em detrimento da construção dos espaços subjetivos, ou seja, perceber o que acontece com o outro em suas mais diversas reações.

Os entrevistados referiram alguns pontos positivos com relação a participação no processo da internação, quando verbalizaram a importância em poder acompanhar diariamente seu familiar internado e ter um espaço de escuta e troca de experiências nos encontros que aconteceram semanalmente com as famílias no hospital. Elencaram este processo como um elemento facilitador no processo da alta, bem como no conhecimento do trajeto que tiveram que enfrentar após a alta hospitalar. Relataram ter sido importante para eles a possibilidade de poder falar mais abertamente sobre suas dificuldades, suas dúvidas e aprender como lidar melhor com as limitações de seus familiares em seus domicílios. Tanto nas participações destas famílias nos encontros no hospital, como nas suas falas durante as entrevistas percebeu-se a necessidade que elas tinham em ajudar e também de serem ajudadas.

As famílias assinalaram que este trabalho configurou a elas maior confiança. Já que, no momento de ir para casa, além das orientações anteriores, levaram também o protocolo de alta, com todos os encaminhamentos por escrito a sua contra-referência de origem. Porém, através do material coletado, apreendemos que mesmo sob orientações e encaminhamentos mais efetivos, as famílias ainda passaram por um grande estresse quando foram para casa. Sentiram-se com medo e muitas vezes inseguras, com tantas informações e tantos serviços que ainda necessitariam adentrar para dar continuidade ao tratamento de seu familiar.

Este fato no levou a refletir em uma nova forma de reorganizar este serviço no sentido de trazer o profissional de saúde de seu posto de saúde de referência, para que faça a primeira visita ainda no ambiente hospitalar, e já estabeleça um primeiro contato com a real situação do paciente, na tentativa de aumentar um pouco mais o grau de confiança da família com relação à integralidade dos serviços.

O exercício da pesquisa, articulado à prática cotidiana, as dificuldades e tensões vividas pelas famílias, nos mais diversos espaços, permitiu um repensar em como esta investigação pode contribuir com a organização do trabalho desenvolvido no hospital, reforçando ainda mais a articulação com a rede de saúde, num comprometimento cada vez maior com o novo modelo de atenção à saúde da população usuária dos nossos serviços.

Constata-se também que este resultado serviu de estímulo para a continuidade dos trabalhos que vem sendo desenvolvidos no hospital. Certamente com reformulações que toda atividade merece para atingir com mais rigor as

propostas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, no atendimento integralizado aos nossos usuários.

Trazemos aqui também a proposta de acompanhar estas famílias através da visita domiciliar, mesmo depois da alta do hospital, junto às equipes de saúde de origem dos pacientes, não no sentido fiscalizatório aos atendimentos, mas sim de juntos estudarmos caminhos e possibilidades para a melhor resolutividade da problemática apresentada pelas famílias. Abordando neste enfoque a visita domiciliar enquanto estratégia fundamental de trabalho para promover outras ações que sejam necessárias ao atendimento, tendo em vista a proposta de Mendes (2001) de sairmos do modelo piramidal de assistência em saúde (hierarquização dos serviços) e nos voltarmos para a visão da rede horizontal integrada de serviços de saúde.

Não podemos deixar de citar que estes encaminhamentos e orientações prestadas às famílias e pacientes, bem como os contatos prévios com as unidades de saúde, realizados pelo hospital, demonstra um trabalho em conjunto e contínuo dos profissionais envolvidos, evidenciando, assim, a integração interinstitucional, bem como um fluxo das informações e o trabalho em equipe entre os dois serviços de saúde, hospital e unidades de saúde. Porém, cabe esclarecer, que alguns aspectos merecem reformulação. Sendo assim, transformações no processo de trabalho em saúde só se efetivarão num movimento de articulação entre a produção do cuidado em saúde, a participação dos usuários e a gestão de serviços na direção de uma lógica da integralidade da assistência.

Neste sentido, vale investirmos no trabalho as necessidades de saúde propostas por Merhy (2006), que é levar as equipes de saúde a refletirem sobre uma outra lógica para o trabalho em saúde que os aproxime dos usuários, favorecendo os processos de participação, possibilitando uma escuta que passe a ser qualificada pela compreensão de necessidades e com a premissa do atendimento integral à saúde.

Com relação aos métodos utilizados para a realização deste estudo foram de grande importância na medida em que me oportunizaram a descrição e as observações necessárias à pesquisa. Utilizamos da técnica de visita domiciliar e entrevista semi-estruturada, usando como instrumentos o diário de campo e roteiro para entrevista.

Importante registrar que o instrumento roteiro enquanto guia das entrevistas, somado ao diário de campo onde puderam ser descritos as observações do “movimento” da casa e dos entrevistados foi fundamental para a orientação deste estudo.

O exercício desta coleta realizada através da visita domiciliar foi riquíssimo com relação ao meu aprendizado acadêmico e profissional. A construção feita neste período de um novo “olhar” a esta ferramenta e aos instrumentos de apoio, se tornaram muito importantes no meu cotidiano de trabalho. Minayo (2006) fundamenta que é preciso estar atento aos símbolos e sinais significativos que estão sendo emitidos neste cotidiano em observação. E isto só foi possível com a utilização destes instrumentais e um “olhar vigilante” como expressa a autora Amaro (2003), nesta prática investigativa que é a visita domiciliar.

Nesta investigação as contribuições foram se tornando evidentes quando pudemos trazer a reflexão de que as práticas em saúde ainda têm muito que avançar no sentido de superar o modelo ainda biomédico que muitas vezes impera, sem desconsiderar, é claro, a importância dos recursos tecnológicos, na assistência ao usuário. Porém, estes serão insuficientes para a qualidade, se também não houver a preocupação de se estabelecer uma forma de relação diferenciada dos profissionais de saúde para com os usuários dos serviços. Para tanto, é preciso construir uma relação acolhedora, com aspectos ligados ao vínculo, compromisso, resolutividade, responsabilização pela saúde e autonomia destes usuários.

Temos, aí, um caminho a percorrer e que já foi iniciado por muitos, mas que, sem dúvida, ainda precisa de muito investimento, no sentido de incorporar a prática de avaliação do cotidiano, visando instituir mudanças na perspectiva da concretização e fortalecimento dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, em especial a integralidade.

Ainda no exercício deste estudo, e relatos demonstrados pelas famílias, fica a necessidade de refletirmos quais modelos assistenciais estamos desenvolvendo no processo de intervenção com as mesmas. Pois se identifica a urgência em trabalharmos o cuidado com a família para que ela possa cuidar de seu membro. No momento em que ela passa a ter contato com sua nova situação de demanda, ou seja, um de seus membros enfermos, já se instala aí um processo de comprometimento nos aspectos relacionais em seu meio. Suas estruturas sofrem modificações, suas fragilidades vêm à tona com maior ênfase e conseqüentemente

sofrem alterações estressantes em seu cotidiano. Isto nos remete a pensar que nossa ação profissional deve estar pautada num contexto social mais amplo onde estas famílias estão inseridas e desmitificar o olhar voltado apenas ao seu familiar enfermo, ainda perpetuando a visão focalizada do problema. Miotto (1997) coloca que a intervenção profissional requer atenção nos espaços institucional, modelo assistencial e políticas sociais no sentido de abarcar a família como centro de suas propostas. No entanto, cabe-nos aqui “avançar de uma posição de tutela e controle para uma condição de parceria e cidadanização destas famílias”. (MIOTTO, 1997, p.128).

Porém mais do que um objetivo, a família se torna um eixo fundamental a ser considerado pelas políticas de assistência social, propiciando assim condições para garantir seu pleno desenvolvimento tanto na construção de sua identidade social como num importante espaço a ser cuidado no sentido de fortalecê-la nos mais diversos enfrentamentos determinados em sua vivência diária.

Pressupomos que é nos encontros do dia a dia de trabalho que podemos nos debruçar sobre objetos de ações, de fazeres e de saberes, no sentido de refletirmos sobre os nossos atos e quais implicações eles estão trazendo na produção de nossos serviços, profissionais e famílias.

Trabalhar ações integralizadoras de saúde, não é tarefa fácil, porém é imprescindível, conforme se observou neste estudo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. L. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro das Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

ALVAREZ, A. M. **Tendo de cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. 2001. 186 f. (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

AMARO, S. **Visita Domiciliar: guia para uma abordagem completa**. Porto Alegre: AGE, 2003.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; BRAGA, G. P.; MOREIRA, J. H.; BOTELHO, F. M. N. Comportamento de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n4/18346.pdf>>. Acessado em: 20 abr. 2007.

ÁRIES, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Livros técnicos científicos, 1981.

ASSIS, M. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. In: VASCONCELOS, E.M. **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 3-38.

BAPTISTA, M. V. **A pesquisa ação-na-ação**. São Paulo: Veras, 1995.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 8ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº Ciplan 03 de 25 de março de 1981**. Brasília: Ministério da Saúde, 1981. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/arquivos>>. Acessado em: 03 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica de 06 de novembro de 1996**. Brasil: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Art 196, 35ª ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica e Saúde da Família**. Brasília, 2007a. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/atenção básica](http://dtr2004.saude.gov.br/atenção_básica)>. Acessado em: 11 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 2007b. Disponível em: <www.saúde.gov.br>. Acesso em: 20 abr. 2008.

BRODERSEN, G.; RODRIGUES, I. F.; DELAZERE, J. C. As interfaces do olhar sobre família. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 7, n. 1. p. 69-74, jan./abr. 2005.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? 1997. Disponível em: <<http://datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acessado em: 20 mar. 2008.

CAMARGO, K. R. J. Das necessidades de saúde á demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro. IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 91-101.

CAMPOS, M., GREICK, M., VALE T. História da Ética. **Revista Científico**. Salvador. v. 1, ano II, 2002.

CARREIRA, L. O serviço público de saúde no cuidado ao idoso. In: CARREIRA, L. **Cuidado da família ao idoso portador de doença crônica**: análise do conceito na

perspectiva da família. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. p. 172-179.

CARVALHO, M. C. B. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (orgs). **Família redes, laços e políticas públicas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da integralidade e a atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ERJ/IMS/Abrasco, 2006. p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 197-210.

CESCHINI, M. Por que assistência domiciliar. In: DIAS, E. L.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. (orgs). **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. 2ª ed. Campinas: Unicamp, 2005. p. 19-34.

COELHO, V. P. O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 71, ANO XXIII, p. 63-79, set. 2002.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil políticas e organização de serviços**. 5ªed. São Paulo: Cortez, 2003.

DELGADO, J. A. **Aproximação à compreensão antológica da família baseado no pensamento de Heidegger**. 2003. 176 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Edem, 2002. p.11-24.

FERREIRA, A. B. H. **O dicionário da língua portuguesa**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário da língua portuguesa**. 6 ed. Curitiba: Posigraf, 2004.

FRANCESCHINI, T. R. C. **Observação da relação mãe-bebê como ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. 241 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-17082005-110109/>>. Acessado em: 21 mar. 2008.

FRANCO, M. C.; JORGE, M. S. B. Sofrimento do familiar frente à hospitalização. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 181-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 181-193.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES, H. M. J.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

FRATINI, J. R. G. **Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde**. 2007. 79 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do trabalho) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 45ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GONZALES, R. I. C.; VILLA, T. S. C.; CALIRI, M. H. L. O processo da assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 34, n. 3, p. 325-333, jul./dez. 2001.

GRUDTNER, D. I. **Processo educativo participativo com enfoque à família: uma experiência na disciplina de enfermagem cirúrgica**. 1997. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

GUEIROS, D. A. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 71 – ANOXXIII, p. 102-121, set. 2002.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**, 2007. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 04 set. 2007.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

KNIHS, N. S. **A família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativas frente a esse cuidado**. 2005. 174 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente) - Universidade da Região de Joinville, Joinville, 2005.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (orgs). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

LEAL, G. Tratar e cuidar. **Jornal Cuidadores**. 11^a ed. São Paulo: A9 editora, 2005.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 46-49, jun.1995.

LOSACCO, S. O jovem e o contexto familiar. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 63-75.

MAGALHÃES, S. H. T.; LOUREIRO, S. Acidentes de trânsito e variáveis psicosociais: uma revisão de literatura. **Revista Medicina de Ribeirão Preto**, v. 40, n. 3, p. 345-51, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/revista>>. Acessado em: 20 abr. 2007.

MARCELINO, S. M. R. **Cuidado domiciliar: reflexões sobre a convivência entre enfermeiro, cuidador domiciliar e portador de câncer avançado**. 2000. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P.; CARREIRA, L.; DECESÁRIO, M. N. I. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 311-336.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 33-46.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado á saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2006. p. 39-64.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede basca de serviços de saúde. 1998. 219 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001a. p. 27-34.

MENDES, P. B. M. T. Quem é o cuidador? In: DIAS, E. L.; WANDERLEY, J. S.; MENDES, R. T. (orgs). **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. 2ª ed. Campinas: Unicamp, 2005. p. 19-34.

MENESES, C. S. **A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão**: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo. 1998. 156 f. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 1998.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos “chaves” dos serviços de saúde**. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp, 1999.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. MAGALHÃES, H.M.J., RIMOLI, J. FRANCO, T.B., BUENO, W.S. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, p.15-36, 2006.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde um desafio para o público**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-113.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde um desafio para o público**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-167.

MEZZOMO, A. A. **Fundamentos da humanização hospitalar**: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 55, ANO XVIII, p.114-130, nov. 1997.

MORALES, W. **Blumenau, a feliz convivência de tradição e progresso**. 2006. Disponível em: <<http://www.vivabrazil.com/blumenau.htm>>. Acesso em: 05 nov. 2006.

MOTTA, M. G. C. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 157-180.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PEDRO, K. P.; MARCON, S. S. Perfil e vivência dos cuidadores informais de doentes crônicos assistidos pelo NEPAAF – Núcleo de estudos, pesquisa, assistência e apoio á família. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 0, 2007. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br>>. Acesso em: 07 nov. 2007.

PMB. Prefeitura Municipal de Blumenau. **Notícias**, jun. 2007. Disponível em: <www.sc.gov.br>. Acessado em: 20 abr. 2008.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2006. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, L. F. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 21-36.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. S. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 11-30.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2005. p. 7-34.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005.

PENNA, C. M. M. Família saudável: uma análise conceitual. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 89-99, jul./dez.1992.

RIBEIRO, N. R. R. Família enfrentando a doença grave da criança. In: ELSÉN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 199-220.

SAITO, R. X. S. **Sistema Único de Saúde: da teoria à prática da integralidade**. 2004. 145 f. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2004.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 21-35.

SAUPE, R.; CUTULO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. In: SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. (orgs). **Interdisciplinaridade e saúde**. Itajaí: Univali, 2007. p. 65-81.

SCHIER, J. **Grupo aqui e agora: uma ação educativa de enfermagem para o auto cuidado com idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante**. 2001. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Guia de Saúde**. Blumenau, 2006.

SILVA, H. T.; BORGES, R. Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Manual de terapêutica assistência à família. In: ACAMPORA, J. A.; CUTULO, L. R. A. (orgs). **Assistência à Família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p.118-127.

SILVA JUNIOR, A. G. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: Cuidado e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2005. p.77-90.

SILVA, M. J. P. **A comunicação na área da saúde**: comunicação tem remédio. São Paulo: Loyola, 2006.

SOARES, L. T. **O desastre social brasileiro**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SULLEROT, E. **A família da crise a necessidade**. São Paulo: Instituto Piaget, 1997.

SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 71, ANO XXIII, p. 9-25, set. 2002.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ. **Comissão de Ética na Pesquisa**. 2006. Disponível em: <<http://www.univali.br>>. Acesso em: 12 nov. 2006.

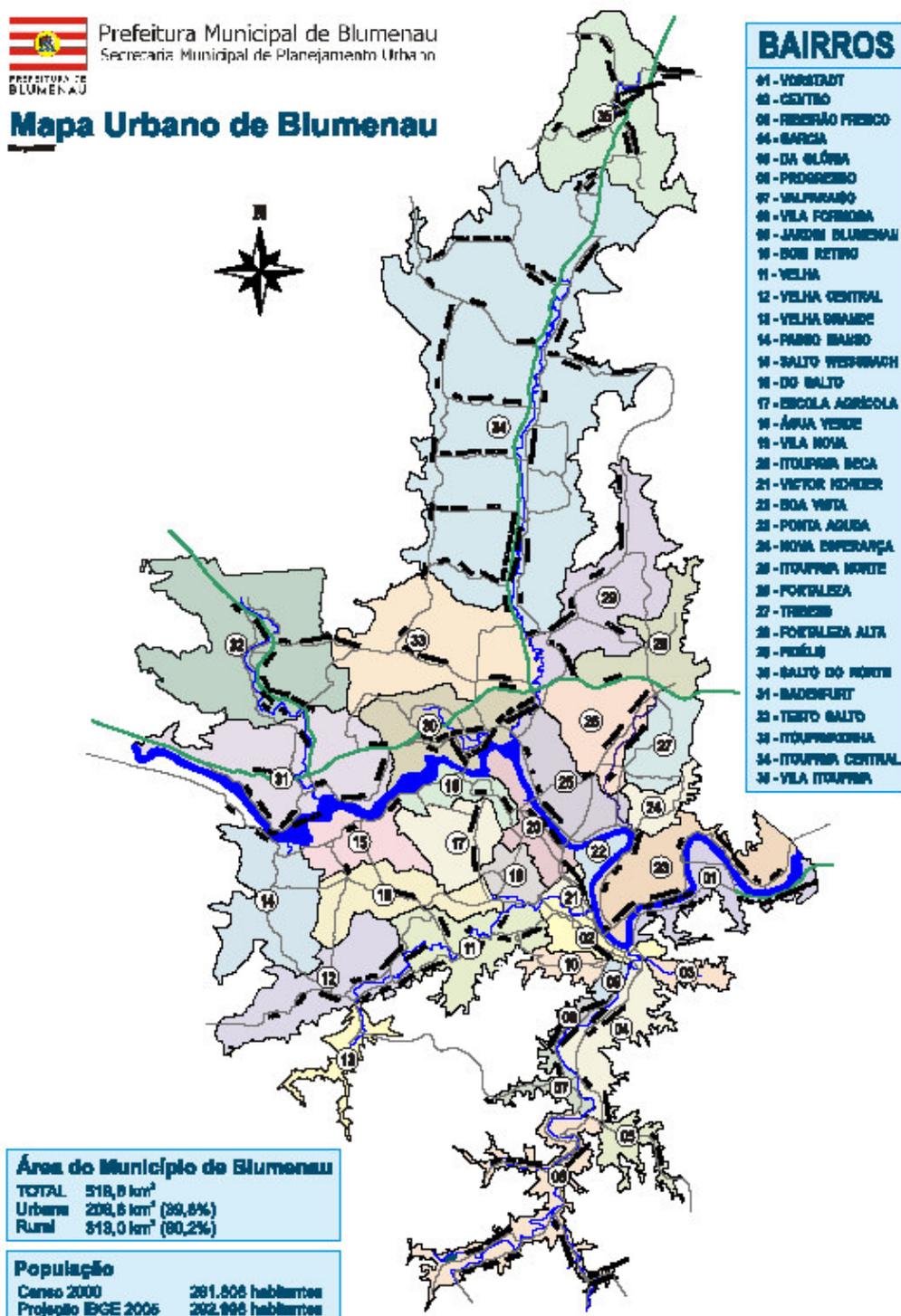
VIANNA, A. L. D. As políticas de saúde nas décadas de 80-90: o (longo) período de reforma. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 3-6, 1999.

VITALE, M. A. F. Famílias monoparentais: indagações. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 71, ANO XXIII, p. 45-64, set. 2002.

WITT, R. R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 13, n. 1, p. 19-23, 1992.

ANEXOS

ANEXO 1



ANEXO 2**Projeto GRAFPI – Grupo de Atenção às Famílias de Pacientes Internados****QUESTIONÁRIO - CUIDADOR DOMICILIAR**

- 1) Nome do cuidador acompanhante:- Quarto:- Leito:- Sexo:
- 2) Nome do paciente:- Idade:- Sexo:
- 3) Você sabe qual o diagnóstico de seu familiar informado pelo médico?
- 4) Você sabe o que é essa doença? Coloque o que você entende.
- 5) Seu familiar é dependente de seus cuidados:

Pouco Totalmente Não é dependente

- 6) Seu familiar faz uso de:

sonda de alimentação sonda para retirada de urina

traqueostomia bolsa de colostomia curativos outros

Explique: _____

-
- 7) Você sabe o que é esse material e para que serve? Coloque o que você entende.

- 8) Você sabe como utilizar e manusear este material?

- 9) Você tem conhecimento de como se realiza o banho de leito e a hidratação da pele?

- 10) Você tem conhecimento de que forma e quantas vezes é feita a higiene oral?

- 11) Quanto as medicações que seu familiar faz uso, você sabe quais são, para que são, quais os horários e modo de administração?

- 12) Como você se sente fisicamente e psicologicamente prestando cuidados ao seu familiar?

- 13) Tem dúvidas com relação a algum tipo de recurso do município(serviços de saúde) que poderia utilizar, ou que vai utilizar após a alta hospitalar?

- 14) Existe alguma dúvida ou algum outro esclarecimento de que necessite?

ANEXO 3**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que a mestranda Wanda de Oliveira Lopes aluna do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, da UNIVALI, está autorizada a coletar dados na instituição hospitalar Sociedade Divina Providência Hospital Santa Isabel referentes ao projeto "Integralidade na perspectiva da referência e contra-referência com famílias e pacientes após a alta hospitalar" sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª Rosita Saupe.

Blumenau, 12 de março, 2007.


Ir. Analuzia Schmitz

Diretora Geral


Elizeu Lopes Júnior
Diretor Adm-Financeiro

ANEXO 4

| | |
|--|--|
|  UNIVALI UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, EXTENSÃO E CULTURA | |
| Certificado | |
| <p>Certificamos que o projeto de pesquisa intitulado "Integralidade na perspectiva da referência e contra referência com famílias e pacientes após a alta hospitalar.", da pesquisadora Wanda de Oliveira Lopes, com a orientação da Professora Rosita Saupe, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado através do parecer nº 104/2007 pela Comissão de Ética em Pesquisa da UNIVALI.</p> | |
| CAAE – 0041.0.223.000-07 | Itajaí (SC), 27 de abril de 2007. |
|  Prof. Dr. Valdir Cechinel Filho Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura |  Prof. Dr. Márcia Maria de Souza Coordenadora da CEP/UNIVALI |

APÊNDICES

APÊNDICE A**FORMULÁRIO PARA A COLETA DE DADOS****UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE E GESTÃO DO
TRABALHO****ROTEIRO PARA ENTREVISTA****1. DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO**

Nome do entrevistado:

1. Data da entrevista:
2. Local da entrevista:
3. Data de nascimento:
4. Sexo do entrevistado
5. Nível de escolaridade
6. Depoimento do entrevistado: Fale sobre sua rotina diária

2. ROTEIRO

1. Quantas pessoas fazem parte da família e residem na casa?
2. Há quanto tempo reside no bairro?
3. Fale para mim como funciona a Unidade de Saúde de seu bairro?
4. Fale para mim quais orientações você recebeu quando seu familiar saiu de alta do hospital.
5. Fale para mim como você percebe o atendimento da Unidade de Saúde com relação às necessidades do paciente.
6. Fale para mim como você percebe a sua entrada aos serviços de saúde, para dar continuidade ao tratamento do seu familiar após a alta hospitalar.
7. Descreva para mim como você percebe o relacionamento que se estabelece com a Unidade de Saúde.
8. Em sua opinião o que seria preciso para melhorar os serviços de saúde e contribuir ainda mais no tratamento em domicilio?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE E GESTÃO DO
TRABALHO

DIÁRIO DE CAMPO

| | | | | | |
|--|--|---|-----------------|------------------|--|
| Data: | | Hora de início: | | Hora de término: | |
| PARTE DESCRITIVA | | | PARTE REFLEXIVA | | |
| 1. Descrição do espaço físico | | 1. Reflexões sobre o método | | | |
| 2. Descrição dos sujeitos | | 2. Reflexões sobre a análise | | | |
| 3. Descrição das atividades realizadas | | 3. reflexões sobre conflitos e dilemas éticos | | | |
| 4. Acontecimentos particulares | | 4. Pontos para clarificação | | | |
| 5. Comportamento do observador | | | | | |
| MEMORANDOS | | | | | |
| | | | | | |

SAUPE, 12/06/2005, revisado em 11/10/2005.

APÊNDICE C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Integralidade na Perspectiva da Referência e Contra Referência com Famílias e Pacientes após a alta hospitalar

Pesquisador Responsável: Wanda de Oliveira Lopes

Telefone para contato: (47)33229620

Orientadora: Professora Doutora Rosita Saupe

Telefones para contato: (47) 3341 7932 – UNIVALI

A finalidade deste projeto é investigar a partir da concepção das famílias e pacientes, como está se construindo a integralidade da assistência na perspectiva do programa de referência e contra-referência; ou seja, como está o acesso aos serviços de saúde, a relação entre usuários, profissionais de saúde e redes de atenção, após a alta do hospital. E que a partir desta contribuição, possamos identificar a qualidade dos serviços. Para tanto estaremos realizando visitas e entrevistas a vocês com o objetivo de efetivar a pesquisa e poder propor um novo modo de organização dos serviços, a partir dos resultados obtidos. Consideramos então da maior importância a sua participação neste estudo. Esclarecemos que os dados serão coletados com um familiar e o paciente, no período de três meses no ano de 2007, não havendo nenhum tipo de risco, prejuízo, desconforto ou possibilidade de que você venha a sofrer algum tipo de dano. No caso de você concordar em participar como voluntário da pesquisa estará contribuindo para aperfeiçoar os processos de promoção e educação em saúde dentro dos princípios preconizados pelo SUS, dentre eles a integralidade da assistência. A pesquisa será desenvolvida na cidade de Blumenau, no perímetro urbano com famílias e pacientes que receberam alta hospitalar com acompanhamento da rede de saúde. Esclarecemos que as informações que você prestar e sugestões que apresentar serão sigilosas e seu anonimato será preservado, bem como sua liberdade de retirar seu consentimento, em qualquer fase do estudo. Os dados serão utilizados somente para fins acadêmicos, como relatórios, trabalhos de conclusão de curso, artigos, livros, resumos.

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura do Sujeito ou Responsável: _____

Telefone para contato: _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)